

Depresión: ¿un camino de transformación?

por Mario Eugenio Saiz Laureiro

Quisiera explorar con ustedes, aunque sea de manera breve, la posibilidad de responder a cuatro preguntas básicas en la comprensión y el tratamiento de los trastornos depresivos. Las dos primeras preguntas podemos formularlas así:

1. ¿Cuál es el *modelo antropológico* implicado en nuestro análisis de los trastornos depresivos?
2. ¿Desde qué *perspectivas epistemológicas* realizamos nuestro análisis y comprensión de la depresión?

Ambas abarcan una temática que aún nos fascina y nos preocupa; son preguntas que implican la filosofía y la ciencia y que refieren, específicamente, al ámbito de la episte-

mología y la antropología filosófica; nos sitúan en el centro mismo de la comprensión del misterio de lo humano, desde donde nos proponemos comprender toda intervención referida a los trastornos depresivos.

La tercera pregunta se refiere, por un lado, a los avances de la neurociencia en explicar la etiopatogenia de los trastornos depresivos, y por otro, a los diferentes aportes de la psicociencia para construir una comprensión del sentido

El autor

Doctor en Medicina. Psiquiatra. Profesor de Filosofía. Analista junguiano. Miembro Individual de la International Association for Analytical Psychology (IAAP-Zurich). Profesor titular de Psicología Clínica Analítica y director de Estudios de Posgrado de la Facultad de Psicología de la Universidad Católica del Uruguay. Presidente de la Fundación C. G. Jung de Uruguay. Psiquiatra jefe del Servicio de Psiquiatría de IMPASA (Montevideo). <msaiz@netgate.com.uy>

de la depresión. Se trata de aproximarnos a la interrelación y complementación de las diferentes perspectivas, partiendo de:

3. ¿Cómo describimos los *niveles* de análisis de la *psiconeurociencia* en nuestra comprensión de los trastornos depresivos?

Finalmente, la respuesta a nuestra última pregunta, sobre la posibilidad de un nuevo tratamiento de los trastornos depresivos, parte de las reflexiones que las preguntas anteriores han ido generando en la construcción de un diálogo entre neurociencia y psicociencia, para responder a:

4. ¿Cómo es posible un *tratamiento integral* de los trastornos depresivos?

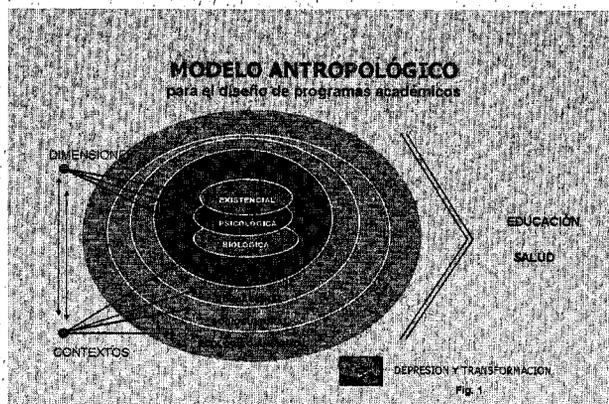
1. Modelo antropológico

La primera interrogante es radical: ¿cómo concebimos al ser humano? Desde nuestro contexto, esto implica preguntar: ¿cuál es el *modelo antropológico* desde donde comprendemos el modo humano de enfermar?

Ahora bien, ¿qué entendemos por un modelo? Es una construcción abierta que realizamos para aproximarnos a describir y comprender los fenómenos de la vida humana. Siempre que describimos, comprendemos, explicamos o interpretamos lo humano, estamos considerando implícita o explícitamente un modelo determinado de ser humano. Este modelo sustenta nuestra reflexión y nuestra praxis desde el diagnóstico hasta el tratamiento, independientemente de la patología estudiada.

Para esta primera interrogante, proponemos un modelo antropológico existencial basado en una concepción del ser humano como un ser-en-el-mundo, donde *ser* y *mundo* como totalidad quedan expresados en su relación unitaria por el *en*. Por tanto, en el nivel operativo, concebimos al hombre como un ser que se desarrolla y se transforma, especialmente, en las interrelaciones entre dimensiones y contextos.

Este modelo está diseñado para comprender y estudiar al ser humano a partir de tres dimensiones constitutivas: *biológica*, *psicológica* y *existencial*, las cuales están relacionadas e integradas en y con los siguientes contextos estructurantes: *familiar*, *educacional*, *sociocultural* y *ecológico-ambiental*, en los cuales los seres humanos desarrollan su proceso de individuación (figura 1).



Cada una de estas dimensiones es interdependiente e interactúa con las otras y con sus contextos, ya que el ser humano es una unidad, en el sentido heideggeriano de un ser-en-el-mundo (Heidegger, 1927) y no es posible concebir dimensiones de lo humano sin sus contextos. La organización de esta relación interactiva entre dimensión y contexto constituye un microsistema que caracterizamos, según la dimensión que prevalezca, como microsistema biológico, psicológico o existencial. Finalmente, la relación integrada de dimensiones y contextos constituye una cuarta dimensión denominada *dimensión contextualizada* o *dimensión de totalidad*.

En la *dimensión biológica* abarcamos tanto los procesos biofísicos y bioquímicos, como los genéticos, neurobiológicos, neurofisiológicos, y también los procesos metabólicos, endócrinos e inmunológicos. Todos estos procesos transcurren siempre en un determinado contexto y, por tanto, deben ser estudiados en el marco de una concepción sistémica del organismo.

En la *dimensión psicológica* abarcamos desde los procesos cognitivo-conductuales hasta los psicodinámicos: simbólicos y afectivos; desde los procesos conscientes a los inconscientes, y desde los procesos individuales a los relacionales, psicosociales y colectivos.

En la *dimensión existencial* abarcamos desde los procesos existenciales que implican una filosofía y una ética, hasta los procesos espirituales y ontológico-transcendentes.

A su vez, el *contexto o entorno familiar* hace referencia a la función estructurante de los sistemas parentales, conyugales y filiales en el desarrollo de todo ser humano.

El *contexto o entorno educacional* refiere a la función estructurante de los procesos de enseñanza-aprendizaje y de la educación en su sentido más amplio, en el desarrollo y la individuación del ser humano en el transcurso de toda la vida.

El *contexto sociocultural* nos remite a los distintos sistemas y organizaciones que marcan la cultura y la sociedad, desde lo cultural a lo económico, desde lo político a lo tecnológico.

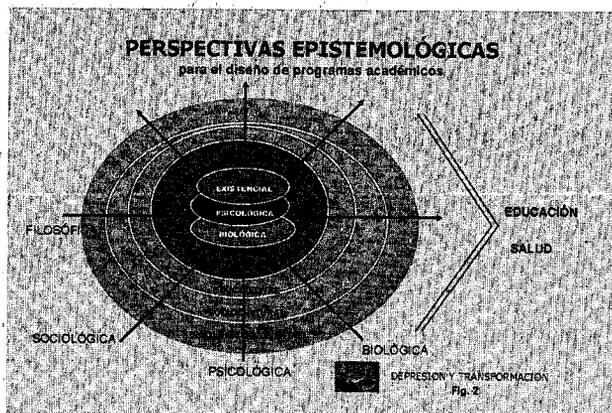
El *contexto o entorno ecoambiental* da prioridad a los ecosistemas y al medio ambiente como el hábitat natural que debemos preservar y cuidar para el desarrollo de la vida en la tierra.

2. Modelo epistemológico

Para responder a nuestra segunda interrogante, partimos de que ella lleva implícita la pregunta: ¿cómo *conoce* el ser humano?, lo que significa interrogarnos por cuál es nuestro modelo epistemológico.

Podemos decir que el conocimiento de la verdad se obtiene por la integración de diferentes construcciones que denominamos *perspectivas*. La comprensión y explicación de esta compleja y diversa realidad de lo humano sólo es posible a través de múltiples visiones o perspectivas. La perspectiva, dice Ortega y Gasset, es la condición de lo real y la posibilidad de acceso a la verdad. Perspectiva quiere decir una entre varias posibles, y una sola perspectiva es una contradicción (Ortega y Gasset, 1946).

En ese sentido, construimos nuestra propuesta epistemológica con los aportes e interrelaciones de, por lo menos, cuatro perspectivas: *biológica*, *psicológica*, *sociológica* y *filosófica* (figura 2).



La *perspectiva biológica* resulta de la integración de los aportes de la investigación básica y clínica en el campo de la neurobiología, neurofisiología, endocrinología, inmunología y genética.

La perspectiva psicológica resulta de la integración de los aportes de la investigación en psicología cognitivo-conductual, psicología psicoanalítica y, con especial énfasis, en la psicología analítica o simbólico-arquetípica, la que a nuestro modo de ver tiene una particular y amplia visión de mundo, que promueve y posibilita la integración de diferentes perspectivas.

