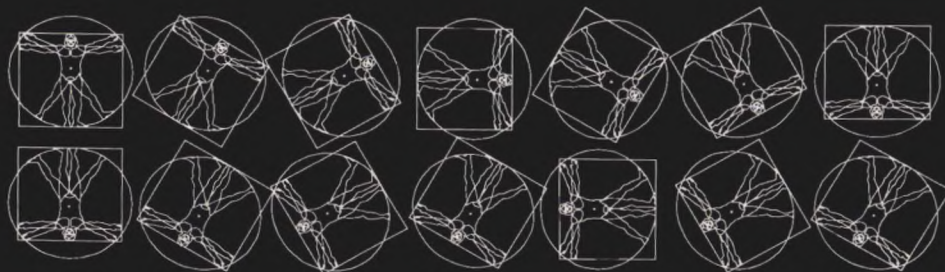


UNIVERSIDAD CATOLICA DEL URUGUAY

PRISMA

*Depresión: transtorno
del mundo
contemporáneo*

18
2002



PRÍSMAS

Nº 18 – diciembre de 2002



Universidad
Católica

PRISMA

Director: José Arocena
Secretaria de Redacción: María Cristina Dutto
Consejo Editor: César Aguiar
Luciano Álvarez
Carlos de Cores
Susana Monreal
Antonio Ocaña

Producción gráfica: **Su**

Universidad Católica del Uruguay
Dámaso Antonio Larrañaga
Av. 8 de Octubre 2738
11600 Montevideo, Uruguay
Teléfono: 487 27 17 – Fax: 487 03 23
www.ucu.edu.uy
Correo electrónico: prisma@ucu.edu.uy

Impreso en Uruguay
Imp. Polo Ltda.

Depósito legal
316067

ISSN 0797-8057

Sumario

Tema central

Depresión: trastorno del mundo contemporáneo Perspectivas y abordajes

Presentación	5
Jornadas sobre depresión	7
La epidemia de depresión muestra su cara <i>por Pedro Bustelo</i>	9
La depresión a lo largo de la historia <i>por Guillermo Castro</i>	20
Depresión en la adolescencia. Una aproximación desde la evaluación empírica <i>por Lilián R. Daset</i>	25
Síntomas de depresión en adultos. Avances de un estudio exploratorio <i>por Lilián R. Daset, María Pía Ciasullo, Verónica Tafernaberry, Pilar Amézaga y Mario Eugenio Saiz</i>	34
El sol detrás de las nubes de la depresión. Una visión desde la logoterapia <i>por Alejandro De Barbieri Sabatino</i>	44
Vivencias depresivas: cuando la tristeza nos invade <i>por Mariano Galve</i>	59
El sentido de la vida: medicina para la identidad del individuo y de su paz <i>por Mariano Galve</i>	84
Fenomenología de la depresión <i>por María Teresa Pereira Spilman</i>	108
Depresión: ¿Un camino de transformación? <i>por Mario Eugenio Saiz Laureiro</i>	118

Seminario sobre depresión	148
Aportes a la depresión desde la psicopatología fundamental <i>por Fredy da Silva</i>	152
El DSM-IV: manual diagnóstico y estadístico de la American Psychiatric Association para los trastornos mentales. Una herramienta de utilidad en la clínica <i>por Margarita Dubourdieu</i>	159
Perspectiva integrativa psiconeuroinmunoendócrina (PNIE) <i>por Margarita Dubourdieu</i>	167
De las cogniciones a la depresión: el camino hacia la tristeza <i>por Lilián R. Daset</i>	178
Depresión en la infancia. Una perspectiva psicoanalítica <i>por Delfina Miller</i>	192
Perspectiva psicoanalítica de la depresión <i>por Francisco Ameglio</i>	207
Arquetipos, mitos y depresión Reflexiones sobre la perspectiva simbólico-arquetípica de la depresión <i>por Mario Saiz</i>	217
Reflexiones fenomenológicas sobre la depresión <i>por Lucas del Valle</i>	232
Técnicas de biofeedback en el control del estrés <i>por Luis Crispino, Guillermo Pérez y Pablo García</i>	236
Líneas de investigación Facultad de Psicología	251

Presentación

La Facultad de Psicología ha decidido dedicar este número de *Prisma* al tema *depresión*. El aumento de esta forma de sufrimiento humano es de todos conocido. Los consultorios ven crecer sus listas de espera con este motivo, y formas enmascaradas de la enfermedad (agresividad, baja tolerancia a la frustración, trastornos psicósomáticos y de la conducta en general) se hacen más evidentes en los ámbitos educativos, familiares y laborales.

Este número reúne las producciones realizadas en torno al tema en nuestra Facultad en los últimos tres años. Abarca actividades de formación, extensión e investigación dirigidas a colaborar con una mayor comprensión del tema, procurando siempre optimizar el tratamiento y la prevención de esta afección.

La primera parte reúne las ponencias de las jornadas "Depresión: la enfermedad del siglo", celebradas los días 12, 13 y 14 de octubre de 1999 en el Aula Magna de la Universidad, como resultado del esfuerzo común de la Comisión Arquidiocesana de Pastoral de la Salud y de nuestra Facultad. Abiertas a todo público, constituyeron en sí mismas una muestra clara del compromiso que la Iglesia, a través de sus órganos arquidiocesanos y de la producción académica de sus universidades, puede realizar en temas que afectan directamente al ser humano.

En algunos casos los artículos que se presentan son el resultado de la desgrabación de las ponencias. En ese sentido, se ha privilegiado el encuentro que se tuvo con el público a través de exposiciones fluidas y cercanas, más que el vocabulario científico riguroso con referencia exacta de fuentes.

La segunda parte reúne las exposiciones de un seminario interno realizado en mayo del 2001, dirigido a alumnos de tercer y cuarto años de la Licenciatura en Psicología. Este espacio constituye una muestra de la posibilidad de brindar una formación basada en el diálogo y la integración de diversas perspectivas psicológicas, que queremos sean características de los profesionales que se gradúan en nuestra Facultad.

Esperamos que el material que se ofrece sea motivo de enriquecimiento para los lectores y el comienzo de un diálogo fecundo sobre el tema con otras disciplinas. Todos sabemos cómo el hecho de sufrir una depresión impacta en los ámbitos laborales, familiares y comunitarios, en el comportamiento de las personas frente a los demás, a los bienes comunes y el cuidado de sí mismas. Por ello, ninguna disciplina —ni las ciencias sociales, ni las empresariales, las jurídicas o las ciencias de la salud— podría quedar ajena a este diálogo.

Al final del número se presentan las líneas de investigación desarrolladas hasta el momento en la Facultad y se ofrece un artículo que resume los avances logrados en una de ellas.

PABLO GELSI
Decano

Jornadas sobre depresión

Cuando a comienzos de 1999 con la Comisión Arquidiocesana de Pastoral de la Salud nos dispusimos a elaborar el plan del año analizando los diversos problemas que deberían merecer nuestra atención, fue unánime el parecer respecto a priorizar el de la *depresión*. Los datos estadísticos a nivel nacional, y aun planetario, son contestes en determinar fehacientemente que este mal está asumiendo dimensiones muy preocupantes para la salud de los seres humanos a quienes les toque vivir en estos tiempos.

En aquella ocasión creímos conveniente hacer participar de esta inquietud a la Facultad de Psicología de la Universidad Católica del Uruguay, proponiéndoles a sus autoridades académicas organizar en conjunto unas jornadas, habida cuenta de los excelentes resultados obtenidos en oportunidades anteriores. Mantengo vivo el recuerdo del día en que le planteamos esta propuesta al decano, Ps. Pablo Gelsi, quien, a la vez que la compartió de entrada, aportó interesantes sugerencias con el fin de efectivizar y mejorar su realización.

En el material que sigue, el lector apreciará el tratamiento de la depresión como trastorno que nos lleva a estudiarlo, comprenderlo y tratarlo desde múltiples perspectivas.

Así, **Pedro Bustelo**, en su artículo "La epidemia de depresión muestra su cara", comienza compartiendo datos básicos sobre la incidencia de este trastorno en nuestro país, deteniéndose en la descripción de las personas afectadas y en los fenómenos que en algunos casos pueden aparecer asociados a este cuadro.

En segundo lugar, **Guillermo Castro** realiza un análisis histórico del significado de la depresión, que desemboca en los últimos tratamientos e interpretaciones.

Más adelante se ofrecen artículos que se detienen en la depresión tal como es vivenciada en diferentes etapas de la vida. **Lillán Daset** pone el acento en las propuestas de prevención y tratamiento específicas dirigidas a adolescentes, al tiempo que ofrece pistas para que padres y educadores puedan detectar a tiempo señales de este trastorno.

En el siguiente artículo, **Daset, Ciasullo, Amézaga, Tafernaberry y Saiz** ofrecen datos generados en un estudio exploratorio realizado con adultos depresivos.

Alejandro De Barbieri, en su artículo "El sol detrás de las nubes de la depresión", presenta la visión de la logoterapia y las formas de trabajo posibles frente a los diversos tipos de depresión.

Mariano Galve, en su ponencia "Vivencias depresivas: cuando la tristeza nos invade", propone el análisis de la depresión desde la perspectiva de la persona que la padece. Como causas de este trastorno pone el acento en la pérdida de objetos significativos y una mala estructuración de la agresividad.

En "El sentido de la vida...", el mismo autor se centra en la necesidad de recuperar el sentido, para lo que necesariamente deben respetarse el contexto y el tiempo en que viven las personas. Desde esa perspectiva, para enfrentar la depresión se necesitan respuestas que reúnan los aportes de las ciencias humanas y religiosas.

El trabajo de **Teresa Pereira** se centra en el análisis fenomenológico de la depresión, que hace hincapié en las experiencias internas de las personas que padecen este trastorno.

Por último, en "Depresión, un camino de transformación", **Mario Saiz** propone considerar la depresión como una oportunidad de crecimiento y cambio, y describe los niveles de análisis que ofrece la psiconeurociencia para la comprensión de este trastorno.

La masiva concurrencia, con un salón de actos totalmente colmado en cada uno de los tres días que duraron las jornadas, así como el gran interés con que los asistentes siguieron las exposiciones de los distinguidos expertos, confirmaron el acierto en la elección del tema y su oportunidad. Esto mismo se apreció por la relevancia que prestaron al evento los distintos medios de comunicación.

Sólo nos resta esperar que estas jornadas hayan contribuido, por lo menos, a sensibilizar y orientar a una parte importante de la opinión pública, acerca de un flagelo social al cual algunos círculos científicos especializados han venido a catalogar como el mal de estos últimos siglos.

PBRO. VITALE DOROSKEVICH
Coordinador General de la
Comisión Arquidiocesana
de Pastoral de la Salud

La depresión: una enfermedad de alta frecuencia muy difícil de diagnosticar*

por Pedro Bustelo, Claudia Antiga, Enrique Smerdiner y Patricia Mango

*Epidemia.*¹ Sólo su pronunciación pone alerta al ciudadano común que cada día aparece en nuestra consulta. Pacientes y usuarios se preocuparían mucho si se enteraran de que nos referimos al estado actual de una enfermedad que en el 95% de los casos (Roberts y Priest, 1995) no está diagnosticada y que no reconoce diferencias en sus «víctimas». Estamos hablando de la depre-

Los autores

Pedro Bustelo. Médico psiquiatra. Presidente de la Fundación Cazabajones. **Claudia Antiga.** Médica psiquiatra. Directora técnica y secretaria de la Fundación Cazabajones. **Enrique Smerdiner.** Médico psiquiatra. Vicepresidente de la Fundación Cazabajones. **Patricia Mango.** Técnica en Comunicación

* Este artículo reúne la actualización del tema expuesto en oportunidad de las Jornadas de 1999 por el Dr. Pedro Bustelo. Ha sido publicado en la revista *Tendencias* n° 94, 2002, con la colaboración de los profesionales arriba mencionados.

¹ Se define *epidemia* como un incremento de la incidencia (casos nuevos) de una enfermedad en una comunidad, en un período determinado. No es necesario que exista ningún agente infectocontagioso. Por ejemplo, los uruguayos estamos padeciendo en estos momentos una epidemia de depresión, de obesidad, de accidentes de tránsito, etc., situaciones en las que no existe ningún microbio que pueda ser responsable de la aparición de estos trastornos de salud.

sión, la misma que se ha instalado a nivel global, dispuesta a quedarse y a aumentar si no hacemos nada al respecto. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ya ha anunciado un alerta epidemiológico global en el que afirma que la depresión va a ser el principal motivo de consulta del médico general en el año 2020.

Muchas veces, equivocadamente, se cree que la depresión es una manifestación de debilidad de carácter. La ciencia ha comprobado, en cambio, que las personas que padecen de depresión tienen una alteración en su química cerebral. Específicamente, las personas que están cursando una depresión tienen en general una significativa disminución del nivel de serotonina en sus neuronas.

En su último boletín epidemiológico, la OMS hace referencia a 400 millones de personas que en el momento actual están afectadas de depresión en todo el mundo. En América Latina y el Caribe hay 25 millones de personas, de las cuales 330 mil viven en Uruguay.

Y eso no es todo: alcanza a este pequeño país el triste reconocimiento de tener la más alta tasa de suicidios en el continente (12 uruguayos de cada 100.000 mueren por esta causa), sin contar a quienes lo intentan pero no lo consiguen, que son aproximadamente entre 4.000 y 5.000 personas por año.

Como en muchos temas, esta sociedad manifiesta marcados prejuicios ante la depresión. Se la asocia a la locura y eso la deja al margen de la salud integral. Es importante destacar que la OMS clasifica a la depresión como un trastorno emocional común; esto significa que es de altísima frecuencia (10% de la población general) y que afecta a personas comunes y corrientes.

Síntomas físicos, tales como dolores de cabeza, lumbalgias, nalgias, hipertensiones esenciales, taquicardias, ataques de pánico, fobias, obsesiones, trastornos digestivos (úlceras, gastritis, colon irritable), algunos eczemas de piel y algunas alopecias son tratados en forma sintomática sin corregir la verdadera causa etiológica, que está dada por una disminución de la concentración de neurotransmisores en el cerebro de los pacientes.

Es habitual que estos pacientes sean multiestudiados con exámenes parclínicos sofisticados, que invariablemente muestran resultados normales, con la consiguiente conclusión para el paciente. El médico tratante le dirá entonces: "Usted no tiene nada, es todo de los nervios".

Un estudio realizado en los Estados Unidos de América por la Asociación de Personas que Padecen Depresión revela que en general pasan de ocho a diez años entre la aparición de los primeros síntomas y el contacto con un profesional que reconozca y trate en forma precisa esta afección.

¿Por qué hay individuos que mueren cuando existe una cura para la depresión? ¿Cómo podemos permitir que cada vez más personas, inclusive niños, atenten contra su vida por un falso tabú o por desconocimiento?

Éste y otros esquemas motivaron la creación de la Fundación Cazabajones, institución sin fines de lucro que responde a la imperiosa necesidad de reconocer la depresión, asumirla y tratarla como tal, sin tapujos.

A este emprendimiento se suman los Clubes Cazabajones, adonde el vecino puede asistir para hacer una terapia grupal. Estos clubes ya han ganado entre cuatro y seis mil voluntades a lo largo y ancho del territorio nacional.

La Fundación brinda servicios médicos y psicológicos que siguen los protocolos terapéuticos recomendados y elaborados por los Comités de Expertos en Salud Mental de la OMS. Además de recomendar el uso de medicina protocolizada, esta organización ha entendido que es muy importante usar una nueva herramienta terapéutica denominada *psicoeducación*, esto es, que los profesionales de salud puedan explicar en un lenguaje sencillo y accesible a cualquier ciudadano la fisiopatología de los trastornos del ánimo.

Por medio de una comunicación personal (Serra, 2001) se ha constatado que en el Uruguay, desde la aparición del primer caso de sida autóctono, han fallecido por esta enfermedad entre 900 y 1.000 personas en un período de 18 años. En el mismo lapso se han suicidado aproximadamente unos 9.000 uruguayos por depresiones no reconocidas y no tratadas. Dicho de otra manera: en el Uruguay la depresión mata diez veces más que el sida.

Teniendo en cuenta que la ciencia ya dispone de tratamientos sumamente efectivos para la depresión —antidepresivos de última generación (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina [ISRS]), psicoterapias, psicoeducación, etc.—, es muy importante diagnosticar esta enfermedad en forma precoz. Es más: la OMS y la Fundación disponen de instrumentos (cuestionarios) que detectan la depresión con gran precisión.

Desarrollo de la depresión

Celebridades y desconocidos

Gran tristeza, pérdida de placer, sueño indiscriminado o insomnio, anorexia o bulimia, inhibición psicomotriz o agitación, adelgazamiento u obesidad son algunos de los síntomas más frecuentes de esta enfermedad.

No obstante, existe una porfiada tendencia a asociarla con la locura. ¿Qué dirían sus pacientes si se enteraran de que Abraham Lincoln, Ludwing van Beethoven, Franz Schubert y Frederick Chopin, junto al también célebre Horacio Quiroga, fueron tan víctimas de la depresión como cualquier ciudadano común? ¿Verdad que se vería distinto?

Es ésta la prueba de que esta enfermedad no distingue clases sociales,

credos o religiones, y desmiente de plano aquella creencia de que el dinero hace la felicidad.

Si los nombrados no alcanzaran, agregamos a Ernest Hemingway, quien tenía en su cuenta bancaria casi un millón de dólares provenientes de un Premio Nobel de Literatura el día en que se autoeliminó con un fusil en el pecho. La familia Hemingway, así como también el Premio Nobel, nos ilustran sobre algunas particularidades de las personas que sufren de depresión.

Es muy común que quien tiene depresión y no lo sabe (situación que, como se ha dicho, se da en el 95% de los casos) caigan en adicciones a los efectos de aliviar el sufrimiento espiritual que esta dolencia genera. Ernest Hemingway fue alcohólico y tenía conductas temerarias: se iba a cazar leones al África, pescaba tiburones y fue corresponsal voluntario en la guerra civil española. Dicho de otra manera: se exponía a peligros innecesarios con mucha frecuencia. Estas vivencias generaron material para algunas de sus obras más conocidas: *El viejo y el mar* y *Las nieves del Kilimanjaro*, entre otras.

La carga genética es muy importante. Los antecedentes familiares de depresión, suicidio, drogas o alcohol tienen una gran incidencia. Los hijos de padres depresivos tienen mayores posibilidades de serlo que el resto de las personas.

Los Hemingway también son muy ilustrativos en relación con esta vulnerabilidad genética. Además del famoso escritor, murieron por suicidio secundario a depresión su nieta Margaux, actriz de cine, su madre y seis tías.

Tan frecuente es la depresión, que la propia OMS, así como la Universidad de Harvard, ya la consideran la principal causa de discapacidad transitoria a nivel mundial. Esto se debe a que cuando estamos con depresión tenemos serias dificultades en nuestra capacidad de concentración, en nuestra capacidad para tomar decisiones precisas, tenemos menos energía física, así como también vemos la realidad mucho más negativa de lo que es.

Además, un paciente que tenga depresión y no lo sepa,² se encuentra en un estado de inmunosupresión. Por consiguiente, es más proclive a desarrollar todo tipo de infecciones y tumores. También se ha demostrado que la depresión acelera los procesos de osteoporosis y el proceso de arterioesclerosis, multiplica por cuatro la posibilidad de tener un infarto agudo de miocardio y aumenta la frecuencia de los accidentes de tránsito y domésticos. Es más: algunos accidentes son suicidios "disfrazados".

Pero, ¿cómo detectar la depresión? A continuación ofrecemos un instrumento de rastreo, respaldado por la OMS. Toda persona que responda positivamente a siete de las preguntas del cuestionario, en el marco de los últimos 30 días, tiene un 86% de probabilidades de estar cursando un episodio depresivo.

² En cifras absolutas, en Uruguay eso significa aproximadamente 300.000 ciudadanos.

Cuestionario de autoaplicación de la OMS

- ¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?
 - ¿Mal apetito?
 - ¿Duerme mal?
 - ¿Se asusta con facilidad?
 - ¿Sufre de temblor de manos?
 - ¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?
 - ¿Sufre de mala digestión?
 - ¿Se siente triste?
 - ¿Llora con frecuencia?
 - ¿Tiene dificultad en disfrutar de sus actividades diarias?
 - ¿No toma decisiones?
 - ¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?
 - ¿Ha perdido interés en las cosas?
 - ¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?
 - ¿Se siente cansado todo el tiempo?
 - ¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?
 - ¿Se cansa con facilidad?
- Puntaje total:

Una enfermedad ignorada

Si tuviéramos que hacer una representación gráfica, podríamos dibujar un iceberg. Cerca del extremo superior trazaríamos una línea, por encima de la cual ubicaríamos al 5% de uruguayos deprimidos que están diagnosticados y en tratamiento correcto.

Más abajo, en una franja del 15%, encontraríamos a aquellos que erróneamente han sido diagnosticados con problemas cardíacos, neurológicos, digestivos, dermatológicos, reumatológicos, etc., que por lo general están recibiendo tranquilizantes, sin tomar antidepresivos de última generación, los que constituirían el tratamiento etiológico correcto y adecuado.

Un 80% —es decir, 264.000 uruguayos de los 330.000 deprimidos— ignoran que lo que padecen es una enfermedad. En consecuencia, muchas veces sucumben ante las drogas, el alcohol, la violencia doméstica, los intentos de suicidio o los suicidios consumados.

Los niños no son ajenos a esta realidad. En Uruguay existen datos que dan cuenta de 30.000 niños que tienen depresión y no están diagnosticados (Cherro y Trenchi, 2001).

Probablemente se prefiera hablar de niños «revoltosos», «hiperactivos», «in-

domables», etc., cuando en realidad están tan deprimidos como un adulto o más. En consecuencia, estamos asistiendo a un incremento en el número de suicidios consumados y “accidentes” entre niños y adolescentes.

