

José M. García-Arroyo¹
María L. Domínguez-López²
Pedro Fernández-Argüelles³

Estudio psicológico del trastorno distímico en la mujer

¹Profesor Asociado
Departamento de Psiquiatría
Facultad de Medicina
Universidad de Sevilla

²Psicólogo clínico
Unidad de Salud Mental
La Palma del Condado (Huelva)

³Profesor Titular
Departamento de Psiquiatría
Facultad de Medicina
Universidad de Sevilla

En este artículo estudiamos a dos mujeres distímicas a quienes tratamos mediante psicoterapia y, a partir de ahí, se pusieron de manifiesto aquellos componentes "internos" que sustentan los síntomas depresivos. Estos mismos hallazgos se confirmaron en otras pacientes con idéntico diagnóstico.

El resultado consistió en descubrir una desinserción sentimental respecto a sus parejas, permaneciendo con ellos sin separarse, al tiempo que van apareciendo insidiosamente las manifestaciones depresivas. Este desarrollo las lleva a la caída del "ideal de amor" al que aspiraban, que sostenía sus vidas y funcionaba como una "agarradera de la personalidad". Tales apreciaciones ponen en cuestión las nociones clásicas acerca del "duelo".

Palabras clave:

Distimia, Depresión neurótica, Duelo, Ideales, Objeto de amor

Actas Esp Psiquiatr 2011;39(5):331-3

Psychological study of the dysthymic disorder in the woman

In this article, we study two dysthymic women who we are treating with psychotherapy in order to reveal the inner components that maintain depressive symptoms. The same findings have been confirmed in other dysthymic patients.

The result of the study consisted in discovering a sentimental separation from their love object, while the woman still lives with her partner and while the depressive symptoms are appearing insidiously. This development leads them to the deterioration in the "ideal of love" they sought, that supported their lives and served as an "anchor

of their personality. This point of view places classic notion about mourning into doubt.

Key words:

Dysthymia, Neurotic depression, Mourning, Ideals, Love object

INTRODUCCIÓN

La distimia consiste en una depresión leve de curso crónico, que muestra un humor alterado casi constante¹, aunque con variaciones anárquicas debidas a las circunstancias ambientales, no registrándose síntomas de depresión mayor y sí del espectro neurótico²⁻⁴. Sabemos actualmente que el género es un factor diferenciador significativo en los trastornos depresivos, afectando más a mujeres y provocando en ellas mayor discapacidad^{5,6}; algunos autores se han dedicado a estudiar las diferencias psicológicas relativas al género⁷.

A continuación presentamos dos casos de mujeres distímicas, diagnosticadas según CIE-10⁸, procurando aproximarnos a aquellos componentes de la subjetividad que se encuentran en juego en la aparición, mantenimiento y/o estabilización del síntoma (depresivo). Esta oportunidad se nos brinda a partir del tratamiento psicoterapéutico (de orientación psicoanalítica) al que fueron sometidas. Lo hallado en ellas ha sido confirmado también en otras tratadas de la misma forma (un total de 24).

CASOS CLÍNICOS

- **Paciente nº 1 (P-1).** Mujer de 52 años, secretaria, casada con un hijo. Se presenta triste, desanimada, agotada y nerviosa pero continúa trabajando. Lleva varios años con este cuadro, mostrando mejoría tan solo en momentos puntuales, a pesar del tratamiento que tiene prescrito. Se considera una persona que "se toma todo muy a pecho" y de joven se recuerda muy alegre, divertida, sociable y algo coqueta.
- **Paciente nº 2 (P-2).** Mujer de 43 años, casada con dos hijos. Estudió derecho y actualmente regenta un nego-

Correspondencia:

José Manuel García Arroyo
C/ Luis Montoto nº 83- 3º C
41018 Sevilla
Telef. 954574592
Correo electrónico: jmgarroyo@us.es

cio propio. Se presenta desanimada, con llanto fácil y ansiosa; no tiene mejoría en ningún momento del día. Sin ganas de salir pero, si alguien la llama y sale, puede encontrarse un poco mejor. Ha seguido tratamiento farmacológico con resultados muy pobres. El trabajo lo realiza con mucho esfuerzo y se considera bastante unida a su familia de origen.