La perspectiva sociológica resulta de la integración de los aportes de la investigación multidisciplinaria en ciencias sociales, ciencias de la comunicación, ciencias políticas y económicas, antropología cultural y demás investigaciones que en el campo de la cultura nos aproximan a una mejor comprensión de la interacción entre dimensiones y contextos.

La perspectiva filosófica resulta de la integración de una ontología fenomenológico-existencial (Heidegger, 1927) del ser humano como ser-en-el-mundo, como un ser abierto en y con el mundo, junto con los aportes de la epistemología, la axiología y la ética. A su vez, esta concepción filosófica se complementa con los enunciados de las perspectivas analítica y sistémica, que nos permiten una integración operativa de todas las perspectivas anteriores, cuyo resultado emergente, que es el ser humano en situación contextual, es una realidad mayor que la sumatoria de los aportes que cada perspectiva particular puede generar.

Por tanto, la interdisciplinariedad que estamos postulando favorece la comunicación y la acción conjunta, posibilitando un conocimiento integrado, o por lo menos coordinado, que funcione sobre el principio de totalidad propuesto por la psicología existencial, analítica y sistémica, y no por un principio de sumatividad. Esto implica integrar y modificar fronteras entre las disciplinas y los profesionales.

3. Niveles en psiconeurociencia

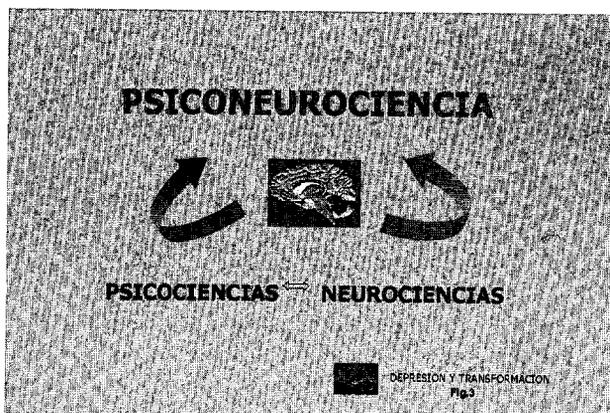
Para responder a nuestra tercera interrogante —cuáles son los niveles de la psiconeurociencia en el análisis y la comprensión de los trastornos depresivos—, partimos de una breve consideración inicial sobre el objeto de estudio de la neurociencia.

Si bien el término *neurociencia* es muy joven, el estudio del cerebro es tan antiguo como la propia ciencia médica. Hace más de dos milenios —veinticuatro siglos— el padre de la medicina occidental, Hipócrates (460-377 a. C), escribía en un trabajo titulado *Sobre las enfermedades sagradas*:

Los hombres deben saber que el cerebro es el responsable exclusivo de las alegrías, placeres, risa y diversión, y también, de la pena, aflicción, desaliento y lamentaciones. Y gracias al cerebro, de manera especial, adquirimos sabiduría y conocimientos, y vemos, oímos y

sabemos lo que es repugnante y lo que es bello, lo que es malo y lo que es bueno, lo que es dulce y lo que es insípido [...] Y gracias a este órgano nos volvemos locos y deliramos, y los miedos y terrores nos asaltan [...] Debemos soportar todo esto cuando el cerebro no está sano [...] Y en este sentido soy de la opinión de que esta víscera ejerce en el ser humano el mayor poder.

Hoy definimos la *neurociencia* como el estudio del desarrollo, la estructura, la función, la farmacología y la patología del sistema nervioso. Pero en el propósito de construir una ciencia más integrada, menos fragmentada, mas humana y menos disociada, acuñamos el término *psiconeurociencia* (Saiz, 1998), cuyo objeto de estudio son las relaciones de integración y complementariedad entre neurociencia y psicociencia, referidas al conocimiento de ese ser bio-psico-existencial contextualizado que somos nosotros (figura 3).



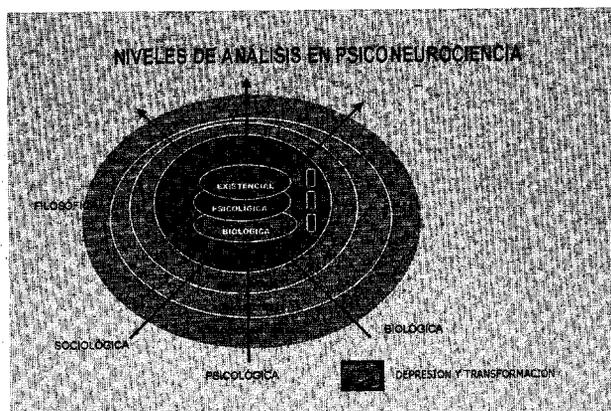
La actitud de apertura que posibilitó esta interdisciplinariedad en neurociencia ha comenzado a expandirse al campo de la psicociencia y se ha tornado un camino prometedor de integración dialéctica de ambas áreas del conocimiento científico.

La psicociencia parece tener sus primeros antecedentes en la psicología experimental de Wundt, en el desarrollo de la psicodinámica psicoanalítica de Freud (1909) y en la analítica simbólico-arquetípica de Jung (1912).

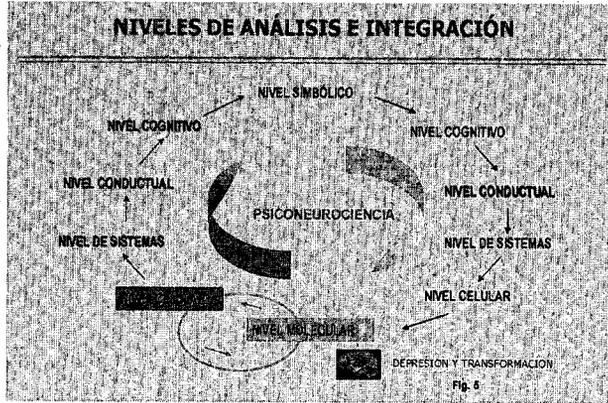
Para la neurociencia, la comprensión y explicación del funcionamiento del cerebro requiere de muy diversos conocimientos, dada la complejidad de los fenómenos y los procesos que lo constituyen. Se trata de una infinidad de hechos que van desde la estructura molecular del agua hasta las propiedades

eléctricas y químicas del cerebro, o hasta la comprensión de cómo pensamos, creamos, imaginamos y tenemos conciencia de nosotros mismos.

Por supuesto, la historia nos ha enseñado claramente que comprender cómo funciona el cerebro es un gran desafío. Para reducir la complejidad del problema los *neurocientíficos* han definido unidades de estudio que corresponden a diferentes *niveles de análisis*: *nivel molecular, celular, de sistemas, conductual, cognitivo* (Kandel et al., 1997) y, finalmente, lo que he denominado *nivel simbólico*. Es claro que, de acuerdo con nuestro modelo antropológico de trabajo, podemos diferenciar, además, otros tres niveles de análisis correspondientes a la *dimensión existencial*, es decir, niveles *axiológico, espiritual* y *ontológico* (figura 4). Sobre estos niveles volveremos muy brevemente más adelante, ya que nuestra exposición se va a concentrar en los primeros seis niveles de análisis correspondientes a las dimensiones biológica y psicológica, y a sus propias interacciones a nivel arquetípico.

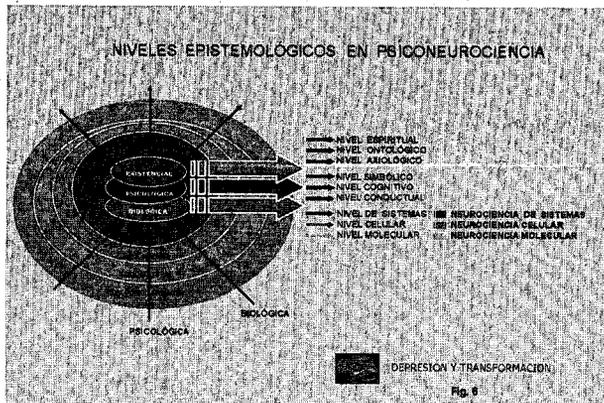


Ahora bien, no podemos comprender el resultado final de los niveles biológicos y psicológicos como una sumatoria. Si queremos aproximarnos a su integración como postulado básico de la psiconeurociencia, necesitamos pensar los niveles en una relación de circularidad. Partimos del nivel molecular hasta el nivel simbólico, como del nivel simbólico al molecular, o de cualquiera de ellos, para retornar al siguiente o al antecedente. La integración surge de este movimiento circular donde ninguno de los niveles por sí mismo tiene las características o propiedades como para definir la integración entre mente y cerebro, así como tampoco la suma de ellos nos daría como resultado esa integración buscada (figura 5).



Análisis de la dimensión biológica

Planteados los niveles de análisis correspondientes a la dimensión biológica, encontramos, por lo menos, tres campos interdisciplinarios donde se investiga sobre la depresión. Me refiero a la *neurociencia molecular*, a la *neurociencia celular* y a la *neurociencia de los sistemas* (figura 6).



Describiremos, en primer término, qué comprende cada uno de ellos y, en segundo lugar, las alteraciones moleculares, celulares y de los sistemas presentes en los trastornos depresivos.