Relaciones con el género

Las neuronas de las mujeres están bañadas con menor cantidad de serotonina en comparación con las de los hombres, lo que las hace más susceptibles a la depresión. Esta situación se acentúa en el climaterio por la disminución del nivel de estrógenos. Los momentos de mayor riesgo de depresión ocurren en los diez días que preceden al período menstrual o después del parto, especialmente entre los 22 y los 45 años de edad.

A su favor, las mujeres tienen la habilidad de reconocer más la enfermedad y asumirla. Los hombres, en cambio, a pesar de ser afectados en menor cantidad, son responsables de la mayoría de los suicidios consumados que se producen en el Uruguay.

Volver a vivir

Esta enfermedad no se ve en radiografías, no se detecta en la sangre, no lastima. Está «alojada» en billones de neuronas microscópicas con neurotransmisores en franco descenso. En general hay una mengua de la serotonina, pero también existen depresiones por reducción de la dopamina, noradrenalina, así como también disminuciones combinadas de los diferentes neurotransmisores.

Sin ganas de vivir, el paciente cree que nada tiene sentido. Pero en una buena práctica clínica y un tratamiento adecuado podrá encontrar la solución, el alivio, una vuelta a la vida, a las ganas de ser feliz.

Las investigaciones muestran que tres de cada diez personas tendrán un momento depresivo en sus vidas. Los médicos debemos estar preparados para esa eventualidad, evitando así más muertes sin sentido.

El ritmo de vida que actualmente llevamos en Uruguay —que no escapa a las tendencias mundiales—, el estrés, la desocupación, el multiempleo y la crisis económica no propician un ambiente ideal para escapar a la depresión. Por eso recomendamos el ejercicio físico siempre. Hacerse un lugar en la mañana para «desperezharse» y cargar el cuerpo de energías no sólo cambiará el comienzo de la jornada, sino que inyectará la adrenalina suficiente para enfrentar el día. Tomar sol es bueno para la generación de neurotransmisores. También aconsejamos caminar, integrarse, sociabilizar y, sobre todas las cosas, aceptar que todos podemos estar deprimidos en algún momento.

Del mismo modo que para tener hepatitis es imprescindible tener un hígado, para tener depresión lo único imprescindible es tener un cerebro, un psiquismo, un "alma".

Manejo del paciente con depresión

Al igual que en todas las ramas de la medicina, una de las cosas más importantes respecto a esta enfermedad es un preciso diagnóstico clínico. En realidad, cuando hablamos de depresión estamos simplificando. En su última Clasificación Internacional de Enfermedades, la OMS reconoce más de diez diferentes tipos de depresión. En algunas será de extrema importancia usar estabilizadores del humor (trastorno bipolar tipo I); en otras, de menor intensidad y con un genio evolutivo no tan dañino, será suficiente la participación en un grupo gratuito de autoayuda (depresión leve reactiva).

Además de un correcto diagnóstico, es necesario subrayar la importancia de la psicoeducación, así como también de un uso preciso y correcto de los antidepresivos ISRS, que habitualmente pueden normalizar o restituir *ad integrum* la química cerebral del paciente en aproximadamente dos meses.

Existen en el mercado uruguayo unas treinta sustancias antidepresivas de última generación (fluoxetina, sertralina, citalopram, fluvoxamina, venlafaxina, paroxetina, etc.). Todas ellas son fármacos muy efectivos y seguros, con buena tolerancia y escasos o nulos efectos colaterales. En general se debe usar un antidepresivo ISRS siguiendo la indicación del fabricante; se van aumentando las dosis en forma quincenal o mensual, según el grado de depresión, hasta que el paciente se normaliza. Como cualquier fármaco, los antidepresivos tienen *dosis techo*, siempre informadas por el fabricante. A título de ejemplo, la dosis techo de la fluoxetina es de 80 mg por día; de la paroxetina, 50 mg por día; la sertralina tiene una dosis techo de 200 mg diarios.

Ahora bien, tal vez lo más importante sea informar al paciente sobre el mecanismo de acción de estos fármacos. Éstos tienen la propiedad de "engañar" al cerebro del enfermo, de modo que sus neuronas comiencen a sintetizar serotonina propia. Esto significa que el efecto terapéutico está dado por los neurotransmisores autóctonos naturales generados por las neuronas del propio paciente. Es oportuno mencionar que el cerebro no puede sintetizar toda la serotonina en pocos días, por lo que los antidepresivos demoran en dar su máxima potencia entre seis y ocho semanas.

Una vez que el paciente ha normalizado su química cerebral, la OMS recomienda sostener el uso del antidepresivo por un período de seis a ocho meses y discontinuarlo en forma paulatina. El uso de tranquilizantes benzodiazepínicos se hace imprescindible para proteger al paciente del exceso de ansiedad

que generan muchas depresiones. Esto sirve para mejorar el sueño en forma sintomática y también disminuye el número de somatizaciones en los distintos aparatos (digestivo, cardiovascular, locomotor, etc.).

Paralelamente, es de fundamental importancia propiciar algunos cambios en el estilo de vida. Evitar aislarse, tomar sol,³ hacer ejercicios físicos, exigirse menos, darse la oportunidad de ayudar a otros; mantener la mente ocupada en acciones constructivas (nadar, fabricar muebles...) suele estimular un aumento de los neurotransmisores, alejando la probabilidad de tener una depresión. Consumir drogas, alcohol o jugar compulsivamente, circular rápido en el automóvil, etc., además de ser conductas de alto riesgo, generan una euforia que, al desaparecer, puede sumir al paciente en una profunda depresión.

El apoyo y la psicoeducación de la familia son fundamentales, pero en la Fundación Cazabajones también exhortamos a ser optimistas, a enfrentar con el mejor ánimo las situaciones difíciles.

Algunas recomendaciones de utilidad

Formas naturales para complementar el uso de su antidepresivo

- Tome sol, en forma regular y poco tiempo.
- Realice ejercicios físicos. Si no puede concurrir a un gimnasio, incluya series de ejercicios por lo menos una o dos veces por semana en su vida cotidiana.
- Camine o salga a andar en bicicleta.
- Evite la soledad, permaneciendo junto a otras personas.
- Evite el estrés.
- Busque actividades que lo hagan sentir bien.
- No se exija demasiado; trate de reducir temporariamente el grado de exigencias.
- Evite tomar decisiones personales y laborales.

³ El sol, así como la luminoterapia, aumentan espontáneamente los niveles cerebrales de serotonina. Esto es lo que explica la baja frecuencia de depresión y suicidios en países caribeños o muy iluminados y las altas prevalencias de depresión y suicidios en países como Dinamarca, Suecia, Noruega, etc.

Diez consejos de autoayuda

- No se marque objetivos difíciles o emprenda negocios que le demanden demasiada responsabilidad.
- Divida las grandes tareas en pequeñas actividades, elija las prioritarias y ejecute las que puede cumplir.
- En estado depresivo no espere mucho de sí mismo a corto plazo.
- Haga un esfuerzo por relacionarse con otras personas.
- Participe en actividades que lo hagan sentir bien.
- Haga ejercicio moderado, vaya al cine, al teatro o a espectáculos deportivos. Participe en actividades sociales o religiosas.
- No se obsesione si su humor no vuelve rápidamente a la normalidad. Sentirse bien lleva su tiempo. Sea paciente.
- No tome decisiones trascendentales para su vida sin consultar antes con las personas que pueden hacer una valoración más objetiva de su situación. Recuerde que la depresión no deja pensar con claridad.
- Tenga presente que la depresión va a vivir con usted las 24 horas del día. Por eso, autoayúdese y no se culpe por sentirse mal.
- No acepte sus pensamientos negativos. Éstos son parte de la depresión y desaparecerán a medida que responda al tratamiento.

Conclusión

La depresión es una enfermedad de altísima frecuencia en el Uruguay y habitualmente no es reconocida. Muchas veces "enfermedades" secundarias a la depresión no son más que manifestaciones periféricas del desorden en la química cerebral a nivel central (hipertensiones esenciales, contracturas musculares, eczemas, taquicardias, sudoración excesiva, ataques de pánico, timidez, falta de energía, etc.). Esto genera una situación de incremento en los costos sanitarios nacionales y un panorama desolador para el paciente portador de una depresión, dado que por lo general no es correctamente diagnosticado y suele ser tratado en forma inadecuada, como una persona que molesta, que va al médico, que es multiestudiada y cuyos exámenes paraclínicos resultan siempre normales.

Bibliografía consultada

- BERRO, G.; D. PUPPO BOSCH y A. SOIZA LARROSA: «Suicidio wsquizofrénico», *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 48 (286), 1983, pp. 192-202
- BÉRRO, G.: «Alarmante aumento de suicidios y accidentes entre niños y jóvenes», *Noticias* (revista del Sindicato Médico del Uruguay), mayo de 1998.
- BUSTELO, P.; J. MARI, C. FERNÁNDEZ, S. BAXTER ANDREOLI e I. LEVAV: «A tranquil city with a high tranquilliser intake», *The Lancet*, 1996, p 1264.
- BUSTELO, P.: «Informe preliminar: Investigación comunitaria sobre el uso de medicamentos psicotrópicos en Montevideo, Uruguay», en *Uso racional de medicamentos psicotrópicos en los países del Cono Sur*, OPS-OMS, 1993, pp.1-5.
- CHERRO, M., y N. TRENCHI: Comunicación personal, 2001.
- DAJAS, F., y colaboradores: «Estudio de la desesperanza en una población de estudiantes», *Revista Médica del Uruguay*, 1998.
- GONZÁLEZ REA, J. C.: «Estudio sobre suicidio en el Uruguay», Monografía de finalización del posgrado de Psiquiatría, Clínica Psiquiátrica, Facultad de Medicina, Montevideo, 1997.
- LISTA VARELA, A.: «Dépresión. Reconocimiento diagnóstico y manejo en el escenario del médico general», *Tendencias en Medicina*, 1998.
- LUGERO, R., BARRIOS y colaboradores: «Estudio sobre suicidio», *Revista Médica del Uruguay*, 1998.
- MURGUÍA, D. L.: «Exploración fenomenológica en 50 casos de intento de suicidio». *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 1967, 32 (187) 3-43.
- MURGÍA, D. L., y H. PUPPO TOURIZ: «Algunos aspectos epidemiológicos del suicidio en el Departamento de Montevideo. Comunicación Previa», *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 1968, 33 (197), pp. 3-17.
- PUPPO BOSCH, D.: «Autopsia psicológica de 50 suicidios». *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 1981, 46 (273), pp. 111-118.
- PUPPO BOSCH, D.; A. SOIZA LARROSA, L. GEORGIEFF OXOBI y H. PUPPO TOURIZ: «Estudio multidisciplinario de un suicidio», *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 1986, 51 (301), pp. 23-32.
- PUPPO TOURIZ, H.; G. MESA, A. SOIZA LARROSA, L. YAMETTI SASSI, D. PUPPO BOSCH, R. MEDINA, D. PERONA y F. BORGES: «Algunos aspectos del suicidio en Montevideo con particular referencia a los tóxicos», *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 1981, 46 (272), pp. 75-83.
- PUPPO TOURIZ, H., J. A. TOMA y D. PUPPO BOSCH: «Suicidio», *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 1981, 46 (274), pp. 159-174.
- PUPPO TOURIZ, H., G. BERRO, A. SOIZA LARROSA y D. PUPPO BOSCH: «Diagnóstico medicolegal del suicidio. Empleo de una confiable metodología», *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 1982, 47 (281), pp. 194-202.
- ROBERTS, A., R. PRIEST: «Depression in the community», *Primary Care Psychiatry*, 1995, pp. 5-13.

SERRA, M.: Comunicación personal, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION: *Report about mental health in the Americas*, 1999.

Resumen

El artículo presenta, a modo de introducción, algunos datos básicos sobre el fenómeno de la depresión y su incidencia en el Uruguay. En segundo término, aborda algunos aspectos de la etiología de la depresión y ofrece un sencillo cuestionario que permite detectar la enfermedad con razonable precisión. Tras explicar someramente el mecanismo de acción de los fármacos antidepresivos de última generación, sugiere complementar los efectos de estos fármacos con ciertos cambios en las actitudes y el estilo de vida.

La depresión a lo largo de la historia

por *Guillermo Castro Quintela*

Todas las ciencias, para convertirse en tales, primero debieron enterrar a sus brujos. La astronomía fue astronomía cuando enterró a la astrología. La química se transformó en química cuando enterró a la alquimia, y la psiquiatría y la psicología también tuvieron que enterrar a numerosos brujos. O sea que la humanidad demoró mucho en comprender qué son

las enfermedades mentales y, en particular, en poder entender que una persona que sufre depresión es una persona enferma, que la enfermedad que tiene es muy grave y que por ser grave merece un tratamiento adecuado.

Se trata de comprender que tener dificultad para levantarme de mañana, perder el apetito, tener ideas de muerte y pensar "la vida no tiene sentido y me quiero autoeliminar", no tener deseo o voluntad de hacer las cosas, no poder concentrarme, que cambien mis ritmos biológicos y me despierte de noche y no pueda dormir, y luego tenga hipersomnolencia durante el día, es una enfermedad.

Llevó mucho tiempo también llegar a comprender que el suicidio en sí no es un acto voluntario, sino que en la mayoría de los casos se trata de la acción de una persona con su juicio alterado, que actúa asumiendo una conducta no voluntaria. Tanto tiempo llevó entender esto, que durante muchos años se con-

El autor

Jefe del Departamento de Psiquiatría del Hospital Británico. Miembro extranjero de la Asociación Psiquiátrica de Estados Unidos. Miembro de la Asociación de Psiquiatría Biológica del Uruguay.

sideró que todas las personas que se suicidaban cometían un pecado. Actualmente existe una coincidencia generalizada en que esas personas están enfermas y podemos tratarlas. También demoramos mucho en entender estas cosas porque no teníamos un fuerte arsenal terapéutico para tratar estas enfermedades extremadamente graves.

Creo que los antiguos entendían este tipo de enfermedades mucho mejor de lo que después las entendieron en la Edad Media, en el Renacimiento e incluso en el siglo XIX. Hipócrates, un médico de la antigüedad, ya planteaba en su época que la melancolía, la tristeza, la euforia, los estados de alteración del humor, eran correspondidos por cierta preponderancia de fluidos en el organismo: la bilis u otro tipo de humores. Decía que la depresión, de alguna manera, o la euforia, que es su contracara, estaban relacionadas con los cambios, las concentraciones o el volumen de estas variaciones del humor. Con Hipócrates se inaugura la medicina biológica, que se prolonga hasta la época de Galeno, en la que se buscan algunas aproximaciones farmacológicas, incluso para tratar estos estados afectivos.

En las culturas más primitivas, anteriores a Hipócrates, ni por aproximación se pensaba que tales anormalidades fueran propiamente enfermedades; simplemente se consideraban una ruptura del individuo con su sistema mágico-religioso, y estas enfermedades mentales se atribuían fundamentalmente a la violación de un cierto tabú, al descuido de las obligaciones rituales o a la posesión demoníaca.

Tomás de Aquino y Alberto Magno, luminarias de la Iglesia Católica del siglo XIII, fueron los que mejor subrayaron la unidad entre cuerpo y mente. Sin darse cuenta, inauguraron un concepto más moderno del ser humano y nos ayudaron a comprender mejor la integridad biológica y psicológica que los seres humanos tenemos.

Después de todo esto llegó la época de Descartes, quien de alguna manera, con su separación entre la *res cogitans* y la *res extensa*, estableció las bases para la fractura de esa unidad que venía existiendo en los siglos anteriores. El ser humano se dicotomizó entre dos concepciones distintas, y ello volvió a plantear la dificultad de comprender las enfermedades mentales fuera de un contexto unificado de la persona. Con la separación entre estas dos concepciones surgen, por un lado, teorías psicologicistas, y por otro, teorías mecanicistas, para tratar esta clase de enfermedades.

Hasta fines del siglo XIX no había prácticamente tratamientos efectivos para este tipo de pacientes. Quienes sufrían depresión eran internados en asilos, sometidos a tratamientos que de hecho no surtían efecto alguno. Generalmente permanecían encerrados largos períodos, sin oportunidades de socialización.

El primer tratamiento biológico efectivo —no para la depresión específicamente, sino para otro tipo de enfermedades— se aplicó recién en 1916. No hay

que olvidar que el 50% de la población internada en los hospitales psiquiátricos estaba allí por causa de una enfermedad que se llamaba "parálisis cerebral". Se trata de una forma de demencia que tiene su origen en el treponema que produce la sífilis. Muchos de estos pacientes morían en los asilos mentales y en su mayoría debido a las consecuencias neurológicas de esa enfermedad.

Frente a estos hechos clínicos, a un médico alemán se le ocurrió algo muy original. Su razonamiento fue el siguiente: si la demencia que sufren estas personas es producida por un treponema, hay que buscar entonces un antídoto que pueda destruirlo, y así quizá podamos curarla. De acuerdo con esta premisa, inyectó a sus pacientes el treponema de la malaria, el cual tiene la propiedad de producir un gancho de fiebre, de 40°, que aparece cada tres días. Él razonaba: "Si a estos pacientes les aumento la temperatura, el treponema, que está adaptado para vivir a 37°, tal vez no resista y se muera". Y efectivamente, así sucedió: la mayoría de los pacientes se curaron de su demencia, mejoraron en forma espectacular y fueron restituidos a la vida social y familiar.

Fue la primera vez en la historia que un tratamiento biológico mejoró sustancialmente a pacientes que tenían enfermedades mentales y abrió la puerta para pensar que también las otras enfermedades mentales podrían ser pasibles de recibir otros tipos de tratamiento, biológicos y psicológicos.

Fuera de este caso puntual no existía ninguna cura efectiva para tratar la depresión. Recién a fines de la década del veinte y principios de los treinta, un médico húngaro llamado Von Meduna inventó una técnica que era similar al electroshock. Se administraba una sustancia que producía una convulsión epiléptica en los pacientes, y muchos de ellos mejoraban.

Algunos años más adelante, en la década de los treinta, Hugo Cerletti inventó la electroconvulsoterapia o electroshock, que transformó de manera espectacular el tratamiento de los episodios afectivos y produjo curas. Cerletti recibió el premio Nobel por su descubrimiento.

A finales de la década de los cincuenta y principios de los sesenta se descubrieron los fármacos antidepresivos, que inauguraron la era moderna. De ahí en adelante, a través del descubrimiento del mecanismo íntimo de funcionamiento de estos fármacos a nivel de las neuronas, se empezó a conocer aspectos profundos de la depresión.

Hoy, con los tratamientos actuales psicofarmacológicos y psicoterapéuticos, se mejoran y curan entre un 70% y un 75% de los cuadros depresivos. Lamentablemente la desinformación general, y la idea de que la depresión no es una enfermedad, llevan a que un porcentaje enorme de personas deprimidas permanezca sin tratamiento.

A continuación, en los últimos treinta años se empieza a descubrir que los pacientes con *depresión mayor* o *distimia* tienen alteraciones biológicas medibles, como por ejemplo:

1. Cuando alguien está deprimido, su psiquismo trata de defenderse con hormonas que generan estrés (o sea, lo predisponen a estar alerta). El cortisol es una hormona que sintetiza adrenalina o noradrenalina. Un 50% de los pacientes con estos cuadros afectivos, si reciben dexametasona, no disminuyen sus altas concentraciones de cortisol en el plasma por debajo de 5 mg/lit. Este fenómeno biológico puede considerarse un marcador paraclínico.

2. Los pacientes portadores de *depresión mayor* presentan aumento de la latencia REM del sueño (las fases REM son los períodos de sueño profundo o paradójico, en los que soñamos y logramos descanso, que se presentan cada 90 minutos). Esto explica por qué el paciente con depresión tiene insomnio y exceso de sueño durante el día.

3. Los pacientes con enfermedades afectivas presentan disminución de la secreción nocturna de la hormona del crecimiento.

4. Se observan también en estos pacientes alteraciones en el producto final de hormonas como la noradrenalina y la adrenalina en el líquido cefalorraquídeo y en la orina.

5. Los pacientes que sufren *depresión crónica* desde la infancia pueden desarrollar atrofia del hipotálamo.

Existe, para finalizar, una última teoría que, a nivel general, podría derrumbar el cartesianismo: la teoría del encendido génico. ¿En qué consiste?

Se ha descubierto que los genes son dinámicos en su funcionamiento y no estáticos. Los genes guardan la información genética. Todos tenemos genes con buena y con mala información. Sin un individuo tiene información almacenada en sus genes para desarrollar depresión, ésta puede o no manifestarse, según las circunstancias que lo rodeen. A modo de ejemplo: una persona tiene en sus genes información aberrante para desarrollar depresión; si su medio ambiente es calmo y apacible, no sufre mucho estrés, etc., tal vez pase su vida sin desarrollar la enfermedad. En cambio, si el mismo individuo consume cocaína o alcohol, o sufre por pertenecer a un medio familiar violento, estos factores de estrés, unidos o en forma individual, encienden en forma intermitente el gen hasta que se logra un encendido permanente y aparece la enfermedad constituida. El estrés familiar, la cocaína, el alcohol, la inestabilidad económica, etc., tal vez sean lo que mejor explique la epidemia de enfermedades afectivas que nos rodean y el abrupto incremento del suicidio en nuestros tiempos.

Ojalá que esta nueva aproximación nos permita abandonar biologicismos y psicologicismos, para adentrarnos en tratamientos combinados y educación de la población, a fin de tratar con mayor éxito a nuestros pacientes.

Referencias bibliográficas

- AKISKAL, H. S.: "External validating criteria for psychiatric diagnosis", *J. Clin. Psychiatry* 41, 1980, pp. 6-15.
- ANGST J.: "The course of affective disorders", *Psychopath* 19 (Suppl 2), 1986, pp. 47-52.
- CLERGET-DARPOUX: "Clinical Methods in psychiatric genetics": *Acta Psychiatr Scand.* 74, 1986, pp. 305-311.
- GOODWIN, Frederick, y Kay JAMISON REDFIELD: *Maniac Depressive Illness*, Nueva York, Oxford University Press, 1990.
- LÓPEZ-IBOR, J. J.: *De la noche oscura a la angustia*, Rialp, Madrid.
- OSTOW, M: "The hipomanic personality in history", en *Mania: An Evolving Concept*, Nueva York; Spectrum, 1980, pp. 387-393.