RESULTADOS

Al principio del tratamiento impera el desconocimiento de lo que les ocurre y, a medida que éste transcurre, van poniéndose de manifiesto los siguientes elementos:

- a) **El descubrimiento de un conflicto de pareja de carácter grave**, que las lleva a expresar una gran rabia y resentimiento contra su compañero sentimental, a quién consideran responsable del problema, mientras ellas se colocan en el papel de víctima (P-2. "Le diré que mi marido es el culpable de todo lo que a mí me pasa". "He actuado desde que me casé haciendo todo lo que él quería, pero eso se ha acabado ya. ¿Acaso se merece todo lo que he hecho por él?").
 - b) **Reconocimiento de un desencanto**. Tras un periodo de tiempo variable, la consultante es capaz de aceptar que el problema se halla en sí misma, admitiendo entonces la existencia de una desilusión respecto al "objeto de amor" (P-1. "Hubo un momento en que ya no lo quería, me parece a mí, pero no sabría definir exactamente cuando fue. ¿Me he desencantado de mi pareja? No sé, pero yo diría que sí"). El compañero de la distímica no va a cubrir sus (altas) expectativas, pasando ésta al polo de la denigración al no comportarse aquél como se esperaba. No es raro encontrar ciertos matices paranoides en el contacto (P-2. "No me deja en paz, me da la lata y está siempre pendiente de mí"). El efecto clínico-sintomático de este fenómeno (de desencanto) es el humor disfórico, reconocido por todos los autores como propio de estas depresiones y casi inexistente en las formas "recurrentes"^{3,9}.
 - c) **La separación (sentimental) del "objeto"**. Se identifica, a lo largo del proceso, que se ha producido una desinserción sentimental de la pareja. No se trata de un momento puntual, sino de un periodo más o menos prolongado que explica el inicio insidioso de los síntomas depresivos (P-2. "Creo que actualmente no somos una pareja, hemos fingido que lo éramos. Esto es bastante triste, porque yo me casé con muchísima ilusión y ¡total para nada!"). A pesar del "divorcio sentimental" al que se ven abocadas, estas mujeres no suelen separarse, lo que cuestiona la idea generalmente admitida acerca del "duelo"^{8,10}. Para comprender la situación de la distímica es preciso diferenciar entre "separación física" y "sentimen-
- d) Las pacientes estudiadas **idealizan la relación sentimental**, hasta el punto de ser ésta "la tabla de salvación" de sus vidas (salir de casa, ser independientes, cambiar psicológicamente, dejar atrás un pasado lleno de frustraciones, etc.). No es extraño que cuando encuentran a su pareja se llenen de una ilusión arrebatadora que se transforma, más tarde, en una desilusión proporcional al grado de idealización previo (P-2. "Creía que todos mis problemas se iban a resolver casándome, ya no me sentiría jamás desgraciada". "Yo soy una mujer bastante apasionada, lo mío son las pasiones, y creo que busqué un amor de cuento"). Antes de que se produzca la caída del consorte, a quién no conocen al iniciar la convivencia, no es raro hallar intentos desesperados por modificar la personalidad de aquél, para que encaje en sus fantasías. Este desconocimiento crónico, junto con el desprecio que surge ante la frustración de las altas expectativas, les impide establecer nuevos pactos y alianzas. Akiskal³, acertadamente, ha señalado: "si están casados, están atrapados en matrimonios infelices que no conducen ni a la reconciliación ni a la separación".
 - e) **¿Qué pierde realmente la distímica?** No se trata de un problema de "desamor", que pueda resolverse con la separación o el cambio de *partner*. Va mucho más allá, pues la pérdida se encuentra en el "ideal romántico" y se dirige, por consiguiente, a una de las "agarraderas" o "sustentos básicos" de la personalidad, que ellas denominan de distintas maneras: el "amor de cuento", el "príncipe que me iba a salvar", "aquel que me trataría como a una reina", "el amor de mi vida" o "el hombre eternamente enamorado". Coincide con esto que muchas de las pacientes quieren ser adoradas por sus maridos de una forma incondicional y de un modo casi continuo, sin ellas dar nada a cambio (P-2. "Este tío va a su bola y a mí ni me echa cuenta ni me atiende. Debería haber estado más pendiente de mí". "Yo quería junto a mí a una persona muy cariñosa y tierna conmigo y eso no lo he tenido"). Llegamos, finalmente, a que más que "amar al hombre" se puede decir que "aman el amor" y, por si fuera poco,