En el nivel de análisis de la *neurociencia molecular* se estudia cómo diversas moléculas desempeñan muchos papeles diferentes que son decisivos para la función del cerebro: *mensajeros* que permiten que las neuronas se comuniquen entre sí, *centinelas* que controlan los materiales que entran o salen de las neuronas, *conductores* que dirigen el crecimiento de las neuronas y *archiveros* que retienen la información de las experiencias previas.

Las investigaciones de la neurociencia molecular referidas a los trastornos depresivos muestran un déficit de un neurotransmisor como la noradrenalina (NA). Estos primeros estudios se centraron en medir la NA y sus metabolitos en la orina. Maas confirma la disminución, en la excreción urinaria, de los metabolitos de la NA durante el episodio depresivo, como por ejemplo, la disminución de los niveles de metoxi-hidroxifenilglicol (MHPG).

Actualmente, la teoría más desarrollada explica el trastorno bipolar por un déficit de serotonina, que provocaría la vulnerabilidad y/o produciría la enfermedad. La determinación de la 5 hidroxindolacético (5-HIAA), el principal metabolito de la serotonina en el LCR, se utiliza como indicador de la actividad serotoninérgica central.

En el nivel de análisis de la *neurociencia celular*, se estudia cómo todas las moléculas se organizan y trabajan juntas para suministrar a la neurona sus propiedades *especiales*. En este nivel se describen diferentes tipos de neuronas, cómo ellas difieren en su función, cómo influyen unas sobre otras, cómo se conectan entre sí las neuronas durante el desarrollo fetal y cómo transmiten la información.

En este nivel celular los investigadores han encontrado alteraciones en las neuronas de distintas partes del cerebro de los pacientes depresivos: alteraciones neuronales del *locus ceruleus* y la protuberancia que utilizan como mediador la noradrenalina. Se describen también alteraciones neuronales del tronco cerebral, hipotálamo y amígdala con neurotrasmisión serotoninérgica, o alteraciones neuronales del mesencéfalo ventral con neurotrasmisión dopaminérgica.

En el nivel de análisis de la *neurociencia de sistemas*, se estudia cómo las constelaciones de neuronas forman *circuitos complejos* o *redes neuronales* que llevan a cabo una función común; por ejemplo, el *sistema visual*, que permite la visión, o el *sistema motor*, que posibilita el movimiento voluntario. Cada sistema diferente posee sus propios circuitos neurales dentro del cerebro, desde donde se procesa, entre otros, la información sensorial, las percepciones del mundo externo, la toma de decisiones y la ejecución de movimientos.

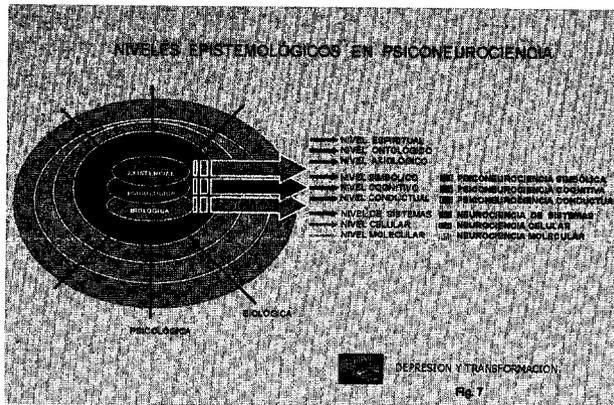
Los aportes actuales de las técnicas de neuroimagen funcional, tales como la tomografía por emisión de positrones o PET (Positron Emission Tomography) y la tomografía por emisión de fotones, más conocida como SPECT (Single Pho-

ton Emission Tomography), han permitido estudiar parámetros de la actividad fisiológica del cerebro de los pacientes con trastornos depresivos. Se describe un hipometabolismo prefrontal dorsolateral izquierdo, así como una hipoactividad en los sistemas correspondientes al córtex prefrontal, temporal, cíngulo anterior y ganglios de la base. Por otro lado, técnicas estructurales como la tomografía computarizada (TM) y la resonancia magnética (RM) han permitido detectar hipersensibilidades subcorticales en la sustancia blanca, o un aumento de los ventrículos laterales.

Análisis de la dimensión psicológica

En los niveles de análisis correspondientes a la dimensión psicológica podemos considerar por lo menos tres campos interdisciplinarios donde se investiga sobre los trastornos depresivos. Me estoy refiriendo a la *neurociencia conductual*, *cognitiva*, y al incipiente campo de la *neurociencia simbólica*.

La psiconeurociencia, como estudio interdisciplinario del intersticio epistemológico entre neurociencia y psicociencia, nos permite renombrar esos tres niveles de análisis como *psiconeurociencia conductual*, *psiconeurociencia cognitiva* y, especialmente, el naciente campo de la *psiconeurociencia simbólica* (figura 7).



En el análisis de la *psiconeurociencia conductual* se estudia cómo funcionan los sistemas neuronales para producir *conductas integradas* o, en su defecto, conductas alteradas que son específicas de determinados trastornos psicológicos. De igual manera, se estudia cómo actúan los fármacos en el cerebro y cómo contribuyen a la regulación del humor y de la conducta.

Las alteraciones conductuales que se observan en los pacientes con depresión pueden describirse como trastornos en:

- *Psicomotilidad*: enlentecimiento operativo, inhibición, inmovilidad motora, abatimiento, inactividad, bajo rendimiento laboral y social. Animia, ausencia de gestos, fascie depresiva.
- *Conductas*: de aislamiento, delirantes y antisociales, con riesgo de conducta-ideación suicida.
- *Síntomas físicos*: como pérdida de apetito, peso y libido. Fatiga, pesadez, impotencia o frigidez.
- *Síntomas vegetativos*: como astenia, fatigabilidad, cefaleas, diarreas/estreñimiento, vértigos.
- *Síntomas circadianos*: como alteraciones del sueño-vigilia (despertar precoz-hipersomnia), con empeoramiento matinal y mejoría vespertina.

En el análisis de la *psiconeurociencia cognitiva* se estudia lo que podemos considerar el mayor desafío de la neurociencia: la comprensión de los mecanismos neuronales responsables de los niveles superiores de la actividad mental humana, como la conciencia de sí mismo, la imaginación y el lenguaje.

Los pacientes con trastornos depresivos se caracterizan por presentar disfunciones cognitivo-afectivas en relación con las alteraciones neurobiológicas de los lóbulos frontal y temporal. Presentan inhibiciones del humor (tristeza), del pensamiento (bradipsiquia) y de la psicomotilidad (bradicinesia). Tienen un pensamiento inhibido, con pobreza de ideas, dificultades asociativas y emocionales (delirios, mutismo). La atención, la memoria y la concentración están disminuidas cuantitativa y cualitativamente, en forma transitoria y variable según la personalidad y la gravedad del trastorno depresivo. En relación con el lenguaje, el habla está disminuida en productividad y velocidad y puede transitar desde la rumiación al mutismo.

La afectividad se caracteriza por apatía, tristeza, displacer, desesperanza, miedo, malhumor, irritabilidad, pérdida de gusto por las cosas, anestesia de sentimientos y sentimiento de vacío interior.

En el nivel que he denominado *psiconeurociencia simbólica*, nos introducimos en una dimensión más compleja de la realidad psíquica. Así como en el sistema nervioso central la unidad anatómo-funcional es la neurona, en la psique la unidad estructural-dinámica es el *símbolo*. A su vez, todo proceso de *elaboración simbólica* transcurre dentro de determinados patrones de organización y comportamiento (arquetipos) que implican estructuras y procesos neuropsicodinámicos. Si la psicopatología es una alteración del desarrollo neuropsicodinámico, la psicoterapia es una metodología capaz de generar ciertas

transformaciones y cambios procesuales que el futuro de la imagenología, estructural y dinámica, habrá de confirmar.

Ahora bien, ¿qué entendemos por símbolo? En su etimología, *symbolon-symbálein* significa 'reunir', 'juntar', 'lanzar juntos'; es una expresión que se complementa con la etimología alemana *sinn* ('sentido') y *bild* ('imagen'), por eso podemos decir que *el símbolo es la vivencia (experiencia) de lanzar juntos imagen y sentido*. En la figura 8 he tratado de condensar las tres estructuras básicas que, de acuerdo con la psicodinámica analítica, se interrelacionan para constituir un *proceso estructurante*: el símbolo.



El símbolo presupone siempre que la expresión elegida es la mejor designación o la mejor fórmula posible para un estado de cosas relativamente desconocido, pero reconocido como oculto y profundo. (Jung, CW 6, 1912.)

Toda la eficacia de un símbolo sólo es liberada cuando conseguimos envolvernos con él emocionalmente. (Kast, 1988.)