Resumen

La consideración e interpretación de las enfermedades mentales —la depresión entre ellas— ha sufrido enormes transformaciones a lo largo de la historia, pero solo el avance sustancial del conocimiento registrado en las últimas décadas ha permitido aplicar tratamientos eficaces. En esta breve exposición se ilustra a grandes rasgos ese proceso histórico, haciendo hincapié en la necesidad de un abordaje integral (biológico y psicológico a un tiempo) de estos padecimientos.

Depresión en la adolescencia: una aproximación desde la evaluación empírica

por Lilián R. Daset*

Durante muchos años nos han preocupado los padecimientos psíquicos en niños y adolescentes. Fue así que en la Universidad Católica del Uruguay comenzamos a desarrollar un estudio sistemático con jóvenes,¹ que tuvo como objetivo investigar los diferentes trastornos psicológicos que presenta este segmento de la población, con la finalidad de formular propuestas de prevención y tratamiento específicas.

En nuestra región, cuando se trata de realizar acciones preventivas o en los propios diagnósticos y tratamientos, solemos tomar como referencia algunos de los sistemas de clasificación de uso internacional, y en muchos casos también nos apoyamos en investigaciones de otros países. Ello ha enriquecido nuestra visión de conjunto, pero al mismo tiempo nos deja la interrogante de si las cosas serían de igual forma si el estudio se basara en nuestra población y nuestra propia cultura.

La autora

*Psicóloga, con estudios doctorales en Psicología. Docente de grado y posgrado. Directora de Investigación. Coordinadora del Área de Personalidad y Evaluación Psicológica de la Facultad de Psicología de la Universidad Católica. Psicoterapeuta.
<ldaset@ucu.edu.uy>*

* Esta investigación ha recibido el apoyo académico de la Dra. Concepción López Soler, profesora titular de la Facultad de Psicología de la Universidad de Murcia y reconocida autoridad en temáticas de infancia y adolescencia.

Para los niños y los adolescentes no se cuenta con sistemas específicos de clasificación de los trastornos. Lo que se ha hecho hasta el momento, en la mayoría de los casos, es visualizar los trastornos de niños y jóvenes desde la perspectiva de la psicopatología adulta.

En este escenario es que iniciamos nuestra tarea de investigación, con el apoyo de docentes y estudiantes de la Licenciatura en Psicología de la Universidad Católica del Uruguay,² con quienes continuamos ampliando el estudio.

Para alcanzar el objetivo de conocer qué trastornos psicológicos padecen los adolescentes, se estudió una población específica, con un sistema de evaluación que tiene un amplio desarrollo investigativo en numerosos países y en diversidad de culturas. La evaluación permitió construir una clasificación en la que se registraron los principales trastornos psíquicos del grupo de jóvenes estudiado. El *síndrome de depresión-ansiedad* fue el que se estructuró con más fuerza y, por tanto, el de mayor incidencia en esa población.

El hecho de que haya adolescentes sufriendo de depresión aumenta sin lugar a dudas la preocupación por este padecimiento y la necesidad de ahondar en su estudio, con vistas a una diagnosis y un tratamiento mejores y más tempranos. Estas razones, entre otras, nos alentaron a realizar esta comunicación.

Características generales del estudio

En forma breve mencionaremos algunas de las características de la población encuestada y la metodología utilizada, con el objetivo de enmarcar el estudio, pero sin fines explicativos de orden instrumental.

La población estuvo compuesta por 420 adolescentes, de ambos sexos y de edades comprendidas entre los 12 y los 19 años. Todos ellos pertenecen a la población general, cursan educación secundaria y en su mayoría integran familias de nivel socioeconómico medio.

Para alcanzar el objetivo de conocer qué trastornos psicológicos padecen los adolescentes utilizamos el "Cuestionario autoaplicado para jóvenes" (YSR) de Achenbach y Edelbrock (1978).³ Con este instrumento se estudiaron pensamientos, comportamientos y sentimientos de los jóvenes.

Los datos obtenidos se analizaron factorialmente y con ellos se construye-

¹ Investigación desarrollada en el marco del Programa de Estudios Epidemiológicos en Salud Mental de la Facultad de Psicología de la Universidad Católica del Uruguay.

² Una especial mención merecen la Prof. Lic. Coral García y los estudiantes Guillermo Pérez Algorta y Verónica Tafernaberry.

³ Adaptación española de Lemos, Fidalgo, Calvo y Menéndez, 1992.

ron diez agrupaciones de síntomas, con las que se elaboró una *taxonomía empírica*⁴ o clasificación de los trastornos psicológicos de los adolescentes estudiados. Esta clasificación se representa como un plano donde se ubican los trastornos con sus respectivos síntomas. Estos se ordenaron en diez grandes grupos que muestran los trastornos psicológicos más frecuentes en la población estudiada.

Una vez obtenidos estos factores o trastornos, se estudió su incidencia en el total de la población, esto es, qué porcentaje de adolescentes cursaba cada trastorno. Al mismo tiempo se determinó la diferencia por sexos y edades, así como su relación con aspectos de carácter prosocial y con factores sociodemográficos.

Realizados los procedimientos mencionados, el factor que reunía la sintomatología de carácter depresivo se extrajo y se analizó separadamente, buscando determinar la posible agrupación de esos síntomas y su fuerza o peso en el trastorno.

Resultados

A partir de los datos obtenidos con el cuestionario, basado en la percepción que los adolescentes tienen de sus propios problemas, se construyó la clasificación de los trastornos psicológicos que padece la población en estudio. De los diez grandes grupos de síntomas que dieron lugar a los síndromes, el primero y con mayor peso es el que refiere a la depresión.

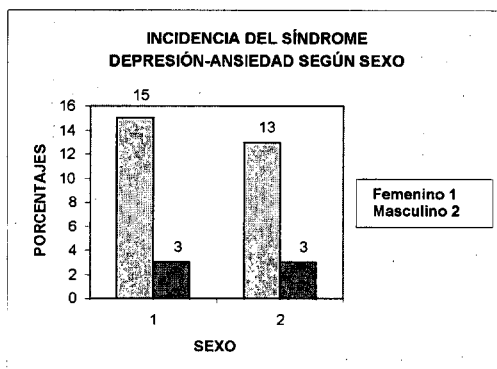
El síndrome de depresión tiene características propias, una de las cuales es que se presenta con componentes ansiosos, por lo que se denominó *síndrome de depresión-ansiedad*.

La tasa de incidencia de este síndrome en toda la población estudiada es de 3% —cuando se usa un criterio restrictivo— y de 14% con criterios menos exigentes. Esto significa que un 3% de los jóvenes presenta el número y tipo de síntomas que en otros sistemas de clasificación conforman el *episodio depresivo mayor*.

Un 14% de los jóvenes manifiesta síntomas de tipo depresivo, pero con una cantidad y severidad de los síntomas de media a menor.

La incidencia por sexos (gráfica 1) muestra que el porcentaje es el mismo para chicas y varones en cuanto al criterio más restrictivo (3%), y sugiere una diferencia en el criterio menos restrictivo o exigente, donde el valor se sitúa en el 15% para el sexo femenino y 13% para el masculino.

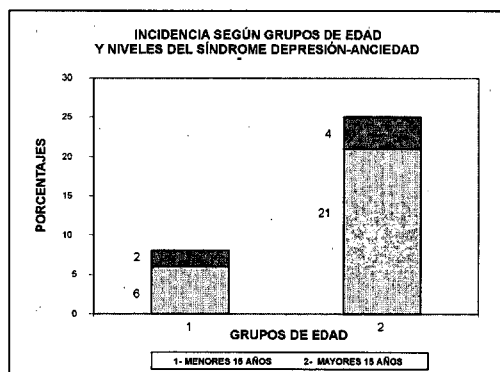
⁴ La taxonomía se obtiene de una evaluación basada empíricamente, que no presupone teoría alguna sobre el porqué de la ocurrencia de tal o cual comportamiento; por lo tanto, permite abordar los resultados desde diferentes perspectivas.



Gráfica 1

En la distribución por grupos de edad se aprecia una diferencia muy significativa entre los dos estamentos etarios; un 6% de los adolescentes menores de 15 años presentan síntomas entre leves y moderados y en un 2% la sintomatología es más severa.

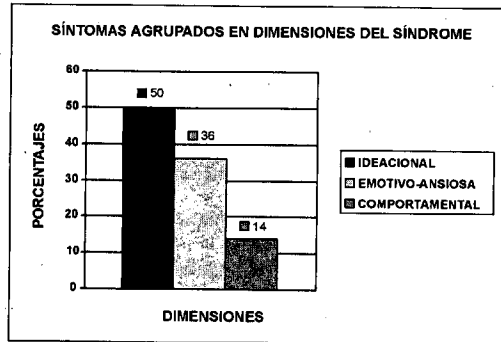
Estos datos contrastan con lo que ocurre con los jóvenes de 15 años o más, un 21% de los cuales presenta una sintomatología de leve a moderada y un 4% severa o mayor.



Gráfica 2

Síntomas que componen el síndrome

El síndrome empírico de depresión-ansiedad está conformado por el conjunto de sentimientos, comportamientos y pensamientos. Hablamos entonces de síntomas que componen el trastorno y que para éste en particular son numerosos y se asocian con mucha fuerza entre sí. Para la población estudiada se presentan en la gráfica 3.



Gráfica 3

Desde una perspectiva diagnóstica, este síndrome supone la existencia de una configuración empírica equivalente al episodio depresivo mayor en los dos sistemas de clasificación más empleados en el ámbito clínico: DSM-IV⁵ y el CIE-10.⁶ El síndrome se estructura con los ítemes que se señalan en la tabla 1, los cuales cuentan con cargas factoriales altas y por tanto son los que definen al trastorno.

Sentirse no amado
Sentir que no se vale nada
Sentirse culpable y pensar que lo demás así lo juzgan
Ideas frecuentes sobre la muerte -tanto propia como de los seres queridos -
Llanto frecuente e inmotivado
Vivencias de soledad
Tendencia a autoagredirse
Destrozar o deteriorar sus cosas o no preocuparse por ellas
Nivel de autoexigencia muy elevado
Confusión, con algunas ideas fijas
Mareos
Cansancio frecuente
Trastornos en el sueño
Tensión
Inquietud
Nerviosismo
Conductas agresivas
Percibirse como más deprimido que los demás
Temor a ciertos pensamientos
Preocupación excesiva

Tabla 1

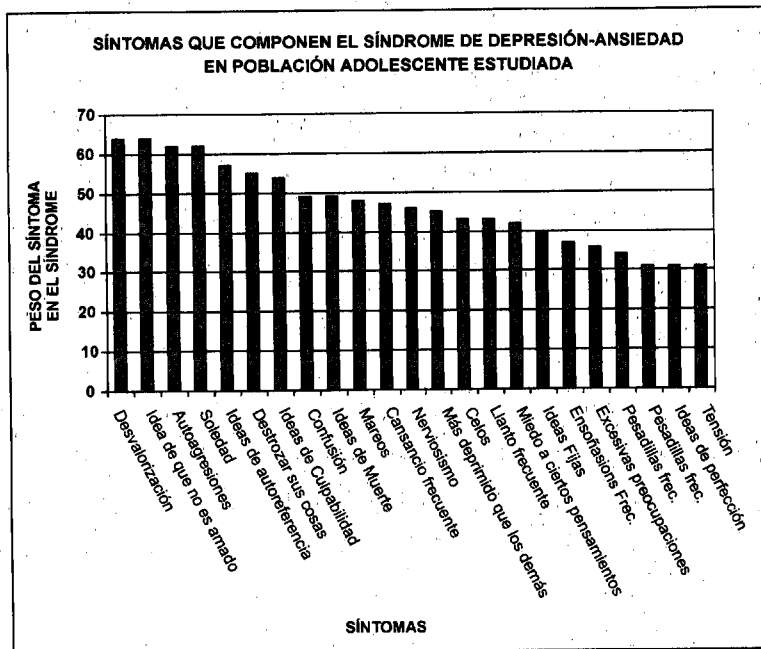
De esta larga lista de variables que conforman la depresión se señalan especialmente las que aparecen como estadísticamente más fuertes, es decir, las que tienen un peso mayor en el síndrome. En un análisis posterior, los

principales síntomas —los de mayor peso estadístico— se agruparon en tres dimensiones (gráfica 4).

El primer grupo o dimensión es el *ideacional* y refiere a los pensamientos, tanto en su directa expresión como producción eidética —ideas de...— o por las vivencias asociadas. Entre ellas se destacan por su fuerza la desvalorización, el sentirse-pensarse como no amado, las ideas recurrentes, el pensar en la muerte. A ellas acompañan la vivencia de soledad y los sentimientos-ideas de culpa.

Una segunda dimensión o agrupación es la *emotivo-ansiosa*, donde además de la inquietud y tensión frecuentes se incluyen aspectos somáticos como trastornos del sueño, mareos, cansancio persistente y también las emociones básicas.

La tercera dimensión o agrupamiento refiere a los comportamientos más desviados, que presentan también un peso de significación. Con ello buscamos analizar la presencia de los trastornos de conducta que muchas veces enmascaran una depresión, aunque debemos enfatizar que no todo trastorno de conducta tiene una depresión como base.



Gráfica 4

Estos síntomas, en gran número, son coincidentes con los planteados por el DSM-IV para la depresión mayor, incluida dentro de los *trastornos del estado de ánimo*.

Reflexiones

A través del estudio realizado se van corroborando algunas de las hipótesis generadas en los últimos tiempos respecto a la *depresión en edades tempranas*. Esto tiene gran relevancia por cuanto a muchos de estos adolescentes con algún grado de depresión no se los percibe así. Ello se debe a que en ocasiones el trastorno no se presenta con la tradicional retracción al mundo que es característica de la depresión en personas adultas, pero tras una fachada de movimiento y aparente extraversión puede ocultarse un episodio depresivo.

Esta característica es particularmente importante para una detección precoz por parte de padres y educadores. Notemos que estamos hablando de adolescentes menores de 20 años, con una edad promedio de 14, que ya en esa etapa de su vida presentan en una alta proporción síntomas depresivos.

El diagnóstico precoz lleva indudablemente a un tratamiento más ajustado y temprano, lo que permite una más rápida recuperación y por lo tanto una más pronta reinserción en el mundo, hecho que se hace muy notorio en la esfera educativa y social, en edades donde cada día cuenta tanto para la construcción de la persona.

Los resultados señalados están referidos a la población estudiada y son fruto de la primera fase de una investigación más amplia sobre problemas psicopatológicos en la niñez y la adolescencia, por lo que es prudente no generalizarlos al conjunto de la población o a la población clínica. No obstante, los estudios comparativos con trabajos similares en otros países⁷ muestran una gran coincidencia, tanto en la conformación del síndrome como en su peso estadístico.

La posibilidad de disponer de una metodología de evaluación y clasificación empírica que permita conocer cómo piensan, actúan y sienten las personas en su propia cultura y ecosistema nos alienta a continuar con esta línea de investigación, con la meta de contar con información más ajustada a nuestra realidad a la hora de elaborar políticas en salud y educación.

⁵ Asociación Americana de Psiquiatría: *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*.

⁶ Organización Mundial de la Salud: *Clasificación internacional de enfermedades*.

⁷ Lemos et al., 1992; Petti, 1986; López-Soler et al., 1998.

Bibliografía de referencia

- ACHENBACH, T. M., y MCCONAUGHY, Stephanie H. (1997): *Empirically based assessment of child and adolescent psychopathology* (2ª ed.). Londres, Sage.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (4ª ed.). Washington, D. C.
- BARLOW, D. H. (1991): "Introduction to the special issue on diagnoses, dimensions and DSM-IV: The science of classification". *Journal of Abnormal Psychology*, nº 100, pp. 243-244.
- CANINO, A. I. (1999): "Aspectos evaluativos del suicidio en adolescentes". *II Congreso de la Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología. Libro de resúmenes*, p. 84. Murcia.
- CICCHETTI, Dante, y SHEREE, L. Toth (1998): "The Development of Depression in Children and Adolescents". *American Psychologist*, vol. 53, nº 2, pp. 221-242.
- DASET, L. R. (1999): "Aproximación a una taxonomía empírica: estudio en jóvenes de Uruguay". *II Congreso de la Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología. Libro de resúmenes*, pp. 83-84. Murcia.
- DASET, L. R. (1999): "Los trastornos de conducta en adolescentes: una aproximación empírica". Actas de las 1ªs Jornadas sobre Trastornos de Conducta en la Infancia y la Adolescencia. Ministerio de Salud Pública, Uruguay.
- DASET, L. R. (1999): "Síntomatología depresiva en la adolescencia". Ponencia en el 2º Encuentro de Centros del Programa de Vigilancia Epidemiológica en Depresión (OPS-OMS), Uruguay.
- FERDINAND, R. F.; STIJNEN, T.; VERHULST, F. C., y VAN DEL REIJDEN, M. (1999): "Associations between behavioural and emotional problems in adolescence and maladjustment in young adulthood". *Journal of Adolescence*, nº 22, pp. 123-136.
- FITZPATRICK, C., y DEEHAN, A. (1999): "Competencies and problems of Irish children and adolescents". *European Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 8, nº 1, pp. 17-23.
- GOODMAN, Cheryl (1997): "Representativeness of clinical samples of youths with mental disorders a preliminary population-based study". *Journal of Abnormal Psychology*, vol. 106, nº 1, pp. 3-14.
- GRAHAM, P., y RUTTER, M. (1973): "Psychiatric disorders in the young adolescent: follow-up study". *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, nº 66, pp. 1226-1229.
- GREENBAUM, Paul E. (1998): "Hierarchical Confirmatory Factor Analysis of the Child Behavior Checklist/4-18". *Psychological Assessment*, vol. 10, nº 2, pp. 149-155.
- LEMOS, S.; FIDALGO, A. M.; CALVO, P., y MENÉNDEZ, P. (1992): "Estructura factorial de la prueba YSR y su utilidad en psicopatología infanto-juvenil". *Análisis y Modificación de Conducta*, vol. 18, nº 62, pp. 883-903.
- LÓPEZ SOLER, C. (1999): "Aportaciones del modelo de taxonomías empíricas al diagnóstico psicopatológico en infancia y adolescencia". *II Congreso de la Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología. Libro de resúmenes*, pp. 80-81. Murcia.
- LÓPEZ SOLER, C., y LÓPEZ PINA, J. A. (1998): "La depresión en la infancia desde la

- perspectiva de las taxonomías empíricas". *Revista de la Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología*, vol. 3, n° 2, pp. 95-102.
- MÁRQUEZ, J., y VAN HORN, K. R. (1997): "Habilidades socio-cognitivas e apoyo emocional nos relacionamentos dos adolescentes". *Psico*, vol. 28, n° 1, pp. 171-285.
- MORGAN, Ch., y CAUCE, A. M. (1999): "Predicting DSM-III-R disorders from the Youth Self Report: Analysis of data from a field study". *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 38, n° 10, pp. 1237-1245.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1996). *CIE-10: Trastornos Mentales y del Comportamiento*. Madrid, Meditor.
- PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO (1999): *Desarrollo humano en Uruguay*, Montevideo, PNUD Uruguay.
- ROBERTS, R. E.; ATKINSSON, C. C., y ROSENBLATT, A. (1998): "Prevalence of psychopathology among children and adolescents". *American Journal of Psychiatry*, vol. 155, n° 6, pp. 715-725.
- TOLAN, Patrick H. (1997): "Assessment of family relationship characteristics a measure to explain risk for antisocial behavior and depression among urban youth". *Psychological Assessment*, vol. 9, n° 3, pp. 212-223.
- VERLHUST, F. C., y ACHENBACH, T. M. (1995): "Empirically based assessment and taxonomy of psychopathology: cross-cultural applications. A review". *European Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 4, n° 2, pp. 61-76.

Resumen

A la mayoría de los adolescentes con algún grado de depresión no se los percibe como personas que cursan una enfermedad, debido a que en ocasiones la depresión no se manifiesta en ellos con las mismas características que en los adultos. Este trabajo presenta los resultados de un estudio sistemático sobre los trastornos psicológicos de los jóvenes, con la finalidad de formular propuestas de prevención y tratamiento específicas. Con una metodología de evaluación y clasificación empírica más adecuada a nuestra sociedad y cultura, padres y educadores podrán detectar el trastorno en sus primeras manifestaciones, lo que permitirá un tratamiento más ajustado y temprano y, consiguientemente, una más rápida recuperación.

Síntomas de depresión en adultos

por Lilián R. Daset, María Pía Ciasullo, Verónica Tafernaberry, Pilar Amézaga y Mario Eugenio Saiz

La actual incidencia de los trastornos depresivos en la población adulta requiere de un estudio específico y desde muchas vertientes. En esta comunicación nos ocuparemos del análisis de los síntomas depresivos de una población adulta de la ciudad de Montevideo, a partir de la cual intentaremos formular algunas reflexiones.

A partir del año 1998, en la Facultad de Psicología de la Universidad Católica del Uruguay se desarrolló una labor de investigación¹ —concomitante con la tarea asistencial— con población clínica adulta que concurre al Centro de Orientación Psicológico-Psiquiátrica Inicial de la parroquia de San Ignacio de Loyola (padres jesuitas), cuyo énfasis es la aten-

Los autores

Lilián Daset:

*Psicóloga, con estudios doctorales en Psicología. Docente de grado y posgrado. Directora de Investigación. Coordinadora del Área de Personalidad y Evaluación Psicológica de la Facultad de Psicología de la Universidad Católica. Psicoterapeuta.
<ldaset@ucu.edu.uy>*

María Pía Ciasullo:

Psicóloga. Analista junguiana. Estudiante del Master en Psicología Clínica orientación analítica.