aquellas cosas que poseen (trabajo, hijos, amistades, etc.) y que podrían ayudarlas en el trance que están viviendo, no les sirven de mucho, aunque puedan reportarle cierto alivio transitorio.

CONCLUSIONES

Hemos estudiado un conjunto de distímicas tratadas con psicoterapia y descubrimos en ellas una importante pérdida, que se refiere al "ideal de amor", sin el cuál acaban desilusionadas.

De este triste resultado se encarga el continuo choque con la realidad de sus compañeros, quiénes no pueden dar más de sí, en relación a los excesivos requerimientos. En el fondo, reconocemos una auténtica "incapacidad de amar", a la que en otro lugar dimos el nombre de "anagapia"¹¹. Trátase de algo obvio, pues cabe preguntarse: ¿cómo es posible amar a alguien a quién no se conoce realmente? Esto demuestra que no es lo mismo "interesarse por el amor" que tener "capacidad de amar" o "tener interés por una persona en concreto".

Aunque parezca extraño, la propia paciente parece instalarse en el dolor psíquico antes que reconocer la "desilusión-separación-desconfiguración" que la embarga y que acaba con las ilusiones formadas durante años. De ahí que muchas distímicas indiquen que la depresión es para ellas un "refugio", prefiriendo el estancamiento vital antes que progresar reconociendo sus propias limitaciones. Este asunto,

que parece imposible pero que es demostrable clínicamente, no escapó a la enorme intuición de Victor Hugo, cuando habló de la "felicidad de estar triste".

BIBLIOGRAFÍA

1. Kaplan H. L.; Sadock B. J. Sinopsis de Psiquiatría (8ª ed.). Madrid: Panamericana, 1999.
2. Vallejo J, Menchón JM. Distimia y otras depresiones no melancólicas. En: Vallejo J, Gastó C. Trastornos afectivos: ansiedad y depresión (2ª ed). Barcelona: Masson, 1999.
3. Akiskal HS. Distimia, ciclotimia y otros trastornos del humor subclínicos crónicos. En: Gelder MG, López Ibor JJ, Andreasen N. Tratado de Psiquiatría. Barcelona: Ars Medica, 2002.
4. Menchón JM, Vallejo J. Distimia. En: Roca Bennasar M. (coord.). Trastornos del humor. Madrid: Panamericana, 1999.
5. Roca M, Baca E, Prieto R, García-Calvo C. Diferencias de género en el perfil clínico, respuesta y remisión de pacientes depresivos tratados con venlafaxina retard. Actas Esp Psiquiatr 2008;36(2):82-9.
6. García Portilla MP. Depresión y perimenopausia: una revisión. Actas Esp Psiquiatr 2009;37(4):213-21.
7. Otero C, Rodríguez D, Andrade E. Ciclos naturales de las hormonas sexuales y diferencias entre sexos en la memoria. Actas Esp Psiquiatr 2008;37(2):68-74.
8. OMS. CIE-10. Madrid: Meditor, 1992.
9. Hamilton M. Frequency of symptoms in melancholia (depressive illness). Br J Psychiatry 1989;154:201-6.
10. APA. DSM-IV. Barcelona: Masson, 1995.
11. García Arroyo JM. Análisis fenomenológico de las formas de amor morboso. Actas del V Congreso Español de la FESS. Granada, 1994.