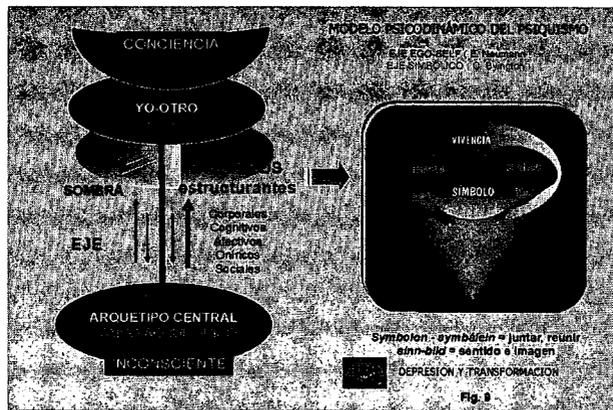
Por lo tanto, la relación vivencial imagen-sentido es una relación constitutiva de lo simbólico, que requiere un trabajo que denominamos *proceso de elaboración simbólica*, como un proceso vivencial de circularidad entre imagen y sentido. Partimos de la imagen simbólica, como expresión de un patrón de organización y comportamiento (arquetipo), que va estructurando la identidad yo-otro y generando desde el sentido que el símbolo nos trae una nueva ampliación de la conciencia (figura 9).

Develar el sentido de lo simbólico es precisamente el trabajo de la elaboración simbólica, y ello implica la circunvalación del símbolo a través de la ampliación, lo cual requiere la utilización de diferentes técnicas expresivas.

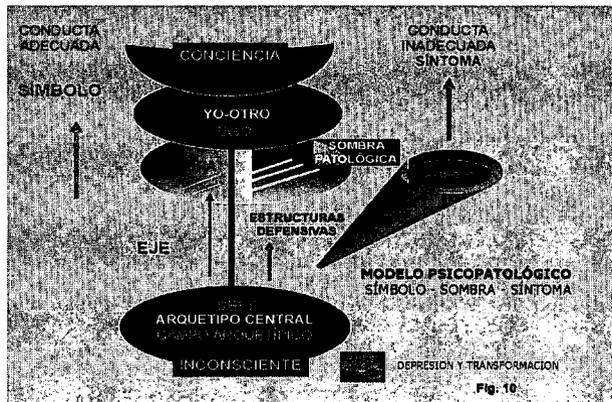
[...] el proceso por el cual los símbolos estructurantes posibilitan el desarrollo y la transformación del yo y del *otro* como realidad emergente del *self*, transformación de la personalidad y de la cultura, lo denominamos *de elaboración simbólica*. La elaboración simbólica es el centro de la actividad psíquica. (Byington, 1996.)

En definitiva:

Cada experiencia simbólica impulsa al ser humano hacia la trascendencia y hacia la reconciliación de los opuestos; en esto reside la fuerza estructurante del símbolo, en propiciar la construcción de un camino individuado hacia la totalidad. (Saiz, 1998.)



La patología aparece en el eje ego-self o eje simbólico como una desviación en el proceso de elaboración simbólica que estructura la identidad del yo y del otro, generando una ampliación de la conciencia de sí mismo. Esta desviación del proceso se debe a la activación de las estructuras defensivas sobre las estructuras creativas. De cualquier manera, la pujanza del *self* o *arquetipo central* hace que el símbolo igualmente se exprese desde la sombra patológica, en formas de conducta sintomáticas e inadecuadas (figura 10).



Pero la finalidad de la elaboración simbólica, más allá de estructurar y transformar la identidad del yo y del otro, es generar una ampliación de la conciencia... que tiene que ver con el sentido de la vida (Jaffe, 1983).

El hombre que busca el sentido de su existencia, y hace de esa búsqueda una filosofía, sólo a través de la vivencia de la realidad simbólica reencuentra el camino de retorno para un mundo en el cual no es extranjero. (Jung, CW 6, 1912.)

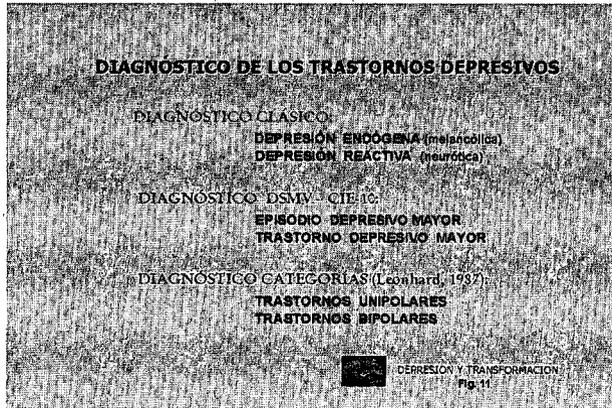
La búsqueda de sentido es propia de la existencia humana y, por tanto, también la patología o la enfermedad cuando ello no es asumido desde el yo consciente.

Una psiconeurosis debe considerarse, en última instancia, como el sufrimiento de un alma que no ha descubierto su sentido [...] Alrededor de un tercio de mis casos no sufren de ninguna neurosis que pueda definirse clínicamente, sino de un sinsentido y falta de objetivos en su vida. (Ibíd.)

4. Tratamiento multidimensional contextualizado

Finalmente, abordemos nuestra cuarta interrogante sobre cómo es posible una *tratamiento integral* de los trastornos depresivos. Esto naturalmente requiere, desde nuestro modelo antropológico y epistemológico; de una construcción congruente de los conocimientos acumulados por las diferentes disciplinas científicas en el campo de la clínica y la investigación. Tal construcción implica, en

primer lugar, la definición del *criterio diagnóstico* seleccionado, ya que un diagnóstico preciso es la base de un tratamiento adecuado (figura 11); en segundo lugar, necesitamos considerar las diferentes perspectivas que articulan el *criterio terapéutico* que sustenta todo tratamiento multidimensional contextualizado, para finalmente realizar una actualización de los tratamientos biológicos y psicológicos.



Criterio diagnóstico

Clasificación clásica:

depresión endógena / depresión reactiva

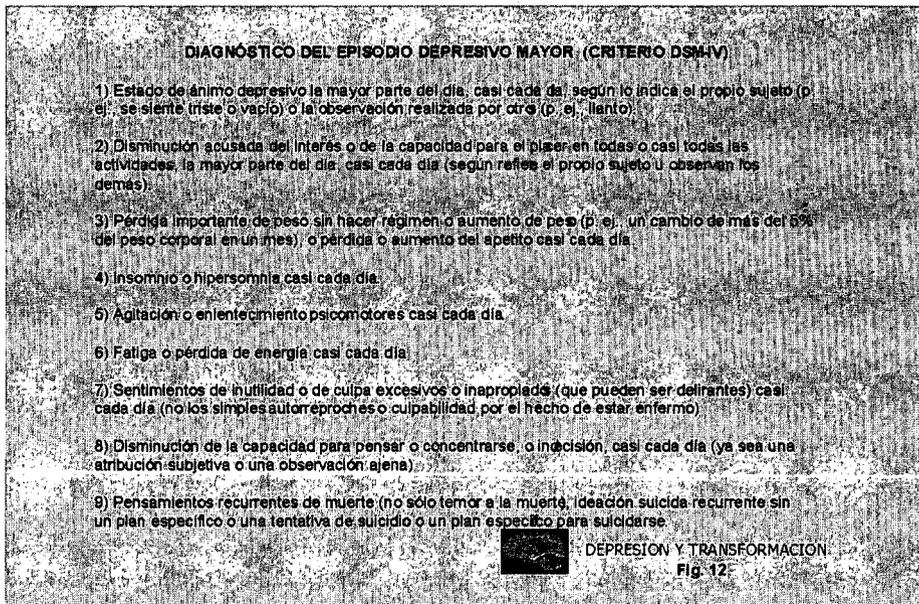
En la psiquiatría alemana, el término *depresión endógena* se refería a la depresión que no correspondía al entorno, mientras que en la psiquiatría inglesa se hace referencia a una depresión de mayor gravedad, mayor sentimiento de culpa y pérdida de interés, disminución del apetito y del sueño, dificultad de concentración, despertar precoz por la mañana y oscilación diurna del estado de ánimo con mejoría en la tarde. Para algunos autores constituye una depresión con más síntomas melancólicos, de mayor gravedad y mayor comorbilidad con trastornos de ansiedad.

En la psiquiatría alemana, el término *reactivo* hacía referencia a la capacidad del paciente deprimido de reaccionar de manera positiva ante las interacciones y acontecimientos estimulantes. Al integrarse a la literatura inglesa, pasó a significar una depresión desarrollada como reacción a un determinado

estrés externo, lo que implicaba una asociación entre la depresión leve y la depresión en respuesta al estrés.

Clasificación DSM-IV/CIE-10: episodio depresivo / trastorno depresivo mayor

La clasificación diagnóstica del DSM-IV y el CIE-10 distinguen entre *episodios* y *trastornos* del estado de ánimo. Un *episodio* dura por lo menos dos semanas, durante los cuales hay suficientes síntomas que cumplen criterios completos para el trastorno (figura 12). El *trastorno depresivo mayor* hace referencia a uno o más episodios de depresión mayor en ausencia de manía o hipomanía.