Verónica Tafernaberry:

Estudiante de la Licenciatura en Psicología.

ción de personas con trastornos depresivos. El estudio se estructuró en varias fases. De la primera de ellas se han extraído los datos que se consideran en el presente trabajo.

El propósito de esta fase de la investigación es conocer la sintomatología más frecuente en la población encuestada — con relación a variables de edad y sexo—, a través de una evaluación preingreso que posibilite, desde el punto de vista asistencial, una detección precoz de padecimientos psíquicos, sobre cuya base se elaboran las estrategias de orientación.

Por tratarse de un centro que forma parte del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica en Depresión, la población que concurre está mayoritariamente conformada por personas que cursan o creen cursar un trastorno depresivo. A partir de esto se ha implementado la investigación general, con énfasis en los *trastornos del estado de ánimo*. No obstante, a la fecha de esta comunicación —y para las siguientes fases— se han incluido nuevas técnicas y encares que abarcan otros tipos de patologías.

Metodología

En la población que concurrió al centro, se organizó el estudio de los casos —previa entrevista clínica— con un cuestionario de rastreo de patología mental, para posteriormente administrar otros instrumentos más específicos y una ficha clínica estructurada.

El instrumento tomado en este estudio es el *cuestionario de autorrespuesta*² SRQ, construido a partir de materiales previos desarrollados para la detección primaria de trastornos como la depresión y la ansiedad. Recoge los criterios de clasificaciones diagnósticas padronizadas, tales como el DSM-IV y la Clasificación Internacional de Enfermedades en su 10^o versión, CIE-10.

Pilar Amézaga:

Psicóloga. Analista junguiana.

<pamezaga@adinet.com.uy>

Mario E. Sainz. Doctor en Medicina.

Psiquiatra. Profesor de Filosofía.

Analista junguiano. Profesor titular y

director de Estudios de Posgrado de

la Facultad de Psicología de la

Universidad Católica del Uruguay.

<msaiz@metgate.com.uy>

¹ Equipo conformado por psicólogos y psiquiatras en una actividad de docencia, asistencia e investigación.

² *Self Reporting Questionnaire*, Harding et al., 1980.

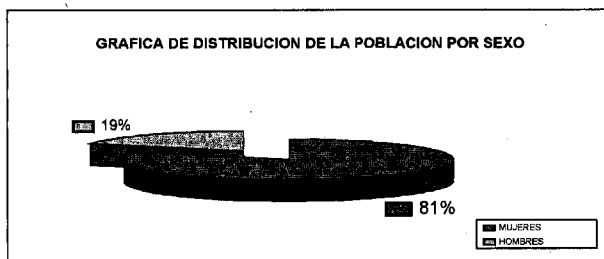
El cuestionario consta de 20 ítemes que pueden ser respondidos en forma rápida —diez minutos— con opción de *sí* o *no*, en lenguaje claro y llano. En la consigna —también breve— se indica al encuestado que para responder piense en lo acontecido en las dos últimas semanas.

Este instrumento posee un buen desempeño como *screening*. Usando un punto de corte de 8, presenta una sensibilidad de 83% y una especificidad de 82% con relación al CIS (Clinical Interview Schedule) de Goldberg. Permite estimar la prevalencia de trastornos psiquiátricos comunes.

Una vez relevados los cuestionarios, se examinaron los datos con procedimientos de estadística básica. Además se efectuó un análisis factorial exploratorio, con el fin de estudiar la posible agrupación de los síntomas en dimensiones según su coocurrencia.

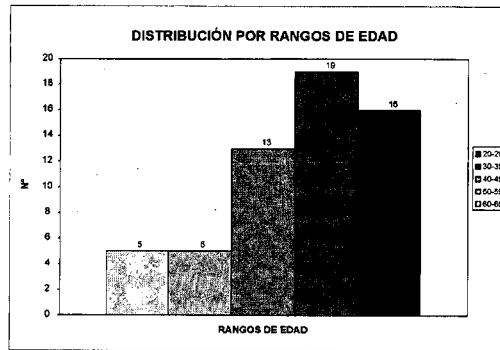
Resultados

La población encuestada fue de 58 adultos, compuesta en un 19% por personas del sexo masculino y en un 81% por personas del sexo femenino gráfica 1).



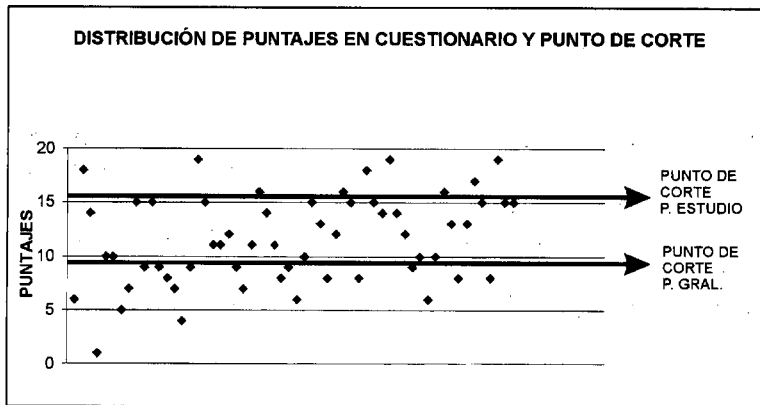
Gráfica 1

Las edades se sitúan entre los 25 y los 68 años. La distribución por rangos de edad muestra una concentración de la población en el rango que va de los 50 a los 59 años, al que le sigue en importancia el rango de 60-69 años; en tercer lugar aparecen las edades comprendidas entre los 40 y 49 años y, en igual proporción, los rangos de 20-29 y 30-39 años.



Gráfica 2

Las puntuaciones totales del cuestionario se concentran en lo más alto de la escala. El 15% de los casos se ubica en el segmento que delimita la Media+1 DS, donde se situaría —según los criterios más en uso— el punto de corte para la población en estudio. Si utilizamos el punto de corte para población general — = >8—, encontramos que el 74% de los casos cumplirían con el criterio (gráfica 3).



Gráfica 3

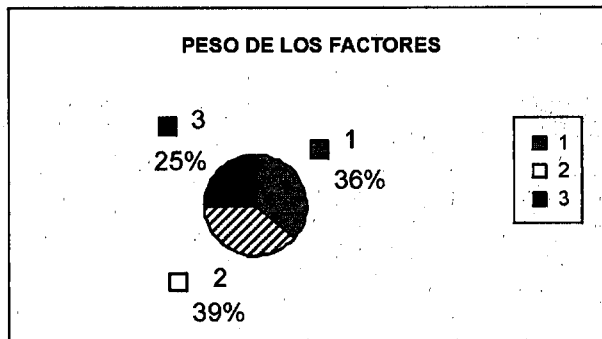
Las puntuaciones por encima del punto de corte (carácter más restrictivo) suponen que el 15% de la población estudiada presenta claramente sintomato-

³ Según la plantearon en 1989 Abramson y colaboradores.

logía de tipo depresivo que, por cantidad y tipo, guarda estrecha relación con los criterios del DSM-IV para el episodio depresivo mayor.

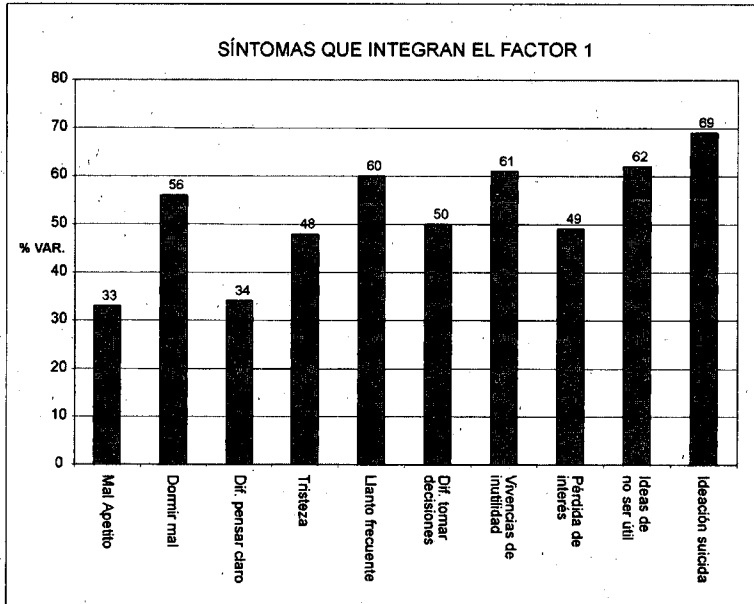
La prevalencia esperada para este tipo de episodio en población adulta general varía en intervalos que van del 2% al 3% en hombres y del 5% al 9% en mujeres. En la población en estudio el índice de prevalencia es del 15% para los criterios más estrictos.

En lo que respecta al tipo de sintomatología predominante (gráfica 4), la que aparece con mayor frecuencia es la de tipo cognitivo (1), seguida de la agrupación de síntomas que refiere a una dimensión somática (2) y, en último lugar, una dimensión que agrupa mayoritariamente aspectos de desempeño (3).



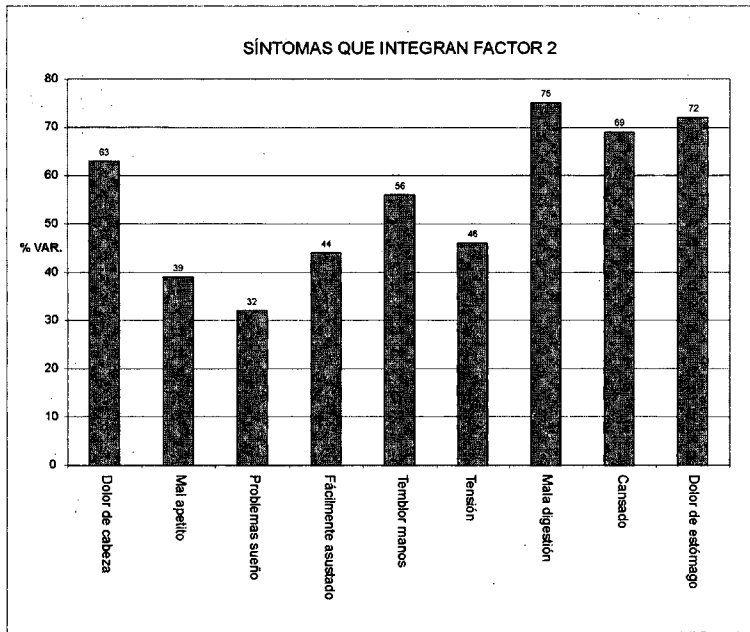
Gráfica 4

En primer lugar, con mayor porcentual de puntajes de respuesta, está la dimensión que agrupa ítemes cognitivos y que tiene una importante representación de pensamientos relacionados con la desesperanza,³ entre los que también está presente la ideación suicida (gráfica 5). Este factor nos permite educir que la desesperanza sería una de las características más acusadas de los episodios depresivos que se dan en la población en estudio.



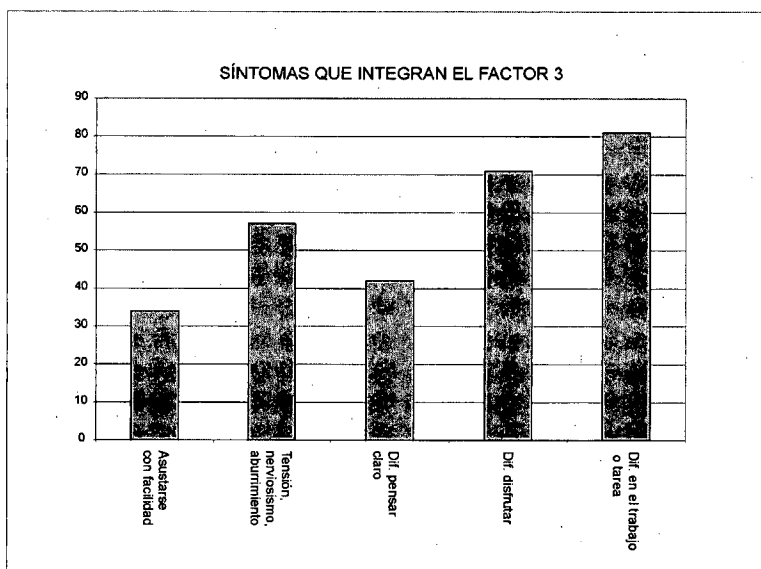
Gráfica 5

La segunda dimensión, cuyo carácter es más de tipo somático (gráfica 6), está constituida por síntomas como los problemas digestivos, sensación de molestia en el estómago, dolores de cabeza frecuentes, cansancio la mayor parte del día —sin causa médica conocida— y que se manifiestan conjuntamente con un estado de ánimo general de tipo deprimido. Este tipo de manifestación es el que más frecuentemente presentarían las poblaciones latinas, según se expresa en la mayoría de los trabajos científicos y de carácter transcultural sobre el tema.



Gráfica 6

En un tercer agrupamiento sintomático se configura una dimensión mixta, constituida por ítems referidos al desempeño bajo o ineficiente en las tareas emprendidas y el poco disfrute de cosas que antes eran vivenciadas como placenteras (gráfica 7).



Gráfica 7

Reflexiones

Las dimensiones en que se agruparon los síntomas son a nuestro entender un aspecto a considerar detenidamente y merecedoras de un estudio específico, pues podrían estar señalando las características de presentación de los episodios depresivos en adultos en la población en estudio. Estas características sintomáticas son un indicador importante en la detección precoz de este tipo de padecimientos y constituyen además un punto de arranque para el abordaje breve desde la psicoterapia individual y grupal.

Los síntomas de esta población coinciden con lo planteado en el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-IV), por lo que en primera instancia es coincidente con el diagnóstico de episodio depresivo mayor para un 15% de los pacientes encuestados.

La severidad del episodio se ve reflejada en la cantidad y calidad de los síntomas, a lo que se suma la permanencia de éstos durante la mayor parte del día a lo largo de las dos últimas semanas.

En lo que respecta al tipo de sintomatología de mayor incidencia en estos pacientes, parece importante destacar la dimensión ideacional o cognitiva y, dentro de ella, los pensamientos relacionados con la desesperanza. Estudios

sobre la relación entre estilos inferenciales negativos y depresión han abierto una puerta al estudio causal —secundario— de muchas personas con esta patología,⁴ lo que se ve además enfatizado por la relación que algunos clínicos (Beck, 1979, 1991; Metalsky, 1992; Abramson, 1997) señalan entre la desesperanza y los intentos suicidas.

La detección temprana de estos “fenómenos” que acompañan a los episodios depresivos debería incluirlos como predictores de la severidad del padecimiento para tomar decisiones clínicas con carácter más inmediato. Constituyen además la lista de principales indicadores para manejar con la familia y el entorno de los pacientes.

El estudio está ahora en una nueva fase; se analizan los episodios depresivos con instrumentos más específicos y la estructura de personalidad de base, todo esto porque sigue vigente el propósito inicial de encontrar estrategias diagnósticas con validación para la población asistida, que permitan indicar tratamientos más ajustados a las necesidades de cada paciente según el tipo de depresión que cursa.

Bibliografía de referencia

- ABRAMSON, L. Y. , METALSKY, G. I. y ALLOY, L. B. (1989): “Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression”. *Psychological Review*, nº 96, pp. 358-372.
- ABRAMSON, Lyn Y. et al. (1997): “Teoría de la depresión por desesperanza: aportaciones recientes”. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* , vol. 2, nº 3, pp. 211-222.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*_(4ª ed). Washington, D. C.
- BARLOW, D. H. (1991): “Introduction to the special issue on diagnoses, dimensions and DSM-IV: The science of classification”. *Journal of Abnormal Psychology*, nº 100, pp. 243-244.
- BECK, A. T. (1991): “Cognitive therapy: A 30 years retrospective”. *American Psychologist*, nº 46, pp. 368-375.
- BECK, A. T. et al. (1983): *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao, Desclée De Brouwer.
- DASET, L. R. (1999): *Sintomatología depresiva en la adolescencia*. Ponencia en el 2º Encuentro de Centros del Programa de Vigilancia Epidemiológica en Depresión (OPS-OMS). Uruguay.

⁴ Abramson y colaboradores proponen una *teoría de la depresión por desesperanza* en la que se señalan especialmente los estilos inferenciales negativos o la vulnerabilidad cognitiva como formas predisponentes para el desarrollo de sintomatología depresiva.

- INSTITUTO DE ESTUDIOS LEGALES Y SOCIALES DEL URUGUAY (1992). *Salud y enfermedad mental en el Uruguay*. Montevideo.
- JACOBSON, Neil S. et al. (2000): "A Component Analysis of Cognitive-Behavioral Treatment for Depresión". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 64, n° 2, pp. 295-304.
- METALSKY, G. I., y JOINER, T. E. (1992): "Vulnerability to depressive symptomatology: A prospective test of the diathesis. stress and causal mediation components of the hopelessness theory of depression". *Journal of Personality and Social Psychology*, n° 63, pp. 667-675.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1996): *CIE-10: Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid, Meditor.

Resumen

En este trabajo se exponen los resultados de la primera fase de un estudio con población adulta de Montevideo que cursa o ha cursado episodios depresivos. El objetivo en esta fase era conocer la sintomatología más frecuente, con énfasis en los trastornos del estado de ánimo. Estas características sintomáticas son un indicador importante en la detección precoz de la depresión y constituyen un punto de partida para el abordaje breve desde la psicoterapia individual y grupal. En una segunda fase de la investigación se analizarán los episodios depresivos con instrumentos más específicos y la estructura de personalidad de base.

Una visión desde la logoterapia

El sol detrás de las nubes de la depresión

por Alejandro De Barbieri Sabatino

1. Introducción a la logoterapia

Ay de aquel que ya no veía una meta en su vida delante suyo, cuya vida ya no tenía contenido, no descubría un fin en ella, se le esfumaba el sentido de su existencia [...] Tales personas que de esta manera ya no tenían a qué aferrarse, se dejaron caer enseguida. La contestación típica con la que enfrentaron todos los argumentos para darles ánimo era siempre: "Yo ya no tengo nada que esperar de la vida".¹

El autor

*Psicólogo clínico, logoterapeuta. Conoció personalmente al Prof. Viktor E. Frankl. Ayudante honorario de Análisis Existencial y Terapia Existencial en la Universidad Católica. Miembro fundador y docente del CELAE (Centro de Logoterapia y Análisis Existencial). Ha dictado conferencias sobre logoterapia en Universidades de Argentina y Paraguay. Es psicólogo del colegio San Francisco de Sales (Maturana).
<alejandro@logoterapia.com.uy>
<www.logoterapia.com.uy>*

¹ Viktor E. Frankl: *El hombre en busca de sentido*, Herder, Barcelona, 1995.

La logoterapia es una escuela psicológica creada por Viktor E. Frankl (1905-1997), catedrático de neurología y psiquiatría de la Universidad de Viena. Frankl completó su formación humanística, después de la Segunda Guerra Mundial — en la que fue prisionero de varios campos de concentración—, con un doctorado en filosofía. Escribió 28 libros, de los cuales el más conocido, titulado *Un psicólogo en el campo de concentración* (que en nuestro medio se publicó como *El hombre en busca de sentido*), es el que relata su experiencia vital.

La palabra griega *logos* tiene varias acepciones. El significado preciso que le da Frankl es doble: 'sentido' y 'espíritu'. Cuando asume el término *logos* como sentido y como espíritu se refiere a la voluntad de descubrir y satisfacer la necesidad profundamente humana de vivir una vida con sentido. Esta vida con sentido es la consecuencia de experiencias con sentido.

Su teoría psicoterapéutica se basa en una concepción de persona integral que incluye el ser biológico, psicológico y espiritual. Con esta idea antropológica estudia la situación del hombre de nuestro tiempo y encuentra en la búsqueda de sentido su tarea existencial más profunda.

Esta perspectiva difiere completamente de las bases de las distintas escuelas psicológicas, que por lo general tienen una visión psicósomática y social del hombre. La ausencia de espiritualidad cercena lo más distintivo del ser humano y éste queda atado a los condicionamientos, ya sean biológicos, psicológicos o socioeconómicos.

Para la logoterapia, ser hombres significa sobre todo poseer la facultad de ir más allá de todos los condicionamientos, porque lo esencial y más valioso de la existencia humana se encuentra en su propia autotranscendencia.

La autotranscendencia es la capacidad de salir de uno mismo para volcarse a una tarea concreta que realizar, a una persona a quien amar o incluso para entregarse a un sufrimiento inevitable.

Puede concluirse que el ser humano tiene la posibilidad de superar las concepciones que lo presentan como una mónada cerrada. La logoterapia lo inserta en una dimensión superior que, sin dejar de lado lo biológico, lo psicológico ni lo social, lo integra en la esfera noética o espiritual. Para la logoterapia, el ser humano, a pesar de los condicionamientos que lo estén limitando, jamás pierde la última de las libertades: *la actitud a tomar frente a esos condicionamientos*.

A modo de síntesis podríamos resumir los conceptos principales de la logoterapia:

- 1) *Libertad de la voluntad*. Implica que el ser humano es único e irrepetible y que está llamado a la libertad y a la responsabilidad.
- 2) *Voluntad de sentido*. La motivación principal del ser humano es descubrir *el sentido de su vida*.

- 3) *Sentido de vida*, que se logra viviendo valores:
 - a) creativos (trabajo),
 - b) vivenciales (amor),
 - c) actitudinales (sufrimiento).

- 4) *Tríada trágica: sufrimiento, culpa y muerte*. ¿Quién puede decir que no ha sufrido, que no se ha sentido culpable y que no morirá? Todos los hombres debemos enfrentar esta tríada para nuestro crecimiento en los valores de actitud.