La *remisión* se define como el estado en que se presentan pocos o ningún síntoma de un trastorno del estado de ánimo al menos durante ocho semanas. Se habla de *recuperación*, el período posterior a la remisión, cuando no se presentan síntomas durante más de ocho semanas, lo que indica que el trastorno está en reposo. La *recidiva* es la reaparición de síntomas durante el período de remisión e implica una continuación del primer episodio. Finalmente,

la *recurrencia* es la reaparición tardía de síntomas durante la recuperación, e implica el desarrollo de un nuevo episodio.

Trastorno distímico

El término *distimia* designa una *depresión crónica no episódica* que se considera menos grave que la depresión mayor. Lo característico es un estado de ánimo clínicamente depresivo que se presenta la mayor parte del día, la mayoría de los días, al menos durante dos años. Muchas veces va precedido de un trastorno depresivo mayor que remite totalmente durante por lo menos seis meses. La distimia comienza de manera insidiosa y para realizar el diagnóstico debe presentarse por lo menos en dos años, en los cuales no debe cumplirse el criterio temporal para un episodio depresivo mayor. Otra diferencia es que se necesitan más síntomas para definir un trastorno depresivo mayor en comparación con el distímico. En realidad, el 80% de los pacientes distímicos presenta un episodio depresivo mayor.

Depresión psicótica

El término *depresión psicótica* o *depresión delirante* hace referencia a un episodio depresivo mayor que se acompaña de síntomas psicóticos, como ideas delirantes o alucinaciones. Algunos estudios muestran que entre un 16 y un 54% de los pacientes deprimidos presentan síntomas psicóticos. Las ideas delirantes sin alucinaciones están presentes en la mitad de los casos, mientras que un máximo de 25% de los pacientes presenta alucinaciones (visuales, auditivas y olfativas) sin ideas delirantes. Es posible que la depresión deba alcanzar un determinado nivel de gravedad para que la psicosis se ponga de manifiesto, pero ésta, una vez desarrollada, evoluciona como un único trastorno.

Trastorno afectivo estacional

En el DSM-IV se considera que el patrón estacional no es un diagnóstico aparte, sino una *especificación* más del trastorno depresivo mayor, con depresión recurrente, del trastorno bipolar I o del II. Se presenta con mayor frecuencia en mujeres que en hombres. Los síntomas más habituales son tristeza, irritabilidad, ansiedad, disminución de la actividad, aumento del deseo de carbohidratos, aumento de peso y del sueño, somnolencia diurna; problemas laborales, interpersonales y menstruales. La duración es de cinco a seis meses, con frecuentes antecedentes familiares.

Trastornos secundarios del estado de ánimo

Se emplea este término para hacer referencia a un trastorno afectivo que tiene otra causa, como puede ser una enfermedad médica (o quirúrgica) o una medicación (o sustancia psicoactiva) (Hales et al., 2000).

Clasificación de Leonhard: trastorno unipolar / trastorno bipolar

La distinción entre estados unipolares y bipolares (Leonhard, 1987) plantea que los unipolares corresponden a síntomas depresivos en ausencia de estados de ánimo patológicos, como manía o hipomanía. En los trastornos bipolares la depresión se alterna o combina con la manía o la hipomanía. A los pacientes que tienen un solo episodio de manía se los diagnostica como bipolares, asumiendo que finalmente desarrollarán un episodio depresivo. La manía supone un estado de mayor actividad dirigida a objetivos, es placentera y tiene un potencial de autolesiones, mientras en la hipomanía el comportamiento es excesivo, desorganizado, disfórico, aunque no claramente lesivo ni peligroso.

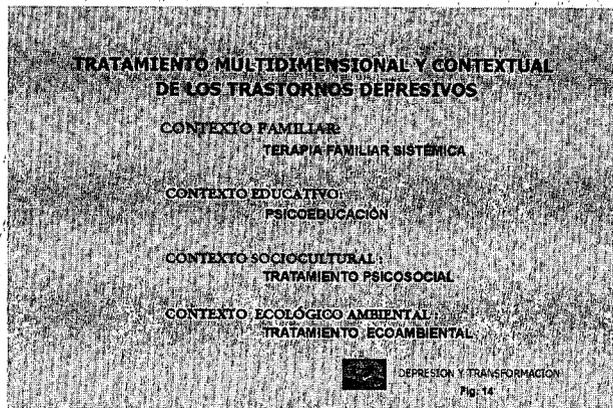
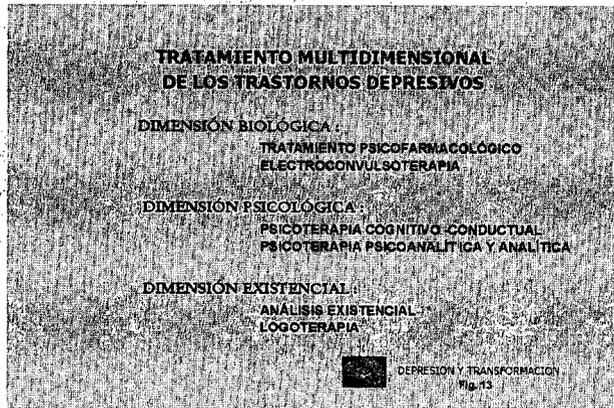
El criterio DSM-IV incluye cuatro subtipos básicos de trastornos bipolares. *Bipolar I* se caracteriza por episodios maníacos con o sin episodios de hipomanía. *Bipolar II* se caracteriza por uno o más episodios hipomaníacos, pero nunca manía. Los episodios hipomaníacos pueden ser más leves que los episodios depresivos (Akiskal, 1995); son frecuentes los ciclados rápidos. *Bipolar III* hace referencia a pacientes con manía inducida por antidepresivos, ya que indica tendencia a desarrollar manía o hipomanía espontáneamente. *Bipolar IV* se emplea para describir pacientes deprimidos con una historia familiar de manía (Hales et al., 2000).

La denominación *ciclos rápidos* es una especificación que hace referencia al trastorno bipolar I o II, en el que se presentan cuatro episodios como mínimo de depresión y/o manía o hipomanía al año, bien con dos semanas de estado de ánimo normal entre los episodios, o bien con un cambio directo desde un polo al otro sin que haya un período intermedio de estado de ánimo normal. Puede ser una condición de la propia evolución del trastorno bipolar. La ciclación rápida es más frecuente en mujeres y en pacientes con trastorno bipolar II, y es más probable que ocurra tras un episodio de manía o hipomanía después de una depresión. Otros factores de riesgo para el desarrollo de los ciclos rápidos incluyen el hipotiroidismo (60% sin morbilidad médica pero suficiente para producir inestabilidad afectiva), una enfermedad en el hemisferio cerebral derecho, el retraso mental y el consumo de alcohol y estimulantes. También lo pueden inducir los antidepresivos después de ocho semanas iniciales de tratamiento.

Criterio terapéutico

Un tratamiento integral de acuerdo con nuestro modelo operativo, diseñado sobre la base de tres dimensiones —*biológica, psicológica y existencial*— y cuatro contextos —*familiar, educacional, sociocultural y ecoambiental*—, requiere una construcción y organización del conocimiento, tanto de los

recursos terapéuticos específicos de la dimensión biológica, psicológica y existencial (figura 13), como de los recursos contextuales, ambos igualmente constitutivos de lo que denominamos *tratamiento multidimensional contextualizado* (figura 14).



Desde la *perspectiva biológica*, disponemos de diversas alternativas de tratamiento que tienen por objetivo restablecer las alteraciones moleculares, celulares y de los sistemas que están en la biología del trastorno depresivo. Los tratamientos biológicos, ordenados por su frecuencia de aplicación, comprenden tratamientos farmacológicos, especialmente con antidepresivos, luego la terapia electroconvulsiva (TEC), la terapia lumínica (TL) y la terapia de modificación del sueño (TMS).

Pero, desde la teoría etiopatogénica de Akiska y McKinney (1975) hasta las propuestas de la neurociencia (Kandell, Schwartz, Jessel, 1997), transitamos en una misma dirección: la búsqueda de la integración. Estos investigadores explican la depresión como el resultado de varios procesos que se interrelacionan dinámicamente y convergen en una *vía final común psicobiológica* en aquellas áreas del diencefalo que modulan el humor, la activación o *aurosal*, la función psicomotora y la motivación. En esta vía final común es donde el antidepresivo tendría su acción terapéutica.

Desde la *perspectiva psicológica*, disponemos también de diferentes y variadas modalidades de psicoterapias, que tienen por objetivo ayudar a resolver las alteraciones cognitivas-conductuales o los conflictos intra o intersubjetivos de los pacientes deprimidos. Estas intervenciones psicológicas se realizan, según el modelo teórico de referencia, poniendo el acento en las alteraciones de los procesos cognitivo-conductuales (Beck, 1983), racional-emotivos (Ellis, 1962), o en los procesos psicodinámicos (Freud, 1947) o simbólicos-arquetípicos (Jung, 1912).

En función de la polaridad de la perspectiva cognitivo-conductual y la perspectiva psicodinámica, destacamos a modo de ejemplo los aportes de la psicología cognitiva de Beck y los de la psicología analítica simbólico-arquetípica de Jung.

Desde la *perspectiva filosófica*, disponemos de diferentes aportes, que van desde el análisis fenomenológico-existencial, del dasein análisis, hasta los aportes de la logoterapia, la epistemología sistémica, la axiología y la ética.

Desde la *filosofía-existencial*, consideramos la depresión como una experiencia de sufrimiento, una descentración de la existencia en su totalidad (Binswanger, 1958). El núcleo de sentido existencial de una persona deprimida puede describirse por una *evaluación negativa o pesimista de sí mismo, del mundo y del futuro* (Beck, 1983). Hay un estrechamiento del campo de la conciencia, hay una inhibición de la acción (verbal, intelectual, motora), con un claro predominio del polo de lo negativo. Estas vivencias de *negatividad, desesperanza, pesimismo, desgracia, decepción e indignidad* y, muchas veces, de *culpa y muerte*, constituyen la trama de su núcleo de sentido existencial.

Desde la *filosofía-sistémica*, la depresión aparece como un trastorno cualitativamente nuevo, un proceso emergente del sistema como totalidad que, a la vez, no es propiedad de ninguno de los microsistemas que lo integran. Se han vuelto insostenibles los enfoques basados en que factores de un único microsistema (biológico, psicológico, existencial) son los responsables de la aparición del trastorno. La capacidad de cooperación de cada microsistema, y las condiciones de formación y organización del propio sistema, posibilitan la emergencia de los trastornos depresivos como resultado de la interacción de los

procesos biológicos, psicológicos y existenciales junto con los contextos familiar, educacional, sociocultural y ecoambiental.

Desde la *perspectiva sociológica*, diferentes aportes multidisciplinarios nos muestran los posibles caminos de intervención terapéutica surgidos desde los entornos o contextos sociales, por cuanto transforman o resuelven conflictos que están en la génesis o el mantenimiento de los trastornos depresivos.

En el *contexto familiar*, la psicoterapia familiar sistémica posibilita intervenciones en relación con conflictos interpersonales, desmembramiento de la estructura familiar, envejecimiento demográfico, violencia, drogadicción u otras disfunciones familiares. También por ausencia de relaciones de intimidad y confianza en la pareja, o por padres muy exigentes e intolerantes, o padres con dificultades para expresar los afectos.

En el *contexto educativo*, la psicoeducación y la psicología preventiva complementan un tratamiento integral, ya que, a pesar de la eficacia creciente de los recursos psicoterapéuticos familiares e individuales, los trastornos depresivos continúan teniendo una significativa morbilidad y mortalidad, con grave perjuicio para la calidad de vida de quienes los padecen. En esa dirección, la psicoeducación intenta proporcionar al paciente un marco teórico-práctico desde el que pueda comprender y afrontar las consecuencias de la enfermedad colaborando activamente con el tratamiento. Esto permite mejorar la conciencia de enfermedad, la desestigmatización, el cumplimiento del tratamiento, el reconocimiento precoz de síntomas de recaída y de las complicaciones, el manejo del estrés y del estilo de vida.

En el *contexto sociocultural*, los tratamientos psicosociales son importantes en tanto la configuración sociocultural occidental actual genera entornos que predisponen a los trastornos depresivos. La rápida transformación de los modelos culturales, la pérdida de valores trascendentales, las situaciones sociales alienantes —mitificación de la lucha por el éxito, exageración del valor económico, hipervaloración de la productividad, individualismo exagerado y dificultades para constituir relaciones comunitarias válidas— requieren de políticas sociales para la prevención de los trastornos depresivos, así como también el tratamiento de los factores productores de vulnerabilidad y precipitantes de la depresión —como por ejemplo, el estrés, la pérdida del trabajo, la pérdida de soporte social, jubilación, mudanza, pérdida de apoyo—. El soporte social es muy importante como amortiguador del estrés; generalmente se trata de un grupo de personas en quienes uno puede confiar que lo ayudarán a encontrar habilidades, orientación y respuestas adecuadas en las experiencias estresantes y en las formas de enfrentarlas.

En el *contexto ecológico-ambiental*, los aportes de la ecopsicología permiten atender a los elementos vitales estresantes, a los factores estresantes crónicos, como todas aquellas circunstancias adversas que inciden sobre el

individuo de manera habitual, exigiendo de él mecanismos de enfrentamiento y que persisten durante un tiempo prolongado, especialmente cuando se trata de factores graves en cuanto a intensidad y duración —por ejemplo, los problemas vinculados a la falta de una ecología de la percepción visual o auditiva, o a factores vinculados al aumento de la tensión socioambiental, o a situaciones de agotamiento y estrés por modificaciones en el equilibrio de los sistemas ecológicos.

Presentada esta síntesis que sustenta nuestra construcción de la perspectiva que hemos denominado *multidimensional contextualada*, queremos finalmente profundizar en la actualización de los tratamientos biológico y psicológico.

Tratamiento biológico: psicofarmacológico

Los resultados actuales de la psicofarmacoterapia muestran que la tasa de recuperación de los trastornos depresivos severos mediante el uso de antidepresivos se ubica en el rango del 75%. Ello implica que este tipo de terapia actúa sobre un denominador más o menos común, a pesar de la diversidad de maneras o caminos etiológicos probables. A su vez, los resultados obtenidos de combinar tratamientos biológicos y psicoterapéuticos mejoran la eficacia en un 85% de los casos, y sobre todo incrementan los factores de calidad de vida y disminuyen las recaídas y la cronicidad (Conte, Plutchnik, Wild, 1996).

En el campo de la terapéutica psicofarmacológica, que es el de más frecuente utilización, podemos describir por lo menos seis posibilidades de tratamiento con:

1. Inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina: tipo antidepresivos tricíclicos (ADT), tienen un mecanismo de acción muy eficaz pero presentan algunas veces efectos adversos y secundarios. Recientemente, con el desarrollo en los procesos de síntesis de fármacos, han aparecido compuestos con menos efectos secundarios, como es el caso de los inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN): venlafaxina.
2. Inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO): tipo fenelcina o moclobemida, favorecen el aumento de noradrenalina, adrenalina, serotonina y dopamina.
3. Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS): tipo fluoxetina, paroxetina, sertralina, fluvoxamina, son de reciente desarrollo y están enmarcados en el objetivo de afectar sólo un mecanismo de acción específico.
4. Inhibidores selectivos de la recaptación de dopamina: tipo nomifensina.
5. Inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina: tipo mirtazapina.
6. Inhibidores de la recaptación de dopamina y noradrenalina: tipo bupropión.

Tratamiento psicológico cognitivo-conductual

Terapia cognitiva de Beck

A. Beck define la depresión como "un estado anormal del organismo que se manifiesta a través de señales y síntomas, como un estado de ánimo subjetivo disminuido, con actitudes pesimistas y nihilistas, una pérdida de espontaneidad y señales vegetativas específicas" (Beck, 1979). Concibe la terapia cognitiva como un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado, que se utiliza para tratar distintas alteraciones psiquiátricas, basado en el supuesto teórico de que los efectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene de estructurar el mundo.

Las técnicas terapéuticas utilizadas se dirigen a identificar y modificar las conceptualizaciones, de forma que el paciente aprenda a resolver problemas que antes consideraba insuperables, así como las falsas creencias subyacentes a estas cogniciones. Propone realizarlo mediante la reevaluación y modificación de sus propios pensamientos. El objetivo principal es investigar los pensamientos y sentimientos del paciente durante la sesión clínica y entre sesiones. Pone el énfasis en las experiencias internas del paciente, como pensamientos, sentimientos, deseos, aspiraciones y actitudes.

Lo más característico sobre los trastornos depresivos es la *tríada cognitiva* propuesta por Beck. *Visión negativa de uno mismo*: el paciente se percibe como un infeliz o un desgraciado, vivenciando sentimientos de culpa y de autorreproche por las situaciones desagradables por las que ha pasado. *Visión negativa de su entorno*: vive sus experiencias como negativas, amenazadoras y frustrantes, e interpreta sus interacciones con el entorno en términos de relaciones de derrota o frustración. *Visión negativa del futuro*: no cree que las dificultades que enfrenta sean momentáneas, sino que está convencido de que nada bueno puede ocurrirle en el futuro. En este contexto, la ideación autolítica puede entenderse como expresión extrema del deseo de escapar a lo que parecen ser los problemas irresolubles o a una situación intolerable. Los signos y síntomas del trastorno depresivo suelen considerarse consecuencia de estos patrones cognitivos negativos (Beck, 1979).

Tratamiento psicológico simbólico-arquetípico

Esta perspectiva psicoterapéutica tiene un especial interés para nuestro tema de la depresión. Se funda en la psicología analítica, que tiene su origen en el pensamiento del psiquiatra y psicólogo suizo Carl G. Jung, quien trabajó y desarrolló un modelo antropológico del ser humano como totalidad, con especial énfasis en la búsqueda del sentido de la vida humana, ya sea a nivel individual como colectivo.