La dimensión espiritual o noética es el hilo conductor de la logoterapia, porque contiene todos los recursos del espíritu humano capaces de ser empleados por el individuo para contrarrestar la enfermedad y los traumas que la vida acarrea. Estos recursos espirituales podemos resumirlos en:

- nuestra voluntad de sentido,
- nuestra creatividad e imaginación,
- nuestro amor,
- nuestra conciencia y nuestra autoconciencia,
- nuestro sentido del humor (autodistanciamiento),
- nuestro compromiso, ideales y valores,
- nuestra responsabilidad y habilidad en la respuesta,
- nuestra compasión y perdón,
- nuestra conciencia de la finitud.

2. Tipos de depresión

Existen distintos tipos de clasificación de la depresión. La síntesis de Kraepelin sobre los trastornos afectivos dio lugar a una gran variedad de diagnósticos. "La proliferación de categorías clínicas tiene como base las distinciones entre lo endógeno y lo reactivo, lo psicótico y lo neurótico, lo fisiológico y lo psicológico, y lo vital y lo personal".² La clasificación que creemos plantea una distinción básica es la que diferencia la depresión endógena de la reactiva.

Pero la logoterapia plantea que el hombre es un ser tridimensional, en el que a las dimensiones biológica y psicológica (y social) se agrega la noética (o espiritual). Con este aporte de Frankl encontramos también que habría un tercer tipo de depresión, aquella cuya génesis o causa se ubica en esta tercera dimensión noética o espiritual. Estas depresiones se denominan *depresiones noógenas*.

² J. Ayuso y J. Sáiz: *Las depresiones*. Madrid, Importécnica, 1981, p. 23.

Depresión endógena

Es la que viene "de adentro", sin razón. Este tipo de depresión es una respuesta a algún proceso interno desconocido. No la desencadena ningún acontecimiento externo; simplemente, se abalanza sobre la persona afectada. Por lo general, presenta ciclos temporales regulares.

Dentro de este tipo se encuentran también las llamadas *depresiones orgánicas*.

Cuando se hace un diagnóstico de depresión es importante descartar las bases orgánicas, puesto que el efecto y la conducta depresivos están asociados muchas veces a una lesión cerebral o a la acción de ciertos fármacos.

Depresión reactiva

Este tipo de depresión normalmente parece coincidir con un acontecimiento adverso de la vida, tal como la muerte de un ser querido, las desavenencias conyugales, los problemas económicos o de desempleo. No tiene un origen sino una razón, especialmente una razón para estar triste, como puede ser la pérdida de la pareja. La depresión se instala como reacción a tal acontecimiento ingrato y bloquea la superación psíquica.

Depresión noógena

Definiremos esta depresión en el próximo apartado. Nuestra intención es, en primer lugar, presentar brevemente las *depresiones noógenas* y plantear la propuesta logoterapéutica para su superación. En segundo lugar, mostrar nuestro modo de trabajo frente a las depresiones endógenas y plantear cómo, desde nuestra antropología, el poder "sobrellevar valientemente" esta enfermedad puede ser vivido como un logro personal. De esta manera dejaremos las depresiones reactivas para otro momento.

3. Depresión noógena

Definición

La carencia de un sentido vital desempeña un papel crucial en el desarrollo de la neurosis. En última instancia, hay que entender la neurosis como un sufrimiento del alma que no ha descubierto su sig-

nificado. Aproximadamente una tercera parte de mis casos no padecen de ninguna neurosis clínicamente definible, sino de la falta de sentido y de propósito en sus vidas.³

Hoy en día es bastante común escuchar a la gente joven y no tan joven decir que no tiene futuro, o bien encontrar que no tienen respuesta a la pregunta acerca del futuro: no saben qué van a hacer más adelante, no tienen planes y, si los tienen, son más pesimistas que optimistas.

Esta sensación de falta de sentido en el futuro trae consigo inmediatamente una falta de respuesta en el presente. Y esta falta de proyecto no sólo se da en los jóvenes, sino que muchas veces aparece también en los adultos. Es lo que podríamos denominar *represión del futuro*. Freud nos enseñó a vivir en una era represiva, pero hoy en día el problema más importante no son tanto las experiencias traumáticas vividas en la infancia y reprimidas, sino que también se reprime lo que puede pasar, las posibilidades de sentido; se reprime el futuro y de esa manera se lo cierra.

Cuando esta sensación de falta de sentido toma por completo la vida de una persona, podríamos estar frente a lo que Viktor E. Frankl llamó *depresión noógena*. Este cuadro es difícil de diagnosticar pero cada día aparece con mayor frecuencia. Para explicar qué es una *depresión noógena* debemos recurrir a las definiciones clásicas de depresión y al concepto del hombre que tiene la logoterapia, es decir, a su antropología.

Hemos visto la antropología de la logoterapia en primer lugar, y en segundo lugar las clasificaciones de las depresiones. Veamos el siguiente cuadro.

La persona humana tiene tres dimensiones

1. la dimensión biológica.....depresiones *endógenas*
2. la dimensión psicosocial.....depresiones *reactivas*
3. la dimensión espiritual o noética.....depresiones *noógenas*

Según este cuadro, las depresiones endógenas y orgánicas aparecen relacionadas con la dimensión biológica, ya sea porque su origen está en el sistema nervioso central o en una lesión cerebral. Por otro lado, ubicamos las depresiones reactivas en relación con la dimensión psicológica y social. La razón

³ Carl Jung: *Collected Works: The Practice of Psychotherapy*.

para estar triste tendría que ver con el plano psicológico (por ejemplo, crisis en la pareja) o con el plano social (por ejemplo, pérdida del trabajo).

Cabe aclarar que estas dimensiones no están ubicadas en estratos o en forma de pirámide. El hombre integra las tres dimensiones al mismo tiempo. Cuando en el cuadro 1 relacionamos cada dimensión con su depresión estamos diciendo que el conflicto *predomina* en tal dimensión, pero no *excluye* las demás, que permanecen en un segundo plano (tenemos un cuerpo espiritual y un espíritu corporal).

Finalmente, vemos que las *depresiones noógenas* tienen su origen en el ser noético o espiritual del hombre. Veamos por qué.

Debemos detenernos un momento en la palabra *noógeno* para comprender el tema que estamos desarrollando. *Noógeno* quiere decir 'génesis en el nous'. ¿Qué es el *nous*? Nos remontamos ahora a Aristóteles, quien decía que el ser humano tenía algo más que el animal, algo que él llamó el *nous*. No lo definió, pero sí afirmó que era diferente del psiquismo y del cuerpo, que era indestructible y que tal vez fuera de origen divino.

Frankl llamó noógenas a estas depresiones precisamente porque tienen su origen en una insatisfacción de tipo espiritual. Encontrarle sentido a la vida no es una cuestión de carácter psicológico. Por eso la vida tiene sentido más allá de toda problemática material. Para un paciente terminal la vida tiene sentido porque es un ser espiritual, no depende sólo de la materialidad, de lo psicofísico deteriorado. Es importante aclarar que, si bien la espiritualidad no enferma, la enfermedad psicofísica puede impedir la manifestación de esta tercera dimensión, como veremos más adelante.

Causas

Veamos brevemente cuáles pueden ser las "causas" de una depresión noógena:

a) El diálogo. Lo que lleva a muchas personas a la consulta terapéutica es la ruptura del diálogo. El diálogo se puede quebrar por varias razones: un fallecimiento, alguien que se va de casa, una amistad que se corta, etc. El problema surge cuando el interlocutor que la persona tenía desaparece. Eso conlleva la búsqueda de alguien con quien dialogar, y aquí surge la figura del psicoterapeuta, y particularmente del logoterapeuta, con el que se inicia entonces un nuevo diálogo. Esto sería el encuentro existencial. Recordemos que *lo que cura es el vínculo*.

b) El sufrimiento físico. Cuando éste es muy fuerte, muy importante, el ser humano pierde el sentido. Se pregunta: ¿Por qué me pasa esto a mí? ¿Por

qué sufro tanto? ¿Por qué tanto dolor? El sufrimiento físico es una de las causas que muchas veces llevan a la persona a dudar del sentido.

c) La falta de confianza en la existencia humana. Está muy vinculada con el nihilismo, con la actitud de no creer en nada, del escepticismo frente a la vida, cuando nada tiene valor, todo es lo mismo, nada sirve. Es una visión de la vida poco comprometida, muy superficial, una forma de vida *light* en la cual no se integran los valores, que puede incluso llevar al suicidio.

d) La frustración existencial. Cuando la persona persigue en forma rígida y definida una meta que luego no consigue, puede aparecer la frustración existencial. Los proyectos que enriquecen a la persona son aquellos flexibles, que se adaptan a lo que la vida nos presenta, a las variadas circunstancias que nos va proporcionando.

e) Los conflictos de conciencia. Otro elemento que trae consigo la problemática de sentido son los conflictos de conciencia: la persona sabe que tiene que hacer algo y no lo hace o no lo puede hacer. Comienza a presentar un sentimiento de inferioridad, de culpa, con o sin connotación patológica. La culpa en logoterapia es un tema importante, que puede ser un elemento patológico pero en muchos casos es motor. La culpa existencial es la que nos hace cambiar nuestra conducta; si sentimos culpa frente a nuestros actos, intentaremos cambiarlos.

Tratamiento

Nuestra tarea no es la de "curar" a la gente [...] Nuestra tarea es hacer de amigo, guía e intérprete de la persona, en su viaje a través de los infiernos y purgatorios privados [...] El terapeuta debe ser un amigo humilde, una figura que inspire confianza.⁴

Ahora bien, ¿qué pasa cuando este tipo de neurosis se interpreta mediante una terapéutica de una psicología cognitiva o psicoanalítica? Evidentemente, si la neurosis noógena acontece en el plano espiritual, no sería bien tratada en una terapéutica que no integra la dimensión espiritual del ser humano. Se cometería de esta forma una iatrogenia, al no tomar a la persona en toda su integridad. Sería un reduccionismo medir al ser humano únicamente con parámetros psicofísicos. La logoterapia es la terapia específica para tratar el verdaderamente diagnosticado "malestar espiritual". Desde una postura antropológica se puede decir que esta persona tiene un malestar espiritual que se manifiesta en la falta de sentido o en la depresión noógena.

⁴ Rollo May: *La necesidad del mito*. Paidós.

Ensanchar el campo de visión: apelar al ser espiritual

Cuando nos encontramos con una persona que no cree tener más futuro, lo que le falta no es el futuro, sino el contenido de sentido en el presente o su propia capacidad para encontrarlo. Para ayudarla a "recuperar su futuro" debemos dirigirla hacia su sentido concreto y personal.

En este sentido, la misión del logoterapeuta es ensanchar el campo de visión. En la jerga logoterapéutica decimos "levantar la lámpara" para que el paciente pueda *ver y ampliar* su horizonte de sentido y así lograr que él mismo reconozca las posibilidades con sentido que no percibió antes. Ilustremos esto con el siguiente relato:

Un escultor trabaja en un taller inmenso, rodeado de niños. Todos los niños del barrio son sus amigos. Un buen día la alcaldía le encargó un gran caballo para una plaza de la ciudad. Un camión trajo al taller el bloque gigante de granito. El escultor empezó a trabajarlo, subido a una escalera, a golpes de martillo y cincel. Los niños lo miraban hacer. Entonces los niños partieron, de vacaciones, rumbo a las montañas o al mar. Cuando regresaron, el escultor les mostró el caballo terminado. Y uno de los niños, con los ojos muy abiertos, le preguntó:

—Pero... ¿cómo sabías que dentro de aquella piedra había un caballo?⁵

La estatua había existido siempre desde el inicio como "posibilidad de sentido", no en el bloque de granito pero sí en la intuición del escultor. Sólo por haber intuido esta posibilidad él emprendió la tarea de esculpirla. Podemos realizar una analogía con el tiempo de nuestra vida que queda aún por vivir y el bloque de granito sin esculpir. Solamente si percibimos la mejor figura (el sentido) que se puede esculpir, y nos concentramos en esa tarea, estaremos prevenidos ante una depresión noógena.

Ésta sería nuestra función, entonces: acompañar al paciente en esculpir su propia figura; nunca decirle "haz un caballo", sino ayudarlo a visualizar las distintas figuras que él puede realizar. El sentido no se receta, se debe descubrir, develar. La tarea consiste en acompañar al quien está en la búsqueda de sentido, así como al que fatigosamente lucha por encontrarlo y no lo logra. El logoterapeuta apela (llama) al ser espiritual que late detrás de la depresión, y luego espera.

Resumiendo, podríamos concluir con la siguiente fórmula: o uno se hace cargo de una tarea vital concreta o renuncia. El logoterapeuta tiene como co-

⁵ Eduardo Galeano: *Días y noches de amor y de guerra*. Ediciones del Chanchito, Montevideo, 1988, p. 206.

metidos, por un lado, impedir la resignación de su paciente, y por otro, tratar de hacerle descubrir tareas con sentido.

Cambio de actitud

En lo que se refiere a *impedir la resignación*, la logoterapia propone un *cambio de actitud* que mantenga viva la esperanza de vislumbrar una chispa de sentido. Cuando no se puede hacer nada más, todavía se puede hacer algo: se puede cambiar la actitud hacia el destino adverso.

Viktor E. Frankl escribe:

Como quiera que toda situación vital representa un reto para el hombre y le plantea un problema que solo él debe resolver, la cuestión del significado de la vida puede en realidad invertirse. En última instancia, el hombre no debería inquirir cuál es el sentido de la vida, sino comprender que es a él a quien se inquiere. En una palabra, a cada hombre se le pregunta por la vida y únicamente puede responder a la vida respondiendo por su propia vida; sólo siendo responsable puede contestar a la vida.⁶

Muchas veces encontramos personas que están viviendo en el sinsentido. Perdieron el sentido de su existencia y tienen que esperar el surgimiento de nuevas posibilidades de sentido. Pero ¿cómo las acompañamos durante esa espera? Si ellas pierden la esperanza de encontrar un nuevo sentido, entonces ya no lo esperan y se rinden.

Veamos el siguiente experimento con ratas que hizo el profesor Rudolf Bilz.⁷ Se sabe que las ratas pueden nadar en el agua hasta 80 horas, pero si se arroja a una rata a un gran cubo de agua con paredes lisas que le impiden treparse, entonces la rata se ahoga después de 15 minutos aproximadamente. De la rápida muerte de la rata podríamos interpretar que, al perder la esperanza de salvarse, renuncia enseguida a la lucha por salir. Esta interpretación se refuerza con otro experimento. Se arroja la rata al cubo de agua y después de 10 minutos se le alcanza una maderita por la cual escapa, luego se la arroja de nuevo al cubo y la rata nada durante las 80 horas de su resistencia, hasta que se cansa y se ahoga. Puede concluirse que, si ella ha experimentado una vez que hay una salvación posible en forma de maderita caída del cielo, no se resigna hasta el fin y se mantiene con vida mientras puede.

Por lo tanto, si el fenómeno *esperanza* marca tales diferencias entre los

⁶ Viktor E. Frankl: *El hombre en busca de sentido*. Herder, Barcelona, 1995, p. 108.

⁷ Relato por Elisabeth Lukas en su libro *Mentalidad y salud en Logoterapia*.

mamíferos, cuánto más puede producir en lo referente al potencial espiritual del hombre. Hay épocas en la vida del hombre que sólo pueden soportarse con la esperanza de que en algún momento aparecerá un destello de sentido en el horizonte. Pero sin esperanza desaparece también la razón para resistir de alguna manera.

En suma, hay un sentido que late en nuestro futuro esperando por nuestra realización, un sentido que nos llama y pide ser llevado a cabo en la realidad, pues nosotros viviremos una sola vez y nadie puede sustituirnos en esta tarea.

Volvemos a recordar que estas depresiones son difíciles de diagnosticar, pero desde nuestro punto de vista es importante estar atentos para poder diagnosticarlas y tratarlas en su justa medida.

El logoterapeuta, como todo profesional de la salud, debe primero *descartar lo orgánico*, consultar con un médico para estar seguro de que su acompañamiento será adecuado. No nos olvidamos de las dimensiones biológica y psicológica, sino que las vemos desde la integración que suma la dimensión espiritual.

4. Depresiones endógenas: el sol detrás de las nubes de la depresión⁸

La depresión endógena es, desde su origen, una enfermedad física y no una enfermedad psíquica. Existen pruebas inequívocas para establecer el origen físico:

- 1) la herencia de la enfermedad,
- 2) la irrupción rítmica de las fases de la enfermedad,
- 3) el brote "sin motivo" de las fases de la enfermedad,
- 4) la depresión matutina,
- 5) la respuesta positiva a los antidepresivos.

1) En las historias familiares de enfermos con depresión endógena, casi siempre se encuentran ancestros que también han sido depresivos. Puede ser que la enfermedad no haya tenido un diagnóstico médico; deberá recordarse, por ejemplo, que la tía abuela se pasaba los días inactiva y permanecía todo el día en la cama.

2) En las historias de vida de enfermos con depresión endógena se observan "brotes" en forma de fases que generalmente se alternan con períodos nor-

⁸ Basado en el artículo de Elisabeth Lukas en *Una vida fascinante*. San Pablo, Buenos Aires, 1994, p. 125.

males y, a veces, con estados de ánimo más desbordantes. Durante la “fase mala”, frecuentemente hay problemas profesionales y peleas familiares; durante la “fase buena”, por el contrario, tanto la vida profesional como familiar transcurren sin sobresaltos. A pesar de estos sucesos alternantes, en la fase “mala” nunca se cree poder retornar a la fase “buena”.

3) El brote de una fase depresiva puede ser estimulado por factores psíquicos estresantes, porque las fases depresivas se aproximan en forma “agazapada”. Esto significa que se hacen conscientes sólo a partir de un determinado grado de intensidad. Mientras la situación va empeorando en forma “agazapada”, la persona afectada no se encuentra tan bien como antes, su capacidad de rendimiento ya está frenada. Por lo tanto, comete errores de cualquier índole o reacciona en forma extraña en el área de las relaciones interpersonales, lo que produce un incidente no grato. Luego va empeorando paulatinamente; la depresión se vuelve más consciente. Por eso la persona tiene tendencia a asignar en forma retrospectiva la “culpa” a ese incidente, lo que hablando técnicamente no es otra cosa que una “racionalización”.

4) Las fases de una depresión endógena se caracterizan por una “depresión matutina”. Esto significa que los enfermos, especialmente a la mañana, luego del despertarse, se encuentran como paralizados. Se angustian ante el día y se sienten incapaces de cumplir con las más pequeñas obligaciones. Hacia la noche pueden aparecer remisiones espontáneas, lo que equivale a estar bastante bien. A pesar de esto, a la mañana siguiente el ánimo está de nuevo “totalmente abajo”.

5) Al tratarse en la realidad en forma primaria de una “patología química”, la terapia primordial y adecuada es la farmacológica. Los antidepresivos sólo tienen éxito cuando la depresión es endógena. Si alguien padece de una depresión reactiva —como por ejemplo, vivir el duelo por una persona amada— o de una depresión noógena —como encontrarse en dudas de conciencia o ante una crisis de orientación—, los antidepresivos están contraindicados y son totalmente ineficaces.

El conocimiento del origen físico de las depresiones endógenas alivia a los enfermos y a sus familiares de toda búsqueda innecesaria del origen y adjudicación de la culpa. *Nadie* tiene la culpa de una depresión endógena, ninguna infancia infeliz, ninguna educación carente de amor, ninguna pelea con el cónyuge y ningún jefe severo.

Hemos aprendido de los análisis realizados a lo largo de mucho tiempo que todas las psicosis, a las que pertenecen las depresiones endógenas, siempre se encuentran en un mínimo porcentaje en la población, ya sea en tiempos de guerra como de paz, en épocas de bienestar y de sufrimiento. No aumentan en épocas de sufrimiento ni en situaciones de agotamiento psíquico, como todas las neurosis, ni tampoco en tiempos de bienestar. Las psicosis son indepen-

dientes de factores ambientales. Por consiguiente, no vale la pena buscar el *de dónde* ni el *porqué*; denuncias o reproches en contra de alguien son, en este contexto, totalmente injustificados. A esto se refiere también aquel chiste conocido entre los psiquiatras, que cuenta que los pacientes con depresión endógena consultan durante su fase "mala" a un médico tras otro, hasta que finalmente la fase termina por sí sola. El último, al que casualmente consultaron al final de su fase depresiva, es entonces para ellos el mejor, el médico "milagroso" que los ha curado.

Como nadie tiene la culpa de la enfermedad endógena, los enfermos y sus familiares deben considerar la enfermedad como un destino que hay que superar, que sobrellevan juntos, y en el que deberían ayudarse y consolarse mutuamente. Esta actitud une en lugar de separar, y también puede contribuir a la atenuación de los autorreproches de los pacientes. El depresivo se siente condicionado por la enfermedad, ya de por sí en inferioridad de condiciones, como un total fracasado y que está de más en el mundo. Si además, la familia le reprocha que es demasiado pasivo y que debe poner más esfuerzo, lleva agua para el molino de sus dudas acerca de sí mismo. Por consiguiente, la familia debe aprender que el integrante enfermo *no puede* esforzarse ni ver la vida como hermosa mientras dura la depresión.

El familiar enfermo, a su vez, debe aprender que para sus parientes es imposible ubicarse en su lugar y que sólo puede esperar de ellos una muy limitada comprensión. Más allá de esto, el paciente podría lograr *sobrellevar su depresión valientemente* por amor a sus familiares, ya que éstos deben cargar junto con él parte del problema.

Ocupémonos ahora del interrogante de cómo podría lograrse *sobrellevar valientemente la depresión* y qué es lo que podría brindar ayuda. Para esto deseo formular tres reglas básicas que he aprendido de mi maestro Viktor E. Frankl:

1. ¡Evitar depresiones agregadas, secundarias!
2. ¡Distanciarse en lugar de identificarse!
3. Saber que el sol existe...

1. No es posible evitar incidentes de desenlace o algún suceso durante fases depresivas "agazapadas", pero sí es posible, en cambio, *evitar las depresiones agregadas secundarias a las reacciones negativas del paciente a su enfermedad*, reacciones que la potencian: por ejemplo, su "desesperación por su estado de ánimo desesperado", su "llorar por su propio llanto", o su "tristeza por su propia tristeza".

Las depresiones agregadas secundarias son depresiones condicionadas psíquicamente, que se "injection" a la depresión endógena primaria, condicionada físicamente, y duplican su peso.

Sólo debido a estas depresiones agregadas es que algunos pacientes dan la impresión de que nunca salen de la depresión, como si quedaran atrapados en ella. Pero las fases de depresión endógena son pasajeras con toda seguridad, excepto en edades muy avanzadas. *Nadie permanece atrapado en ellas.* Por consiguiente, todo el que ha enfermado de una depresión endógena puede partir con confianza del hecho de que en su vida obtendrá muchos largos y buenos períodos en los cuales su estado de ánimo será estable y abierto para recibir alegrías, en los que dispondrá de su total capacidad de acción, siempre que no se deje caer en una innecesaria depresión agregada, que le arruinará aquellos buenos períodos. Lo único que lo ayudará es aceptar el sufrimiento que debe ser aceptado.

La llave que cierra la puerta a las depresiones agregadas es la disposición de vivir plenamente todo instante hermoso de la vida, no renegando de ella por culpa de los momentos de sufrimiento.

2. Todo lo que el ser humano *tiene* puede enfermar: cuerpo y alma. El intelecto y el sentimiento pueden ser perturbados por la enfermedad. A pesar de esto, nunca puede enfermar lo que la persona *es*: la persona espiritual. Por definición, algo espiritual se encuentra más allá de salud y enfermedad, y por lo tanto más allá de la vida y de la muerte. Por supuesto, la persona espiritual que un ser *es* necesita de un medio de expresión, que el ser humano *tiene* en forma de organismo psicofísico, así como la música necesita del instrumento para ser escuchada. Cuando el violín tenga un desperfecto ("está enfermo"), nadie dirá que la música tiene un desperfecto ("está enferma"); y cuando el violín se haya roto ("muerto"), de manera que nunca más pueda tener sonido, nadie dirá que la música se ha roto ("muerto").

La pregunta *¿dónde se encuentra la música en el violín?* es tan inadecuada como la pregunta *¿dónde está el espíritu en el cuerpo humano?*; y la idea de que la música se *separe* del violín cuando éste se rompe es tan absurda como la idea de que el espíritu se separe del organismo que se está muriendo. Pero, como se ha dicho, sería absurda la idea de que la música desapareciera junto con el violín.

La analogía puede esclarecer que la depresión endógena no es una *enfermedad espiritual*, no es una enfermedad de la música sino una enfermedad del violín, que por un determinado tiempo está privado de sus sonidos agudos y luminosos y sólo puede ejecutar tonos graves. La música, por lo tanto, suena más oscura, sin encontrarse ella misma "dañada" de alguna forma. Algo similar le está sucediendo a la persona espiritual del enfermo, a la persona que está detrás y por encima de su enfermedad y se encuentra limitada por ella para expresarse de acuerdo con su ser.

La persona está limitada, pero algo todavía puede hacer: distanciarse de su depresión o identificarse con ella. Es una última elección que se ofrece al

espíritu humano. Una persona que se identifica con su depresión se entrega a ella. Interpreta todo lo vivenciado por la enfermedad como realidad. Se siente defectuosa y culpable, despreciable e indigna de vivir. Una persona que se distancia de su enfermedad también la padece, pero rescata su núcleo de persona íntegro. Se siente defectuosa y culpable, despreciable e indigna, igual que la otra, pero sabe que esto es el cuadro engañoso de la enfermedad y nada real debe inquietarla en su *ser humano*.

La depresión hace al enfermo ciego para los valores. El violín que sólo dispone de sonidos oscuros hace creer que los sonidos claros ya no existen... El que se identifica con su enfermedad cree que ya no existen valores y ningún Dios. En cambio, el que se distancia de su enfermedad tampoco escucha sonidos claros, pero a pesar de esto, nunca desesperará totalmente por su "no escuchar", su "no ver valores" y su imaginaria "irreligiosidad", porque él los identifica como *síntomas* de su enfermedad, porque *él no es su enfermedad* sino mucho más. El ser humano es infinitamente más que su enfermedad.

3. La ayuda para sobrellevar valientemente las fases de depresiones endógenas apunta a que el enfermo deje de pronunciar sentencias de valores que sólo pueden estar equivocadas. Desde la distancia interior ante la depresión se renuncia a ello. La renuncia revela una nueva posibilidad, casi podría llamársela "dejarse cobijar ciegamente", encontrarse resguardado sin ver lo que lo protege, poder esperar bajo espesas nubes de lluvia y al mismo tiempo saber que encima de ellas, totalmente invisible, resplandece el sol, utilizando una famosa metáfora de Viktor E. Frankl. Nada hace pensar en el sol por encima de las nubes, ni el más pequeño rayo de luz, ningún destello que por lo menos se refleje en un charco, quizá ni siquiera el recuerdo de un astro luminoso. Pero el sol está allí —*por encima de las nubes*—, de la misma manera que el amplio horizonte de sentido que está presente por encima de toda afección del enfermo y brilla a través de su vida.

No es visible ni perceptible, no es palpable en el profundo dolor, pero tenerlo presente por medio de sus "antenas espirituales" es un arte. Probablemente sea el logro máximo que un hombre pueda realizar, de más valor que cualquier logro profesional o familiar que le es vedado temporariamente al depresivo. Este *logro* es su triunfo personal, su reconciliación con el destino. Con respecto a esto Viktor E. Frankl escribe:

De este modo, capacitaremos al paciente para que deje pasar su depresión endógena como una nube que, si bien puede oscurecer el sol, no por eso ha de hacerle olvidar que el sol continúa existiendo: así también el paciente endógeno-depresivo tendrá que aferrarse a que su enfermedad afectiva es capaz ciertamente de oscurecer el sentido y los valores de la existencia, de modo que no encuentre nada en el

mundo ni en sí mismo que pueda hacer su vida aún digna de vivirse, pero también a que esta ceguera para los valores pasará y también llegará él mismo a experimentar en sí un destello de lo que Richard Dehmel expresó alguna vez con aquellas hermosas palabras: "Mira, con el dolor del tiempo, juega la felicidad eterna".⁹

Bibliografía

- AYUSO, J., y SÁIZ, J.: *Las depresiones*. Madrid, Importécnica, 1981.
FRANKL, V. E.: *El hombre en busca de sentido*, Barcelona, Herder, 1994.
FRANKL, V. E.: *Psicoanálisis y existencialismo*, FCE, México, 1997.
FRANKL, V. E.: *Teoría y terapia de las neurosis*, Barcelona, Herder, 1992.
GUTTMAN, D.: *Logoterapia para profesionales*, DDB.
LUKAS, E.: *Psicoterapia en dignidad*, Buenos Aires, San Pablo, 1994.
LUKAS, E.: *Una vida fascinante*, Buenos Aires, San Pablo, 1994.
YALOM, I.: *Psicoterapia existencial*, Herder, Barcelona, 1984.

Resumen

El artículo ofrece una visión de los trastornos depresivos sumando la visión de la logoterapia, escuela psicológica fundada por el profesor Viktor E. Frankl. Tras sintetizar la antropología logoterapéutica, el autor clasifica las depresiones en tres grandes grupos: endógenas (de origen biológico), reactivas (de origen psicosocial), y noógenas (de origen espiritual o noético). Describe a continuación las depresiones noógenas y el abordaje logoterapéutico para superarlas, y finalmente presenta el modo de trabajo ante las depresiones endógenas.

⁹ Viktor E. Frankl: *Teoría y terapia de las neurosis*, Barcelona, Herder, 1992, p. 106.

Vivencias depresivas: cuando la tristeza nos invade

por Mariano Galve

1. Hay mucha gente deprimida

Leemos en Lowen el siguiente testimonio:

Durante los cuarenta años que llevo como psicoterapeuta he asistido a un notable cambio en los problemas de personalidad de los pacientes. Las neurosis de antaño, caracterizadas por sentimientos de culpabilidad, ansiedad, fobias y obsesiones que postraban al individuo, son hoy poco frecuentes. Hay en cambio muchas personas frustradas e insatisfechas. Muchos tienen bastante éxito en el trabajo, lo que hace pensar en una fisura entre el modo de operar en el mundo y lo que ocurre dentro de las personas. Lo que resulta más bien extraño es la relativa falta de ansiedad, a pesar de la gravedad de las perturbaciones.

Es normal sentirse triste o asustado cuando se vive una situación estresante o extrema, como puede ser la muerte de un ser querido, la pérdida de trabajo, padecer una enfermedad o tener problemas con la pareja. En estos casos es natural que la persona afectada se desconecte del mundo y sufra una fuerte angustia, aunque, al mismo tiempo, esta sensación la ayude a superar el pro-

El autor

Licenciado en Psicología y Antropología. Ex responsable de la Pastoral Psiquiátrica de España.

blema. En estas ocasiones, la visión de la realidad es la justa, la respuesta emocional es la apropiada y el estado de ánimo, por doloroso que resulte, conduce a la recuperación.

La depresión y la angustia son anormales cuando no corresponden a lo que realmente ocurre, cuando no conducen a nada y no ceden a pesar de que se solucionen los problemas que aparentemente han llevado a ese estado. Para ello, los principales síntomas de la depresión son la tristeza, el vacío, la incapacidad para disfrutar de lo que resultaba placentero, una pérdida de interés hacia todo, falta de capacidad para relacionarse con los demás y pensamientos pesimistas reiterativos.¹

2. Descripción de las vivencias depresivas

¿Puedes describir esta experiencia y explicar su significado a alguna otra persona? Afirmar que estás deprimido, o verdaderamente desanimado, o harto, para cualquier otro puede significar poco más que tienes el desánimo típico de los lunes, o que se trata de algo de lo que podrías salir si realmente lo intentaras. Pero sabes que no se trata de un humor pasajero o de algo que vaya a desaparecer si intentas *sobreponerte*. La confusión de tus sentimientos es tan grande que es imposible saber dónde comenzar a describirlos. Por tanto, es mejor permanecer en silencio. Así describía la depresión Gerard Priestlan:

La depresión es como una niebla oscura que se cierne en las esquinas de la habitación, siempre allí, siempre lista para resurgir y elevarse hasta rodearte. Es la negrura, es el vacío, es el despropósito y el desespero interno total. Otros pueden pensar que eres afortunado, pero tú sabes que todo consiste en un fraude vacío, y que un día el globo hueco reventará, te descubrirán y tu crimen quedará expuesto. ¿Qué crimen? Tú no lo sabes; sólo sabes que eres culpable, y oyes cómo se acercan por el pasillo para cogerte. El castigo, por supuesto, es la muerte, y tú puedes muy bien ser tu propio verdugo.

Primero, hay imágenes de una persona *sola envuelta por la niebla*. La niebla puede ser gris o negra, o una mezcla de colores violentos. Puede formar un remolino alrededor de la persona o estar quieta y ser espesa como el algodón. La persona puede estar intentando hallar una forma de librarse de ella o puede estar inmovilizada por el miedo y desesperanzada.

A continuación hay imágenes de *paisajes vacíos*, desiertos sin agua o páramos helados o imágenes de océanos sin fin. La persona se ve a sí misma

¹ "Depresión, balada de otoño", ABC, 26 de setiembre de 1999.

avanzando sola hacia el horizonte vacío, o está atrapada en una violenta tormenta, o bien está sentada indefensa e inmóvil, o se encuentra sobre una roca en llamas o en un bloque de hielo que se funde.

Después, hay imágenes de la persona sola en un espacio, envuelta en algo que la aprieta o *comprimida* hacia abajo por algún gran peso. El envoltorio puede ser un sudario o una cinta ancha de tejido negro, o alguna prenda que le impida los movimientos. El peso puede consistir en una caja enorme que la aplasta, o una piedra situada sobre el corazón, o un pájaro parecido a un búho negro que se apoya sobre uno de sus hombros.

Las imágenes más elaboradas son aquellas en las que la persona se encuentra *atrapada*. Puede estar viajando por un túnel negro interminable, o apoyándose en las paredes de un pozo sin fondo, o balanceándose en el cráter de un volcán apagado, o encerrada en una fría mazmorra, o metida en una esfera metálica herméticamente cerrada, o bien en un globo negro. Las jaulas son de muchas formas y tamaños. La persona puede verse a sí misma en una campana submarina en las profundas aguas del frío mar del Norte, o abandonada en la canasta superior de una noria en una feria vacía, o acurrucada en alguna jaula pequeña que está suspendida por una cuerda sobre un abismo sin fondo.

Todas las imágenes son terribles. Algunas contienen un atisbo de esperanza. Quizás alguien podría encontrar su forma de escapar a través del torbellino de niebla gris o levantar el peso que lleva sobre sus espaldas. La ayuda puede provenir del exterior; una persona amistosa podría acercarse por casualidad o podría llegar alguien con la llave de la noria. Quizás alguien pudiera reunir suficiente fortaleza para ayudarse a sí mismo —para subir por las paredes de la fosa o quitarse las vestiduras pesadas—. Pero, sea cual sea la forma en que la imagen esté expresada, todas ellas tienen una cosa en común: la persona sufre un aislamiento terrible. Está sola en un túnel.

3. Causas de la depresión

Pérdida de objetos significativos

El duelo puede proceder de la *infancia*, en la que el padre o la madre murió o abandonó a la familia (o te abandonó a ti). ¿Cómo puedes describir lo que eso significó o aún significa (cuán pequeño y débil eras, cuán vasto, oscuro y aterrador era el mundo)? Nadie podía comprenderte o darte consuelo. «Los niños se recuperan pronto», oías que decían las personas. Tú dejaste de llorar, pero no te recuperaste. Y algunas veces, incluso ahora, cuando recuerdas ese terrible día, te preguntas: ¿fue culpa mía?

La pérdida podría ser *más reciente*, cuando la persona en la que tú confiabas, o el niño al que debías haber protegido, murió, o cuando un padre o una madre amado u odiado dejó esta vida sin una palabra de reconciliación. ¿Cómo puedes demostrar lo culpable que te sientes por haber fallado, tu ira por haber sido abandonado, lo desolado que te sientes al haberte quedado solo, abandonado, sin ninguna recompensa ni reconciliación, sin haber recibido nunca aprobación o un amor absoluto e incondicional?

Quizá la persona amada no ha muerto sino que se ha marchado y ama a otro u otra. "Encuentra a otra persona", dicen tus amigos, pero ¿cómo puedes hacer eso cuando el abandono del ser que amas demuestra que no eres digno de ser amado? ¿Y cómo puede cualquier otra persona saber lo importante que la persona infiel era para ti? Puede comprenderse bien el epitafio del soldado muerto en El Alamein:

Para el mundo era un soldado, para mí era el mundo entero.

Puedes estar de duelo por la pérdida de más de una persona. ¿Qué me dices de estar de duelo por la pérdida de la *niñez*, por miedo a crecer? ¿Qué me dices de estar de duelo por la pérdida de la *juventud*, de la belleza y la virilidad, y por este motivo no verte como alguien deseable, mientras se acerca la temida ancianidad? O miras hacia atrás, al tiempo en que tus hijos te necesitaban o cuando eras el hombre que dabas las órdenes, el líder de tu campo, y ahora nadie te necesita, nadie te admira ni respeta. ¿Temas hacerte dependiente de los demás y darles pena? ¿O estás de duelo por un sueño, por lo que hace tiempo fue brillante y espléndido pero ahora es inalcanzable en este mundo duro, cruel y sórdido? No habrá tierra prometida, no habrá final feliz. Estas pérdidas son difíciles de mencionar y aún más difíciles de sufrir.

Los duelos como éstos traen desesperanza. Las cosas nunca cambiarán, o si lo hacen sólo serán peores. ¿De qué sirve tener esperanzas y esforzarse? Antes eras ambicioso; ahora estas amargamente resignado a tu horrendo destino y no puedes luchar contra él. Estás lleno de una pesada y gris indiferencia, incluso hacia las personas que antes eran importantes para ti. El amor se ha alejado, dejándote con la percepción de su ausencia. Hace tiempo te preocupabas por los demás y te proponías corregir los errores de otras personas. Ahora las tragedias de los demás no te afectan, o únicamente te sirven para probar, como si fuera necesaria una prueba adicional, que el mundo está en un estado peligroso.

Tú no amas, sino que estás lleno de *amargura* y *celos*. Estás amargado porque tu vida es un desastre y celoso porque otras personas, que se lo merecen menos, tienen unas vidas muy fáciles o no sufren tanto como tú. Te odias a ti mismo por sentir estos tremendos celos, del mismo modo en que te odias

por ser incapaz de amar. Te enfureces mucho. Pero hay muchas cosas en este mundo que hacen justificable tu furia, e incluso más.

Irritable y desgraciado, apartas de ti a las personas y después te asustas cuando se marchan y te dejan solo. Haces ver que todo va bien. Intentas sonreír y parecer normal, pero esta comedia te está desgastando y por dentro estás gritando en silencio.

Mala estructuración de la agresividad

La agresividad es uno de los instintos, connaturales con la vida, que, como todo instinto, hay que saber encauzar y aislar. Pues bien, creo que hoy canalizamos muy mal este impulso y con mucha frecuencia se nos convierte en peligroso y destructivo. En nuestra cultura posmoderna hay mucho ataque y destructividad.

Atacamos, en primer lugar, las cosas más cercanas de la vida, como un día cualquiera de nuestra vida

Quando hablo con algunas mujeres deprimidas, tengo la impresión de que debería haber algún libro de reglas del ama de casa que se le hubiese dado a Moisés junto con los diez mandamientos, y que se resumen todos los aspectos de una única ley universal: *tu casa debe estar perfectamente limpia y ordenada en todo momento*.

Así pues, tu vida debe transcurrir manteniendo esta regla y logrando que tu familia también la respete. Dios manda a sus inspectores en la forma de tu madre (viva o muerta) o de la vecina de abajo, cuya casa siempre está immaculada, que tiene niños que guardan todas sus cosas, que consigue hacer su limpieza general de primavera una semana antes que tú y que es capaz de llevar airoosamente un trabajo de tiempo completo y una familia. Incluso, aunque estos inspectores no puedan verlo todo, Dios sabe si han pasado dos semanas desde que arreglaste el armario de la ropa o limpiaste la habitación de los invitados.

Esta situación cotidiana en la que dan vueltas muchas amas de casa está descrita maravillosamente en la obra radiofónica de Bill Lyons, que hace referencia a una mujer que está buscando su camino para salir de la depresión. Al principio, se expresa de este modo:

Si yo fuera perfecta como las mujeres de la televisión... Pero yo no soy la brillante y sedosa; cabello sin brillo y sin vida, ésa soy yo. Y mis coladas nunca fueron suficientemente blancas, y mis hijos se

pelean y gritan, y yo vago por el campo de minas de la vida como un zombi en su sueño. Y nunca se dan cuenta de lo que cocino o, si lo hacen, se quejan. Y vivimos nuestras vidas bastante separados. Juntos, pero solos. No como los niños felices que burbujan en mi pantalla, que siempre corren a contarle a mamá lo que han visto. No como el tosco marido, con el rostro suave y amable, que hace desaparecer la aspereza del día con un beso hasta que el dolor se esfuma sin dejar rastro. Me hace sentir inadecuada mirar a la esposa perfecta, de pie y serena en su cocina, orquestando su vida, mientras su familia se sitúa a su alrededor. Y enseñan sus dientes fluorados y deslumbran con sus camisas blancas y puras, con las puras almas que tienen debajo. Me da miedo el destello de la mañana, de cada día cargado de exigencias, y ninguna tableta burbujando en mi vaso puede disolver ese dolor. Como cada día sigue a un ayer, en una cadena interminable, parece que cada día lo he intentado y he fallado, sólo para intentarlo y fallar otra vez. Hasta que los fracasos no importen y yo simplemente me olvide de probar y construya un muro a mi alrededor. Y nadie lo entienda, si es que piensan en eso. Estoy aquí esperando a alguien que se interese lo suficiente para escalar el muro.²

Los hombres pueden reírse de las mujeres por este tipo de obsesión por guardar las apariencias, pero ellos tienen obsesiones igualmente tontas. Muchos experimentan su maldad como pequeñez, debilidad e inferioridad, sintiendo que no son en absoluto masculinos. Para negar esta maldad deben estar constantemente en competición con otros hombres en cualquier situación que remotamente pueda constituir una pugna.

Atacamos nuestro pasado y nuestro futuro, y nos quedamos con un monótono presente. En el pasado sólo me han ocurrido cosas malas y en el futuro sólo me ocurrirán cosas malas

«Yo sólo temo que mi pasado se está haciendo mayor, mi futuro se está haciendo más pequeño y no tengo tiempo para el presente», afirmó Bob, uno de los héroes de la serie de televisión de la BBC *¿Qué pasó con los buenos chicos?* «Lo único que hay que esperar en el futuro es el pasado».

Si tu tiempo fuera una casa, tu pasado sería una habitación enorme, oscura y amenazadora, que contendría tu presente, que es una insignificante bici-

² BBC, Radio 4, 13 de mayo de 1982.

cleta de ejercicios donde corres muy deprisa para permanecer en un lugar, y tu futuro no sería más que un túnel oscuro que conduce a una pared negra. Hubo un tiempo en que pensaste que si dabas la espalda al pasado y corrías todo lo rápido que pudieras el futuro se abriría, sonrosado y prometedor. No obstante, una vez dentro de la prisión de la depresión, sabes que correr en tu bicicleta de ejercicios no te hace progresar, porque no hay ningún lugar hacia donde hacerlo, y todo lo que te queda es el pasado que está lleno de temor, ira, celos, arrepentimiento, duelo y pérdida.