Los símbolos son el lenguaje en el cual se expresa la psiquis y, por tanto, la modalidad en que la propia depresión puede ser comprendida y estudiada. En

consecuencia, el trabajo con los símbolos nos devela el sentido hacia el cual se dirige nuestra transformación. Es un proceso que mediante la elaboración simbólica opera estructurando la identidad yo-otro y generando una ampliación de la conciencia (figura 9).

Esto ha llevado a que todo trastorno o enfermedad psíquica, incluida la depresión, sea comprendido mediante el trabajo de elaboración en su sentido simbólico. La patología que caracteriza los trastornos depresivos se genera en el eje *ego-self* (Neumann, 1970) o eje simbólico (Byington, 1987), constituyéndose como una desviación del proceso normal de elaboración simbólica que estructura la identidad del yo-otro y que posibilita la ampliación de la conciencia. Esta desviación del proceso se debe a la activación de las estructuras defensivas sobre las estructuras creativas, que se organizan como sombra patológica. A su vez, la pujanza del *self* hace que el símbolo igualmente se exprese desde la sombra patológica, bajo formas de conducta inadecuadas o sintomáticas (figura 10).

Pero la finalidad de la elaboración simbólica, más allá de estructurar y transformar la identidad del yo y el otro, es generar, como hemos expresado, una ampliación de la conciencia que tiene que ver con el sentido de la vida. Este sentido de la vida nos conecta con la dimensión existencial, en sus niveles axiológicos y trascendentes; en definitiva, con la dimensión de totalidad del ser humano.

Desde la perspectiva de la psicología analítica simbólico-arquetípica, la depresión puede considerarse arquetípicamente como un proceso afectivo, tan antiguo como la propia vida. La depresión es un proceso dentro de otro proceso. Un proceso psicopatológico en el proceso de individuación o de realización de la persona humana. Un proceso que, abarcando todo el ser, transcurre en un *continuum* de dependencias, frustraciones, pérdidas y muertes, que necesita ser elaborado simbólicamente para generar una transformación del sentido existencial de la vida. La elaboración, creativa o defensiva, de estas vivencias determina la modalidad con que el proceso de la enfermedad, su tratamiento y la propia transformación son vividos por el paciente, como una modalidad defensiva o creativa de estructurar la existencia. La modalidad defensiva implica un estrechamiento de la conciencia en torno a lo viejo y establecido, mientras que la modalidad creativa supone una ampliación de la conciencia que posibilita la construcción de una nueva actitud y estilo de vida.

Estas vivencias simbólicas pueden ser trabajadas mediante diferentes técnicas expresivas: verbales, corporales, psicodramáticas, imaginativas, psico-plásticas, caja de arena y otras, que posibilitan la amplificación necesaria a todo proceso de elaboración simbólica (figura 15).



De lo contrario, al no ser elaboradas en el transcurso del proceso de individuación, estas vivencias simbólicas pasan a organizarse como estructuras depresivas defensivas y se expresan, por ejemplo, como abatimiento, desinterés, desesperanza, aislamiento, decepción e indignidad, furia, rabia, hostilidad y agresividad, contra sí mismo y contra los próximos y, muchas veces, como culpa y muerte.

La persona deprimida vive en función del pasado —un pasado de salud, de menor dependencia, de mayor vitalidad—. Vive en la negación del presente —como posibilidad de crear una nueva experiencia existencial a partir de la comprensión del sentido de su enfermedad—. Y vive, finalmente, carente de un futuro real —ya que sólo persiste un futuro irreal, cargado de frustraciones, incertidumbres y autodestructividad.

Depresión como muerte física: suicidio

Los pacientes con trastornos depresivos hacen un imperioso intento de *regresar a la situación pasada, al viejo núcleo de sentido egoico*. La depresión aparece como un disturbio específico del yo vinculado al proceso de *introyección* (Byington, 1987). El yo ve negativamente al otro, al mundo, pero esto es debido a que se ve a sí mismo mucho peor de lo que es en realidad. Se culpa, se critica y, muchas veces, la autodestrucción aparece como la única opción.

La prevalencia de estructuras defensivas depresivas tiene su expresión extrema en el suicidio como muerte física. En una personalidad con predominio del dinamismo *matriarcal*, la muerte es valorada como una forma de terminar con el sufrimiento y el dolor. Prevalece un sentimiento de descansar y aliviarse. Por el contrario, si el dinamismo dominante es *patriarcal*, predomina la crítica a sí mismo, el paciente se siente condenado a una vida de reproches, injusta-

mente castigado y, por tanto, valora la muerte como respuesta a la culpa y la necesidad de castigo (Byington, 1987, 1996).

La alternativa creativa es dada por la elaboración simbólica de los diferentes síntomas, y especialmente por los sufrimientos generados a partir de dependencias, frustraciones, pérdidas y muertes. Esto posibilita que los trastornos depresivos evolucionen hacia una nueva comprensión, donde el deseo de la muerte física puede ser elaborado simbólicamente como una experiencia de muerte-renacimiento en el sentido de la individuación.

Depresión como muerte simbólica: egocidio

Desde la psicología analítica, queremos considerar, en forma breve, esta segunda alternativa como un camino efectivo en el tratamiento de los pacientes deprimidos, y muchas veces con riesgo de suicidio. Podemos describir este enfoque, siguiendo a Rosen, como *muerte del yo y transformación* (Rosen, 1993).

La persona deprimida no tiene por qué morirse completamente; sólo una parte de la psique del individuo debe morir: el aspecto negativo del yo que añora la vida pasada. El paciente debe renunciar, sacrificar o transformar esa parte destructiva de la psique correspondiente a su viejo yo. La imagen del yo dominante y la identidad negativa deben morir para posibilitar la *transformación* psíquica. La identidad consciente del yo muere. Los pacientes, simbólicamente, sacrifican o matan las propias perspectivas que tenían de ellos mismos y de la vida. No obstante, su sí-mismo no se destruye (Jung, 1921). De esta manera, el paciente puede desarrollar una nueva identidad del yo permitiendo que su sí-mismo lo conduzca a un nuevo sentido existencial. La persona experimenta una muerte simbólica que denominamos egocidio o muerte del yo (Rosen, 1993), pero no muerte del ser.

En la primera etapa, el paciente casi siempre muestra *resistencia* al tratamiento y a la transformación que ello implica, expresa mucha *negatividad* y *rabia*. Es un comportamiento que pone a prueba al terapeuta en su capacidad de aceptarlo y construir un vínculo de confianza, que a su vez posibilite una constructiva *regresión al servicio del ego*. Regresión a un ego positivo, donde se enfatizan todas las ventajas, capacidades y talentos del paciente, para generar así un lugar seguro en el que se pueda identificar, confrontar, comprender y elaborar los miedos, temores y aspectos negativos de su estar deprimido.

Logrado este primer objetivo, es igualmente importante considerar las *introyecciones* negativas del ego, para confrontarlas como las partes negadas del ego (enfermedad mental, pérdidas, dependencias) y poder llevar a cabo la muerte simbólica: el *egocidio*. Durante la parte final de esta primera etapa, el paciente tiene una vivencia muy intensa, y si bien la muerte del yo se basa en dejar morir sólo una parte del yo, *el paciente se siente muerto*. Por ello, el paciente

deprimido debe transitar por un proceso de duelo, duelo por la pérdida de imagen e identidad del yo.

En la segunda etapa el paciente se siente generalmente "muerto" y, extremadamente *dependiente*. Se vuelve *ansioso, confundido, abatido y retraído*. Tiene una importante *dependencia* del equipo, del profesional, del tratamiento o de algún familiar que funciona como si fuera una gran *madre nutricia*. El ego comienza a reconstituirse, reintegrarse y fortalecerse en la medida en que hace una *regresión al servicio del self*, es decir, una vuelta a un nivel más profundo de contacto con su centro: el sí-mismo. Al final de esta segunda etapa, el paciente comienza a sentir la esperanza de un cambio significativo en su vida y, en consecuencia, la depresión disminuye.

En una tercera etapa se produce la separación simbólica del paciente de esa relación de dependencia creada con el terapeuta, con la familia o con el equipo multidisciplinario. Es una experiencia de muerte-renacimiento, donde se trabaja para poner fin a la *dependencia*, mediante la muerte simbólica del ego-dependiente. La adicción a la vida anterior se ha vuelto una adicción a la irrealidad, propia del deprimido, y deja poco espacio para una nueva vida y un sentido diferente de ésta.

Cualquiera sea la causa que impela a una persona a buscar la muerte, existe siempre una alternativa mejor que el suicidio. Contemplar la muerte del yo es un acto de transformación creativa, humillante pero curativo. En conclusión, podemos observar que existe una amplia diferencia entre la muerte del yo —*egocidio*— y la muerte física —*suicidio*.