El famoso psiquiatra francés Henri Ey consideró que lo más importante en la depresión era la forma en que cambiaba la percepción del tiempo para la persona, no ya sólo el enlentecimiento que hacía que las 24 horas del día pasaran como una semana, sino la importancia relativa del pasado y el futuro, de modo que es el pasado y no el futuro lo que atrae la atención de la persona deprimida.

Pero cuando vives en el pasado te encuentras con que has sufrido muchas pérdidas, rechazos, cambios demoledores, algunos de los cuales serían categorizados por los sociólogos como "acontecimientos de la vida" que las personas deprimidas recogieron en cantidades mayores que las no deprimidas, y algunos de los cuales eran pequeñas traiciones, decepciones, deslealtades, trucos, crueldades, deshonestidades, denuncias, amenazas, ridículos, rechazos, críticas, reproches, indignidades, celos, animosidades, ingratitudes, mezquindades, enemistades y ostracismos que tienen lugar en toda comunidad que no esté guiada por el amor y el perdón.

Sin embargo, aunque estés convencido de que el futuro no te depara nada bueno, hasta que el aislamiento de tu túnel te lleve a una inmovilidad completa siempre te estás apresurando, apresurando y apresurando para hacer las cosas. Nunca prestas atención a lo que haces en realidad, dado que estás demasiado ocupado para pensar en lo que tienes que hacer a continuación, y después de eso, y así indefinidamente. Si el infierno es una actividad incesante, entonces ya estás en él. Sólo corriendo en todo momento puedes evitar caer en el abismo sin fondo que tienes bajo los pies. ¡Y todavía hay algún tonto que te dice que te lo tomes con calma! ¿Cómo puedes parar cuando debes trabajar tan duramente para sobreponerte a tu maldad, para apaciguar y complacer a los demás, para ganarte el derecho a existir, para aferrarte a una vida que puede serte arrebatada en cualquier momento, para encontrar a alguien que pueda llenar el horrible vacío que tienes dentro?

Philip Toynbee, que durante los últimos años de su vida se dedicó a descubrir los propósitos en lugar de las causas de su depresión, escribió:

Sospecho que cada uno de nosotros sufre por algún pecado que lo obsesiona. A menudo ese pecado obsesionante no es el que parece

más obvio, o más bien se encuentra medio escondido detrás de sus formas más ostentosas. En mi caso puede parecer que la lujuria (¡en los días de lujuria!) y la glotonería (las borracheras) han sido mis pecados principales; pero ahora creo que lo que se esconde detrás de ellos, y de la mayoría de mis otras faltas, es algún tipo de frenesí metabólico persistente, la urgencia constante de apresurarme lo máximo posible para escapar del momento presente y plantarme en el siguiente. ¡Consigue a esta mujer ahora, en este momento! ¡Tómame esas bebidas inmediatamente para lograr la posesión instantánea de toda la noche que aún queda!

No importa lo que consigas o lo que logres realizar; nada aplaca tu sensación de *culpabilidad*.

Las pérdidas, cuando están unidas a la *muerte*, no sólo son *pérdidas* que ha sufrido la persona sino pérdidas teñidas de culpabilidad: "Mi madre murió cuando yo era un niño. Sé que es una tontería pero todavía creo que fue culpa mía"; "Mi hijo murió hace cuatro años; la gente me dice que a esas alturas tendría que haberme recuperado pero me siento culpable porque todavía no lo he logrado"; "Mi padre murió el año pasado. Nunca me llevé bien con él. No sabía que se estaba muriendo. La familia lo mantuvo en secreto y no me lo dijo porque no querían que me disgustara".

La razón por la que la culpabilidad es tan inútil, escribió Philip Toynbee, es que mantiene nuestras cabezas enterradas, y sofocadas, en nuestro pasado.

Atacamos a los demás. Los demás son de una manera que me hace temerlos, odiarlos y envidiarlos

Así pues, para ti el amor no significa felicidad sino desolación, miedo y culpabilidad. No es de extrañar que tengas miedo a las personas que son la fuente de este dolor, igual que tienes miedo de aquellas personas que estás seguro de que sienten desagrado por ti, que te critican y ridiculizan. Tu miedo de la gente puede ser tan enorme que dudes si debes aventurarte más allá de la puerta de tu casa. Prefieres no invitar a extraños y, como sueles decir, ocuparte de tus asuntos.

Podemos, si lo deseamos, negar que tenemos miedo y en lugar de ello reclamar alguna clase de virtud para el odio que sentimos por nuestros enemigos. Para entonces habremos olvidado que, como decía George Bernard Shaw, «el odio es la venganza del cobarde por ser intimidado».

Temer, odiar y envidiar a los demás te roba la poca confianza que puedas

tener, pero la carencia de autoconfianza te hace depender de la gente de la que te fías tan poco.

Cuando nos odiamos a nosotros mismos y tememos o despreciamos a los demás es imposible que nos comportemos con ellos de una manera franca, amable o amorosa. Es imposible, por tanto, lograr una vida feliz siguiendo la regla de oro: "Haz con los demás lo que quisieras que hicieran contigo". Si temes, odias o envidias a la gente, tu vida se convierte aún más en la prueba del dicho que se suele citar: «Sólo recuperas lo que das». Si entregas amor y amabilidad consigues que te devuelvan amor y amabilidad, aunque el amor y la amabilidad que vuelve a nosotros no siempre venga de la fuente y en la forma en que particularmente deseamos. Si entregas miedo, odio, envidia, resentimiento, frialdad y desconfianza, incluso aunque intentes esconder estos sentimientos bajo el disfraz del amor y la amabilidad, esos malos sentimientos volverán a ti, no sólo a través de los simples conocidos sino de los que amas y de los que dependes.

Temes a los demás, pero puede que no aprecies lo mucho que los demás te temen a ti. Exiges perfección de tu familia y cuando ellos, que son simplemente seres humanos fallibles, no logran situarse a tu altura, te enfadas mucho. Tu familia ha aprendido a asustarse de tu ira. Sabes que la cosa más pequeña —un botón caído, una cama no hecha, un ruido fuerte— puede provocar en ti una ira bastante desproporcionada ante la provocación.

Los inconvenientes de tener miedo, odiar y envidiar a otras personas son tan inmensos y están tan extendidos que parece difícil entender que haya cualquier ventaja en hacerlo. Pero las hay: aquellas que tú puedes resistirte a adquirir.

El miedo es una emoción desagradable, pero el odio, a su manera, puede ser bastante placentero. Como dijo Byron:

Ahora el odio es de sobras el placer más prolongado; los hombres aman apresuradamente, pero detestan con lentitud.

Odiar a los demás puede hacernos sentirnos *más seguros en nuestra propia virtud*. El odio hacia los demás llena gran parte de nuestro tiempo y nos proporciona muchas cosas de las que quejarnos. Si sabes que eres bastante incompetente, puedes disfrutar de los placeres de la queja sin sentir ninguna necesidad de enderezar los entuertos de los que te quejas.

Otra ventaja de tener miedo, odiar y envidiar a otra gente es que puedes *verla como el origen de tus propios sufrimientos*. Tú eres como eres por culpa de tu infancia, o de tu familia, o de la sociedad, y no hay nada que puedas hacer para arreglarlo. Así puedes evitar la responsabilidad de cambiar la situación en la que te encuentras. Tú harías algo para arreglarlo, pero ellos están en tu contra.

El odio es simple, el amor, el amor de verdad, es mucho más complicado. Porque el amor es un asunto arriesgado. Significa llegar a conocer a otra persona. Significa amar a una persona tal como esa persona es y no como deseamos que esa persona sea. Esto resulta suficientemente arriesgado si te sientes bastante bien contigo mismo, pero si temes o no te fías de tu ser más íntimo, si dejas que alguien se acerque demasiado a ti, puedes realizar un intento excesivamente peligroso. Es mejor mantener una pared de miedo, incluso aunque sepas que, mientras lo opuesto del miedo es el coraje, lo contrario del miedo también es el amor.

Nos atacamos y, con mucha frecuencia, nos destruimos a nosotros mismos

Jacky Gillott escribió acerca de sus años de depresión en un artículo para la revista *Cosmopolitan*. Dijo:

Depresión es lo que sufren las personas que no ven razón para *gustarse a sí mismas*. Es un estado de odio a uno mismo. Es el horror de sentir que uno está encerrado sin escapatoria en el cuerpo de alguien al que se teme, rechaza y desprecia. La depresión es un estado de la mente que inevitablemente invita a la paranoia; si uno se encuentra odioso a sí mismo, espera que el resto del mundo también lo encuentre odioso. Lo que es más, siente que no tiene ningún derecho a infectar la existencia de otras personas con su desagradable presencia [...] Como tengo esta lunática creencia de que de algún modo soy contagiosa, y que aquellos que puedan contagiarse de lo que sea me odian de todos modos, me asusto históricamente de los demás. No contesto al teléfono y me escondo si alguien llama a la puerta. Si tengo que ir al banco o de compras preferiré caminar kilómetros para evitar a la gente que conozco, o me desplazaré a otra ciudad donde pueda estar bastante segura de que nadie me reconocerá [...] Muchos deprimidos cometen suicidio, estoy segura, como un último acto de carencia de egoísmo [...] Estoy convencida de que muchos de los suicidios silenciosos, ordenados e inesperados son cometidos por deprimidos que simplemente no quieren ser una molestia nunca más [...] Encuentro muy fácil cuando estoy en mis peores momentos presentar una moción lógica en favor de mi desaparición. Sería, por ejemplo, infinitamente más conveniente para mi familia. Paso horas haciendo ejercicios sobre cuál sería para mí el momento menos inconve-

niente para meter la cabeza en el horno de gas. Por supuesto, nunca hay un momento conveniente porque he aprendido a lo largo de los años a llenar mi agenda de obligaciones con ciertos deberes ineludibles [...] Siempre me aseguro de estar permanentemente endeudada porque me parecería bastante desagradable marcharme dejando mis deudas para que las pagaran otras personas.

Desgraciadamente para los que se quedaron atrás, en 1980 Jacky pagó sus deudas y encontró el momento adecuado para tomar una dosis letal de pastillas.

Tomar una dosis excesiva de fármacos es una fórmula popular de cometer suicidio o de intentarlo, dado que parece ofrecer la satisfacción de ese deseo de paz y de cesación de la lucha que toda persona deprimida siente en algún momento. Val expresó esto en un poema que escribió cuando estaba deprimida:

¿CIELO DESEADO?

Golpeada por olas de desolación,
zarandeada en un mar de desesperación,
absorbida en remolinos que giran en espiral,
sujeta por una mano de hielo,
luchó para escapar de la tormenta.
Progresivamente más débil me debato, pero,
cuando se forma la séptima ola el miedo me paraliza.
Me vuelvo impotente y soy inundada.
Me zambullo más y más profundamente en una indiferencia verde.
Todo es silencio y calma ahora.
Inerte languidezco en la repentina tranquilidad.
Pero esto es sólo transitorio.
Vuelvo a ser lanzada a la turbulencia
y continúo luchando para sobrevivir.
Subo y bajo de cresta en cresta,
entre el rugido de las hondonadas vacías.
Los efectos de la exposición celebran su tributo.
La pegajosa frialdad me destruye lentamente,
hasta que un trabajo salvaje parece inútil.
Ahora busco el fin de la tempestad.
Deseo hundirme más y más,
añojo la caricia calmada y fría de la suave corriente,
para rendirme a la paz que ofrece.

Éste es el *deseo*. La realidad es diferente. Tanto si la persona se toma una dosis excesiva o se lanza dramáticamente desde un acantilado, se trata de un

acto violento de autoasesinato. El *suicidio* es un acto violento contra la parte que hay en nosotros que quiere seguir viviendo. Si cada una de nuestras partes, el cuerpo y el alma, quiere morir, o si estamos totalmente convencidos de que la muerte es inevitable, entonces moriremos sin haber infringido ningún acto de violencia en nosotros mismos. Muchos ancianos se rinden y mueren. Cuando un aborigen australiano es expulsado de su tribu, no importa lo fuerte y sano que esté, muere al cabo de pocos días de la expulsión, como lo haría un azande que sabe que es el receptor de una magia negativa. La investigación sobre la esperanza de vida de las mujeres con cáncer de mama muestra que aquellas que están decididas a seguir viviendo se recuperan muy bien, mientras las que abandonan las esperanzas tienen menos probabilidades de sobrevivir. Si tienes que cometer violencia contra ti mismo para morir, quiere decir que en alguna parte de ti hay una esperanza y un deseo de seguir viviendo. Una gran parte de ti quiere vivir. Deberías hacerle caso a esta parte.

Naturalmente, debemos ser conscientes de la muerte para poder sobrevivir: aprendemos a ser cuidadosos al cruzar la calle, a comer los alimentos adecuados, a no caminar por pasajes oscuros, a abrigarnos cuando el tiempo es frío y a no fumar demasiado. Un respeto cuidadoso hacia la muerte puede ayudarte a asegurar una vida larga no sólo para ti mismo sino para cuantos te rodean. Respeto, no miedo, ya que, como dijo Epicteto:

Y bien, ¿no sabes, pues, que el origen de todos los males, de la traición y de la cobardía, no es la muerte sino más bien el miedo a ella?

Nuestra muerte está en el futuro, así que, si temes a la muerte, es que temes al futuro.

Atacamos y, con frecuencia, destruimos a Dios

¿Y si Dios no existiera? Al final aparece la última y más radical forma de la angustia, que es la que nace de la duda de que Dios no sea verdad en medio de todo este drama humano. Si Dios no existiera, no tendría sentido intentar salir de la depresión ni sería posible recuperarse, siempre y en todo caso, de las situaciones negativas. No sería posible ninguna forma de vida mas allá de la decadencia y la muerte. Dependeríamos sólo de nuestras escasas fuerzas, de los frágiles proyectos de nuestras técnicas más avanzadas. Estos pensamientos tienen consecuencias prácticas sorprendentes y están más cerca de las vivencias y las experiencias cotidianas de lo que puede parecer.

Si Dios no existiera, el perdón sería imposible. Todo nuestro obrar estaría sujeto a terribles castigos, a un infierno que tendría lugar ya en la vida terrena.

De manera mítica, diríamos que la cólera de Dios se desencadenaría sobre nosotros. Es la tentación de creer que la idea de un Dios bueno, último referente de nuestra esperanza, es sólo fruto de nuestra imaginación, una idea que brota de la desesperación.

Todas las generaciones han sentido la urgente necesidad de ser liberadas de la sombra de la muerte. A veces es una necesidad imperceptible, como una carcoma que corroe y que impide lanzarse decididamente a la fe, aunque, como Abraham, uno no sepa adónde va.

Encerrando en un mismo género las distintas formas de la angustia, hemos de vivir conscientes de que nuestra referencia a ella es la indicación de un paso, absolutamente humano, por el que es necesario transitar para pasar de una etapa entusiasta a otra más sólida y adulta. Por eso, si se quiere interpretar la angustia, es necesario volver a proponer con todas sus consecuencias el acto serio de la esperanza cristiana.

4. Pérdidas y agresividad destructiva hacen estragos en nuestro mundo interno

La depresión como aislamiento

¿Cuál es la diferencia entre estar deprimido y ser infeliz? Existe una diferencia, y cuando se han experimentado ambas sensaciones se sabe cuál es esa diferencia.

Quando eres infeliz, incluso después de haber sufrido el golpe más doloroso, aún eres capaz de buscar consuelo y de dejar que ese consuelo llegue hasta ti para aminorar tu dolor. Puedes buscar y obtener la simpatía y el interés amoroso de los demás, puedes ser amable y consolarte a ti mismo. Pero la depresión no cuenta ni con la simpatía y la preocupación de los demás ni con el atento amor a uno mismo. Puede que allí haya otras personas ofreciendo todo el amor, la simpatía y el interés que cualquiera pudiera desear, pero nada de esta compasión puede atravesar el muro que te separa de ellas, mientras que en el interior de ese muro no sólo te niegas el alivio o confort más elemental sino que también te castigas, mediante palabras y hechos. La depresión es un túnel donde tú eres tanto el sufrido prisionero como el cruel carcelero.

La depresión como vivencia de inutilidad

Para comprender cómo puede combinarse esta sensación peculiar de aislamiento que constituye la esencia de la depresión, necesitamos considerar un

sentimiento básico esencial, un sentimiento que es tan intrínseco a nuestra existencia que no tenemos una sola palabra para designarlo sino varias, que tienen toda clase de significados y connotaciones. Algunas de estas palabras son *espíritu, alma, corazón, psique, quintaesencia, principio vital, energía, vigor, fuerza, intensidad, potencia, energía dinámica, brío, vivacidad, arranque, resplandor, vitalidad, fuerza vital, aliento vital, chispa vital, goce de vivir, pasión*.

Este sentimiento está detrás cuando pensamos para nuestros adentros: "¡Que día tan maravilloso! Tengo muchas ganas de hacer todo lo que tengo previsto para hoy". La vida se presenta muy bien. Dicha experiencia está acompañada por algún grado de confianza, creatividad, optimismo, coraje y benevolencia.

Este sentimiento lo ha perdido el depresivo. Su pensamiento es: "¡Qué día tan horrible! Temo por lo que el día me depara. No tengo ni un amigo en el mundo. Mi familia es una gran decepción para mí. Todo lo estropeo. Estoy aterrizado de la gente. Nunca olvidaré las cosas tan horribles que me han pasado", y cosas parecidas. Ese sentimiento vital que tenemos dentro no se emana hacia nadie ni cosa alguna, sino que más bien se encoge en nuestro interior. Entonces sentimos que simplemente existimos, que estamos disminuidos, contruidos, aislados, inhibidos, impotentes, desalentados, angustiados, estériles, desolados, temerosos, pesimistas y amargados.

Estamos encerrados y aislados dentro de nosotros mismos, y aprendemos la verdad que los torturadores han conocido a través de los siglos: muchas personas pueden llegar a sobrevivir al peor de los dolores, a la lesión y a la privación, pero la única tortura que afecta incluso al más fuerte y valiente de nosotros es el aislamiento en solitario. Igual que necesitamos el aire, los alimentos y el agua, necesitamos formar parte del patrón entretejido de la vida humana. Si nos aíslan de él, si nos aislamos a nosotros mismos de él, entonces sufrimos la tortura de los condenados, y cuanto más tiempo permanezcamos en aislamiento solitario, mayor se hará la tortura.

Algunas personas van por la vida creyendo que no son tan malas sino simplemente no lo bastante buenas. Luchan con ahínco para reducir sus deficiencias, pero como se ven inaceptables para los demás, éstos las ponen nerviosas. Encuentran difícil enfrentarse a su enojo, pero le otorgan valor al perdón; así es que no dependen demasiado de su pasado. Tienen algún tipo de esperanza en el futuro, dado que basan su vida en una filosofía determinada que permite algo de optimismo. Estas personas no se considerarán deprimidas, pero a veces tendrán la sensación de encontrarse agobiadas por un mundo de colores desvaídos. Tienen una piedra en el corazón. Ésta puede ser su compañera de por vida o, si tienen suerte, una gran felicidad o un inmenso éxito que

sean capaces de aceptar les quitará la piedra para siempre y se sentirán ligeras y libres en un mundo lleno de color.

Pero si el desastre se repite una y otra vez, o si un día se dan cuenta de que ya no son jóvenes, de que las oportunidades para tener la vida que soñaron ya se han perdido para siempre, y si el amor que necesitaban ha desaparecido, se desesperan, se duelen y no perdonan. La carga de su corazón se convierte en las paredes de su túnel de depresión. Sin embargo, para muchas de esas personas la depresión no es más que un camino que han de seguir por un oscuro valle mientras ponen en orden su vida. Como siempre han contado con la posibilidad del perdón, tienen la posibilidad de aceptar el cambio. Como siempre han permitido la posibilidad del amor, no se vuelven del todo en contra de sí mismas sino que se otorgan una medida de amabilidad y permiten a los demás que también sean amables con ellos. El amor y el perdón (ayudados quizá por el efecto estimulante de los fármacos antidepresivos) las conduce a la salida de ese valle oscuro.

Susan describió su experiencia con la depresión de esta manera:

[...] como encontrarse entre aguas movidas y peligrosas, intentando llegar a la base de una pendiente rocosa. La primera vez que se deprimió podía, según la representación de imágenes que se formó, ver figuras en la cumbre de la pendiente, tendiéndole las manos para ayudarla a salir. Luego logró encontrar la fortaleza en su interior que la ayudó a salir, a trepar hasta un lugar seguro. Según las palabras de su psiquiatra, respondió a los fármacos antidepresivos. Pero en cada periodo sucesivo de depresión el agua se hizo más profunda y más arremolinada, las figuras se fueron haciendo más escasas y más lentas y ella tenía menos fortaleza para asegurarse un buen apoyo. Incluso cuando ya se encontraba en tierra firme no estaba del todo segura. Estaba sólo a un paso del precipicio. Cuando volvió a ingresar al hospital, "no respondía a la medicación o al electroshock". No veía figuras que le ofrecieran ninguna ayuda y no podía ayudarse a sí misma. Tampoco podía ver ayuda alguna para ella. Creía en un Dios que perdona, pero un Dios justo. Era mala y perezosa, y no había ayudado a su familia como debía; así es que estaba recibiendo el castigo adecuado a su maldad. Su depresión era un castigo y eso era lo que debía aceptar como castigo y no debía intentar escapar de él.

La depresión como miedo, egoísmo y culpabilidad

El *miedo* empapa tu vida, minando tu confianza, hasta que la decisión más pequeña —¿qué corbata debo llevar?, ¿qué debo comer al mediodía?— se convierte en una tarea de dificultad imposible de vencer. En ocasiones el miedo aparece descarnado y brutal; otras veces lleva un disfraz especial de culpabilidad.