De todas maneras, estas experiencias son similares en un aspecto crucial: a lo largo del camino se debe atravesar, tanto en el suicidio como en el egocidio, por una misma angustia y un mismo e intenso dolor. Decir que el egocidio es un suicidio simbólico no lo convierte en un acto menos desafiante y violento (Rosen, 1993). La clave para comprender esta *transformación* radica en poder apreciar la función estructurante del sufrimiento humano como símbolo de transformación.

Una de las claves de todo tratamiento de los trastornos depresivos, desde esta perspectiva psicológica y existencial, es que la vida del paciente deprimido *implica un sufrimiento* que queremos comprender simbólicamente desde su propia historia. Ningún hombre podría vivir y superar su propio *sufrimiento* si de algún modo no consiguiera dar un sentido a lo que padece (Saiz, 1998). En esta dotación de sentido se lleva a cabo la función sacrificial de la psique: elaborar el sufrimiento como sacrificio en tanto experiencia de muerte-renacimiento. La experiencia de la muerte de una vida que hemos de abandonar, que hemos perdido, y el renacimiento de una nueva forma de existencia, de un nuevo sentido ético-trascendente de la vida y de la muerte que vamos elaborando y develando desde el sufrimiento.

Surge así un nuevo sentido existencial que dignifica la vida al integrar, de forma humanizada, la enfermedad y su tratamiento al proceso de individuación del paciente, donde lo depresivo es sólo un momento constitutivo en la crisis de transformación de la vida.

5. Reflexiones finales

El trastorno depresivo, y especialmente la depresión mayor, aparece como una *enfermedad* que puede expresarse inicialmente en cualquiera de las tres dimensiones contextualizadas —biológica, psicológica o existencial— o en varias simultáneamente, pero en cualquiera de estas situaciones es, básicamente, generadora de una alteración —una *descentración*— de todo el ser.

A *nivel biológico* se presenta como una descentración (K. Golstein) del eje bio-neuro-endócrino; a *nivel psicológico* es una descentración del eje ego-self (Neumann, 1970) o del eje simbólico (Byington, 1996); y a *nivel existencial* es una alteración del eje axiológico. La enfermedad se manifiesta como una pérdida de la armonía, del equilibrio y del centro; en otras palabras, como una verdadera descentración de la existencia (Binswanger, 1973).

La eficacia del tratamiento depende de un trabajo interdisciplinario o, si se trata de un solo profesional, de una actitud abierta e integradora del conocimiento junto a una praxis que habilite la comprensión y elaboración simbólica de los diferentes síntomas o signos que presenten los pacientes. No es suficiente con suprimir el síntoma; eso es una reducción del tratamiento al síntoma en desmedro del enfermo. Las expresiones de tristeza, dependencia, frustración, pérdida y muerte, en su estructuración defensiva o patológica, están en la génesis de la depresión y necesitan ser transformadas significativamente para que el paciente se recupere.

Por tanto, la construcción interdisciplinaria de intervenciones terapéuticas requiere de un diálogo, una confrontación y una elaboración que propicien la integración y complementariedad entre los profesionales de las distintas perspectivas.

En función de la dimensión de este trabajo, enfatizamos los aportes de la psicología analítica, que a nuestro criterio, a partir de su concepción de lo simbólico y lo arquetípico, tiene la mejor praxis y apertura al estudio de la totalidad del ser humano: al *anthropos*. Esto no significa, justamente, excluir los aportes planteados por las demás perspectivas de referencia.

Tanto la salud como la enfermedad podrían ser vistas como representaciones simbólicas de la relación *ego-self* (Ramos, 1994). La salud como armonía y la enfermedad como ruptura, quiebre o carencia, que reclama ser atendida para restablecer la homeostasis, no sólo a nivel biológico, sino en todas las

dimensiones del ser. Es aquí donde intervienen los recursos científicos, desde el conocimiento de la psiconeurociencia hasta los instrumentos tecnológicos y psicoterapéuticos que colaboran en proporcionar una posibilidad de restablecimiento de la salud, como instauración de un diferente equilibrio tanto a nivel biológico, como psicológico y existencial.

Para ello, nuestros esfuerzos deben partir, en este largo camino, de un adecuado conocimiento del funcionamiento bio-psico-existencial del paciente en sus contextos. La diversidad de factores que intervienen generando dependencia, estrés, ansiedad y depresión —entre los más frecuentes— configuran, sin lugar a dudas, un sufrimiento que expresa esa descentración de la vida del paciente.

La experiencia del sufrimiento es siempre una experiencia global de la existencia, y representa, de hecho, un momento fundamental de crecimiento y transformación, precisamente porque reconduce a una maduración, al mejorar la relación con la propia interioridad y al posibilitarle al paciente la condición de trascender la concreción de la enfermedad y orientarse en dirección al sí-mismo como experiencia fundante y transformadora de su *ser*.

Recordemos que para Jung toda carencia de un sentido vital inhibe la plenitud de la vida y, por tanto, "es equivalente a una enfermedad" (Jaffe, 1983). La transformación de la existencia del paciente se sostiene al reconocer en el sufrimiento una experiencia simbólica que instaura un nuevo y diferente sentido vital. La dificultad no está en el hecho de sufrir, sino en la manera de sufrir; en cómo el hombre se enfrenta consigo mismo; en su actitud simbólica de apertura a una temporalidad (Saiz, 1986) que permite la creación de una nueva conciencia, nacida del sufrimiento y, a la vez, fuente de transformación del sentido de la vida; que en muchos casos es de por vida (Saiz, 1998).

Referencias bibliográficas

- AKISKA, H. P. & MCKINNEY, W. T. Jr. (1975): "Overview of some research in depression: Integration of ten conceptual models into a comprehensive clinical frame". *Archives of General Psychiatry*, nº 32, pp. 285-305, 1983.
- BECK, A. (1983): *Cognitive Therapy of Depression*: Nueva York, Raven.
- BINSWANGER, L. (1958): "El caso de Ellen West, estudio antropológico-clínico", en *Existencia*, Rolló May y otros, Madrid, Gredos, 1973.
- BYINGTON, C. (1987): "Arquétipo e patologia. Introdução à Psicopatologia Simbólica". *Junguiana*, nº 5, pp. 79-26, San Pablo.
- BYINGTON, C. (1996): "Arquétipo da Vida e o Arquétipo da Morte". *Junguiana*, nº 14, pp. 92-115, San Pablo.
- CONTE, H.; PLUTCHIK, R.; WILD, K., et al. (1996): "Combined psychotherapy and

- pharmacotherapy for depression: A systematic analysis of the evidence". *Arch Gen Psychiatry*, nº 43, pp. 471-479.
- ELLIS, A. (1962): *Razón y emoción en Psicoterapia*, Bilbao, DDB, 1981.
- FREUD, S. (1947): *Obras completas*. Madrid, Biblioteca Nueva, II, pp. 2091-2100, 1973.
- HALES, R.; YODOFKY, S.; TALBOTT, J. (2000): *Tratado de Psiquiatría*, Barcelona: Masson., American Psychiatric Press, 3ª ed.
- HEIDEGGER M. (1927): *Ser y tiempo*, México, FCE, 1967.
- JAFFE, A. (1983): *The Myth of Meaning in the Work of C. G. Jung*, Londres, Hodden & Stoughton.
- JUNG, C. G. (1921): *Collected works*, New Jersey, Princeton University Press, CW 6, 1977.
- KANDEL E.; SCHWARTZ, J.; JESSEL, T. (1997): *Neurociencia y conducta*, Madrid, Prentice Hall.
- KAST, V. (1988): *A dinâmica dos símbolos*, San Pablo: Loyola, 1997.
- ORTEGA Y GASSET, J. (1946): *Obras completas*, Madrid: Alianza Editorial, 1983.
- RAMOS, D. (1994): *A Psique do Corpo: uma compreensão simbólica*. San Pablo, Summus.
- ROSEN, D. (1993): *Transforming Depression*, Nueva York, G. P. Putnam's Sons.
- SAIZ, M. E. (1986): "Simbolicidade e Temporalidade". *Junguiana*, nº 4, pp. 79-97, San Pablo.
- SAIZ, M. E. (1998): "Techne, Algos y Pathos", en Prolongación de la vida y tecnología, *Arch. Med. Interna*, Montevideo, vol. XX, nº 4, pp. 179-192.
- SAIZ, M. E. (1998): "Tecnología, depresión y transformación. Aportes epistemológicos en clínica". *Junguiana*, nº 16, pp. 7-17, San Pablo.

Resumen

La experiencia de sufrimiento puede ser un momento fundamental de crecimiento y transformación. Con vistas a la comprensión y el tratamiento de los trastornos depresivos, este trabajo parte de preguntarse por dos cuestiones básicas: el modelo antropológico y las perspectivas epistemológicas sobre los que se fundamenta el análisis de estos trastornos. Describe a continuación los niveles de análisis de la psiconeurociencia en la comprensión de la depresión, en sus dimensiones biológica y psicológica, para finalmente plantear las posibilidades de un tratamiento integral del trastorno.