Te has convertido en un experto en *culpabilidad*. Cada acción u omisión de una acción puede interpretarse como una causa de culpabilidad. Te has fallado a ti mismo y has fallado a otras personas. No has sabido satisfacer tus propias expectativas. No has asegurado la total felicidad para las personas que te rodean. Repasas las estupideces y fallos que has tenido en la vida y te castigas por crímenes conocidos y desconocidos, mientras que al mismo tiempo siempre te suplicas a ti mismo un poco de paz.

Te sientes culpable por estar deprimido y sabes que mereces un castigo por la depresión, y algo peor.

Cualquier trabajador se levanta y se va a trabajar. Se siente seguro en su pequeña oficina, pero cuando llega su jefe, primero para criticar el trabajo que hace y después para decirle que tiene que acudir a una reunión en la fábrica al día siguiente, empieza a sudar profusamente y se siente enfermo. A la hora de comer se va a casa, se mete en la cama y se tapa la cabeza con las mantas. Su esposa lo encuentra allí, pero ni su simpatía ni sus insultos logran que se mueva. "Tú lo único que eres es un egoísta", grita ella cuando sale dando un portazo.

Egoísta es cierto que lo es. Dentro del túnel de la depresión se es muy egoísta. Pero entonces, ¿no somos todos egoístas cuando estamos luchando por nuestras vidas? Sintiendo el terror de la muerte inminente, nos debatimos para salvarnos a nosotros mismos. Para el observador externo, la persona deprimida no parece estar en ningún peligro de muerte, pero dentro del túnel de la depresión sientes un miedo tan grande como el que te provoca la muerte. Si le dices a la gente que te rodea lo asustado que estás, pensarán que estás loco. Quizá lo estés, y esta idea te asusta aún más. El temor es tan grande que la muerte puede acogerse como una paz, una interrupción del miedo. Pero ¿qué ocurrirá si después de la muerte hay algo peor de lo que hay aquí? Tal vez la muerte pueda aportar la paz, pero el morir es tan doloroso... Tiene que haber una razón para que te sientas tan asustado. Quizá te estas muriendo: ese dolor que sientes en el pecho, ¿es un ataque al corazón o cáncer?

Decía una depresiva:

Cuando me despierto por la mañana tengo demasiado miedo para levantarme de la cama. He vivido en esa casa durante veinte años y

dormido en esa cama durante el mismo tiempo y estoy demasiado asustada para salir de ella, atravesar la habitación y abrir la puerta de mi cuarto. Así es que me quedo ahí echada y pienso en las cosas más terribles. Me asusto tanto que quiero levantarme para correr a hacer algo que me haga pensar en otra cosa, pero estoy demasiado asustada para levantarme de la cama. Por tanto, simplemente me quedo aquí, asustándome más y más.

La depresión como falta de sentido de la vida

En nuestro tiempo no vivimos tranquilos. Los demás no parecen inspirarnos mucha confianza, ni están dispuestos a ofrecerla a bajo precio. Nos vemos obligados a ser precavidos, aunque sea a la manera de alguien que se siente flojo. Con frecuencia el otro es para nosotros una incógnita, cuando no un problema. Se acerca a ti para pedirte algo, para que lo escuches; busca ayuda, quiere un trabajo, un futuro. Al final se hace pesado y dan ganas de preocuparse sólo de uno mismo.

Parece como si en el origen hubiera una forma sutil de miedo; quizá algo más: el espectro de la *angustia*. No está bien decirlo claramente, no es decoroso y, sin embargo, con demasiada frecuencia aparecen vivencias que remiten a ello. Quizá se trate de cansancio, o de falta de proyectos, o de nostalgia de la trascendencia; quizá nos encontremos bajo la fascinación de una corporeidad que acaba perturbándonos, o quizá estemos simplemente llamados (¿condenados?) a habérmolas con nuestra propia fragilidad. ¿O estaremos ante una nueva prehistoria de la fe? ¿Quién sabe? Hay sin embargo muchas cosas que en el ejercicio de nuestra libertad nos desorientan y nos dejan sin horizontes, sin fines y sin metas. Si hay un esfuerzo necesario, parece ser el de reunir todas nuestras energías para dar una orientación a nuestra propia vida. Elegir significa entonces por lo menos sobrevivir.

Para muchos depresivos sigue estando al acecho el bienestar momentáneo o la evasión de uno mismo, y al mismo tiempo la necesidad extenuante de relaciones excesivamente íntimas; por eso es provechosa una *distancia* que vaya más allá de nosotros mismos y exprese eficazmente la verdad del ser y el sentido del devenir.

En una época de turbaciones la vida cotidiana se convierte en un ejercicio de supervivencia. Los hombres viven al día; rara vez miran al pasado, porque temen ser arrollados por una «nostalgia» debilitadora; y si dirigen su atención al futuro, es para tratar de averiguar cómo pueden escapar a los desastrosos acontecimientos que todos espe-

ran. En estas condiciones la identidad personal es un lujo, y en una época en la que se impone la austeridad, un lujo poco conveniente. La identidad implica una historia personal, amigos, una familia, el sentimiento de pertenencia a un lugar. En estado de asedio el yo se contrae, se reduce a un núcleo defensivo armado contra la adversidad. El equilibrio emocional requiere un yo mínimo, no el yo soberano del pasado.

Sintiéndote como lo haces acerca de ti mismo y de los demás, no puedes dejar de pensar que la vida es terrible. La idea de la muerte tampoco te da consuelo, ya que, aunque algunas veces sueñas con el pensamiento placentero, te preguntas, como Hamlet: «Porque en ese sueño de la muerte, ¿qué sueños pueden venir?».

Jung está probablemente acertado al considerar que algunos sujetos neuróticos que buscan ayuda están en realidad intentando encontrar algún sistema de creencia religiosa que les proporcione una fuente de fortaleza y de significado a sus vidas. Entre ellos, los titubeantes, los cargados de culpa y excesivamente tímidos, aquellos que carecen de convicciones claras con las cuales ausentarse de la vida. Todos ellos con síntomas depresivos.

Tanto es así que, si le dices a un psiquiatra que la peor parte de tu sufrimiento es que no tienes comunicación alguna con Dios y que temes a la vida y a la muerte porque estás condenado, él moverá la cabeza afirmativamente con simpatía y anotará que exhibes un síntoma de enfermedad depresiva. Tu afirmación tiene el mismo significado que las manchas rojas del sarampión.

Una Navidad, Margaret Templeton, que hizo una contribución telefónica sobre la depresión para la BBC Radio en 1978, y que había organizado grupos de autoayuda para la gente depresiva de su comunidad, se encontró con que su hijo menor, de 10 años, había muerto al atropellarlo un coche. «Yo no sabía que estaba fuera —explicó—. Un niño llamó a la puerta y dijo que había habido un accidente. Yo intenté apresurarme. [Ella llevaba un corsé ortopédico.] Tuve que arrastrarme por la pendiente para alcanzarlo. Le habían puesto una manta encima. Me eché a su lado en la carretera. Alguien dijo que sólo estaba inconsciente; no sabía que estaba muerto. El coche le había pasado por encima. Intenté limpiarle la gravilla de la cara. Siempre había sido un chico tan feliz, mi bebé. Me siento como si hubiera perdido parte de mí misma». Como buena cristiana, su pregunta obsesiva es ¿por qué?

Creemos o no en Dios, todos encontramos difícil convencernos del final completo y absoluto de nuestra identidad cuando sobreviene la muerte. Hablamos de ella como si se tratara de irse a dormir, pero en nuestro sueño somos conscientes de que pasa el tiempo y nos experimentamos a nosotros mismos mediante los sueños. Sí, podemos aludir que sabemos que se trata de un

sueño porque es algo de lo que despertamos, pero cuándo tus sueños son pesadillas temes dormirte por si nunca te despiertas y quedas atrapado en tu sueño. La bendición de algunos fármacos sedantes es que suspenden los sueños, y su maldición es que cuando se deja de tomarlos los sueños retornan con mayor intensidad. Algo que hay que temer es la muerte como sueño.

La depresión como condenación

Allá hacia donde me dirija encuentro el infierno; yo soy el infierno;
y en la profundidad más baja se abre una profundidad,
aún más baja que amenaza con devorarme,
frente a la cual el infierno que sufro parece un cielo.³

Pero las palabras como *muerte, locura, ataque cardíaco o cáncer* no transmiten la *totalidad del miedo* que sientes cuando todo el conjunto de tu existencia se ve amenazado. Si eres cristiano puedes llamarlo *condenación*. Un depresivo la describió en forma de poema:

Ese horrible y enfermizo hundirse sin fin, hundirse a través de los niveles lentos y corruptores del conocimiento desintegrador / cuando el yo ha caído de las manos de Dios y se hunde, agitado y decadente, corrupto / y aún decadente, en capas de profundidad de conciencia desintegradora / hundiéndose en una interminable perdición, en el horrible catabolismo dentro del abismo.

Si les dices a tus amigos que estás condenado, se apresurarán a decirte que no lo estás, que la idea de la condenación es tonta, que Dios no es así, que tú eres una buena persona en realidad. Si les dices a tus amigos que estás asustado porque no puedes hacer tu trabajo adecuadamente, porque no eres una buena madre, que el mundo es un lugar terrible y que todo va a empeorar, seguirán diciéndote que no seas tonta, que el jefe te aprecia verdaderamente, que eres una madre maravillosa, que no mires el lado malo de las cosas, que eso nunca ocurrirá, y que cosas peores ocurren en el mundo. No tienen ni idea de lo que es sentirse así a altas horas de la mañana.

Esperas la muerte para que te traiga la paz y la temes porque te puede traer algo peor que la vida. La muerte puede traerte paz, pero también arrebatarte la esperanza de que algún día se vea recompensado el terrible sufrimiento que soportas, que tu corazón pueda sentirse ligero. No le hablas a nadie de tu

³ John Milton: *El paraíso perdido*.

sufrimiento, dado que una persona sensata diría: «Ya deberías haberte recuperado de eso a estas alturas», o «Es estúpido que te aflijas otra vez por eso».

La depresión como castigo

(“Nunca debo perdonar a nadie, y mucho menos a mí mismo”)

Cuando somos niños todos pasamos mucho tiempo construyendo lo que esperamos y creemos que será la historia de nuestra vida. Cuando éramos niños e inventábamos la historia de lo que queríamos que fuese nuestra vida, sólo parte de esa historia surgía de nuestra creencia de que la vida era maravillosa y de que nos esperaban cosas buenas. Parte de nuestra historia surgía de nuestro gozo, pero solo una parte. La otra, y para algunos de nosotros la mayor parte de ella, era producto de nuestro miedo, de nuestra experiencia al ser tratados con crueldad e injusticia. Cuando éramos pequeños y débiles, estábamos totalmente a merced de otras personas, y cuando éstas usaban su poder para castigarnos, avergonzarnos o ponernos en ridículo, hacíamos lo que los seres humanos impotentes hacen cuando se ven amenazados por una completa destrucción o aniquilación por parte de sus enemigos: jurábamos vengarnos; jurábamos no olvidar nunca.

A veces el sueño que creamos está basado en el lema “Yo les enseñaré”. Soñamos en convertirnos en alguien tan brillante y famoso que nuestra familia y nuestros maestros no tendrán ningún poder para alzarse amenazadores y bravucones, vencidos por la magnífica altura que habremos adquirido. A veces el sueño que creamos está basado en el lema «Se arrepentirán».

Expresando nuestro enfado de alguna forma directa y sincera (es decir, diciendo cómo lo sentimos en lugar de no decir nada o de estar disgustados), hablando del asunto con un mago comprensivo, pensando en nuestros sentimientos y en nuestras relaciones libremente, no inhibiéndonos mediante reglas como «no debo criticar a mi madre-padre-marido-esposa», llegamos a reconciliarnos con las experiencias dolorosas que hemos sufrido. Las vencemos, aprendemos de ellas y mediante el perdón y el olvido dejamos de sentirnos oprimidos por acontecimientos de nuestro pasado y somos capaces de afrontar mejor los acontecimientos de nuestro presente.

Pero para hacer todo esto tenemos que creer que lo correcto es perdonar. No todo el mundo cree que la capacidad de perdonar sea una virtud.

Algunas personas que se deprimen, no siempre se presentan sí mismas como complacientes y agradables, incapaces de hablar mal de nadie. Puede que lo hagan fuera de casa, pero dentro de ella siempre que alguien las ofende se enfurruñan —no en silencio y sin causar ningún problema sino de la forma

más dominante y notable posible (en realidad, no tiene ningún objeto poner cara de enfado si nadie se da cuenta).

Algunos han perfeccionado el arte de no hablar. Esto ocurre cuando alguien va haciendo todas sus tareas domésticas pero sin decir una palabra, sin importarle lo que nadie diga. (Están permitidos los respiros profundos que significan "aquí estoy, volviéndome a sacrificar por una familia desagradecida", y los ritos de angustia en la cocina, seguidos por algunos pequeños accidentes, mientras la familia se sienta a ver la televisión en la sala de estar. Los gritos de sufrimiento son particularmente eficaces si el accidente ha sido causado por la pereza o la negligencia de los familiares.)

Algunos de vosotros preferís retiraros a vuestro cuarto como si se tratara de un alto calabozo. Para esto es necesario tener una familia bien entrenada. Tienes que asegurarte de que estarán revoloteando alrededor de tu puerta ansiosos de satisfacer cualquiera de tus caprichos. No funciona si se ríen de ti, o se escapan para atender sus propios asuntos, o dejan que te mueras de hambre o desfallezcas por el deseo de una taza de té. Los juegos de no hablar o de retirarte a tu dormitorio como si se tratara de un calabozo pueden proporcionar una gran satisfacción (si la venganza no fuera dulce no nos molestaríamos por conseguirla), pero causan problemas cuando se trata de volver a hablar o dejar tu dormitorio sin sentirte como un tonto. Si has tenido éxito en conseguir que tu familia pidiera perdón de la manera que consideras apropiada, entonces puedes acceder graciosamente a pasar por alto los errores de los tuyos y será el momento de volver a unirse a la vida familiar, pero bastante a menudo las familias no solamente fracasan al comprender por qué te han ofendido sino que también son incapaces de comprender de qué forma podrían mejorar su comportamiento. Todo esto es muy difícil.

Pero hay dificultades aún mayores cuando decides no perdonar nunca. Jesús resumió este problema cuando dijo: "No juzgues para no ser juzgado. Porque con el juicio con que juzgas serás juzgado, y con la medida con que midas serás también medido" (Mt. 7, 1,2).

Es decir, las reglas o juicios que aplicamos a los demás esperamos que nos las apliquen a nosotros. Y así, si crees que está mal perdonar, debes esperar que las demás personas no te perdonen cuando les causas un daño o las disgustas de cualquier forma. Ésta es una de las razones por las que la gente te asusta tanto. Incluso cuando son amables contigo, no puedes estar seguro de que no estén guardando resentimientos en tu contra, y cuando estás seguro de que has ofendido a alguien sueles estar demasiado asustado para encontrarte con esa persona de nuevo. Intentas evitar todos los lugares donde podrías encontrarte con las personas a las que puedes haber ofendido y así vas reduciendo cada vez más el número de lugares a los que puedes ir. Nunca se te ocurre que la persona puede haber ignorado la ofensa por completo o, si era

necesario perdonar, puede que te haya perdonado. Esperas ser juzgado como tú lo has hecho.

Esta, por supuesto, es la regla que te aplicas a ti mismo. A la persona que nunca debes olvidar es a ti mismo. Nunca permitas pasar por alto cualquiera de tus errores diciendo, «eso fue mala suerte», o «no tiene ningún sentido preocuparme por ello», olvidando así lo que hiciste. Sigues una y otra vez atacándote a ti mismo, no te perdonas nunca, no importa cuántos castigos te hayas infligido. Ante tus ojos tu crimen es existir y nunca te perdonarás por eso.

Si crees en un Dios que nos juzga, tus sentimientos depresivos te llevan a juzgarte tan duramente que crees saber que Él no te perdonará. Jesús dijo muchas cosas acerca del perdón. Le dijo a Pedro que debía perdonar a su hermano no diez veces, sino «setenta veces siete» (Mt. 18, 22). Y predicó: «Pero te digo a ti: ama a tus enemigos, bendice a los que te maldicen, haz el bien a los que te odian y reza por los que te usan sin clemencia y los que te persiguen» (Mt. 5, 44). Explicó la parábola del sirviente que fue perdonado por su señor por no pagarle una deuda de diez mil talentos, pero que no perdonó a otro sirviente una deuda de cien (Mt. 18, 21-35).

Cuando Jesús enseñó la oración «Y perdónanos nuestras deudas como nosotros perdonamos a nuestros deudores», explicó: «Porque si perdonas a los hombres sus malas acciones, tu padre celestial también te perdonará a ti. Y si no los perdonas, tampoco te perdonará el padre tus malas acciones» (Mt. 6, 12-15). Así, si no puedes perdonarte a ti mismo y a los demás, sabes que estás condenado.

Todas las religiones del mundo cuentan con ceremonias de sanación, limpieza, perdón y renacimiento. Las diversas clases de psicoterapia emplean rituales y palabras no religiosas, pero, al igual que las religiones, ayudan a las personas a volver a estar enteras de nuevo creando una sensación de haber sido perdonadas, si no por Dios, por su propia conciencia. Algunos objetarán que las palabras *Dios* y *conciencia* se refieren a la misma cosa, que estar en paz con uno mismo significa estar en paz con Dios, y viceversa. Pero esto no es importante. Lo importante es saber las palabras adecuadas para ti en el logro de tu experiencia.

Así, éstas son las razones para perdonar. Pero tienes muchísimas razones para no hacerlo; puede ser que simplemente odies decir que lo sientes y admitir que has cometido un error (en lugar de arriesgarte a cometer un error prefieres evitar todas las decisiones). Perdonar significa dejar ir el dolor y también la causa que lo produce, y, puede que no estés preparado para hacerlo. Como dijo una depresiva:

Creo que puedes perdonar pero no creo que puedas olvidar. Éste es un problema. Yo nunca olvido. Al igual que nosotros (mi marido, mi

hijo y yo), cuando el aire se enrarece tendemos a volver a recordar todas estas cosas. He de tener algo con lo que disparar a mi marido cuando él comienza a meterse conmigo. Estoy agradecida porque él me ha aguantado, pero la gratitud sólo puede llegar hasta cierto límite. Llegas a un punto en el que se da por supuesto que simplemente estarás ahí. Después de trece años de matrimonio me he dado cuenta de que nunca he sido una persona que pueda decir que lo siente. Ése era gran parte de nuestro problema. Yo guardaba las cosas dentro y fui acumulando resentimiento.

Existe otro peligro que otra mujer depresiva describió:

Ella y su marido solían discutir, y cuando él decía y hacía cosas que la herían, ella simplemente dejaba de hablar, porque lo detestaba en aquel momento. Durante uno o dos días no deseaba hablarle. Él decía: "¡Qué tonta eres! ¿Por qué no hablas? Sabes que al final tendrás que hablar". Ella cuenta: "Yo disfrutaba con ello, pero no durante mucho tiempo. Me he pasado una semana así, pero después de dos días deseaba hablarle. En realidad es un deseo de volver a la normalidad. Después de un par de días, no me sentía igual. Ni tampoco podía comer... Como yo me portaba así, él me dijo: '¡Si supieras el mucho daño que me has hecho...!'. Pero nunca me lo demostraba. Si al menos me hubiera demostrado que yo le había hecho daño, de alguna forma me hubiera complacido pensar que le había hecho ese daño, y creo que habríamos tenido una relación mejor. Pero lo único que yo quería ver es que le había hecho daño. Quería que él lo sintiera así. A veces me venía abajo y lloraba cuando él me había disgustado, pero no quería que se fuera muy lejos. Sólo quería que supiera que me había hecho daño... Algunas veces quise decirle que lo sentía pero no podía".

Si sientes que eres débil, o una persona tan mala que no tienes derecho a defenderte, entonces te ves a ti mismo en peligro de ser eliminado por las personas a las que haces daño, y a las que consideras más fuertes que tú. De modo que construyes una cerca alrededor del vacío que sientes dentro, comprometiéndote a no perdonar nunca. De hecho, puedes llegar a definirte a ti mismo casi por completo en función de tus votos de nunca perdonar y de buscar venganza. Durante las últimas décadas, generaciones de niños de Irlanda del Norte, del Oriente Próximo, de los Balcanes, India, Paquistán, han oído cómo sus mayores les inculcaban que la única razón de su existencia era vengar los crímenes cometidos por sus enemigos. Desgraciadamente, muchos

de esos niños han crecido creyendo lo que les han enseñado y se resisten a todo intento de resolver los conflictos entre protestantes y católicos, árabes y judíos, serbios, croatas y musulmanes, o hindúes y musulmanes, porque dicha resolución les arrebataría su propósito en la vida, la esencia misma por la cual se definen a sí mismos.

Algunas veces llamamos a la falta de perdón *intolerancia* o *ira de los justos* y la definimos como una virtud porque somos intolerantes frente a las maldades que vemos en el mundo. Un depresivo despreciaba la tolerancia, porque veía las actitudes tolerantes como algo que sólo era trivialidad e hipocresía encubiertas. Su intolerancia feroz les causaba mucho dolor a él y a las personas que lo rodeaban.

Y de hecho tú has hecho irreplicable una parte de tu realidad. Intentas proteger a los demás culpándote a ti mismo. Te sientes culpable por tus faltas y transgresiones y temes ser castigado, te asustas más y entonces te enfadas con las personas que te hacen sentir culpable y asustado, y luego te sientes culpable por estar enfadado con las personas a las que deberías proteger, así es que te culpas a ti mismo y te sientes más culpable, más asustado, más enfadado, y así por siempre jamás. No parece haber una salida. No hay una salida, dado que te prohibes la llave que abriría la puerta. No conocerás la paz hasta que descubras cómo perdonarte a ti mismo, perdonar a los demás y dejar que los demás te perdonen a ti. Sólo entonces te liberarás de tu pasado, serás capaz de vivir en el presente y de mirar al futuro con esperanza. Pero ¿puedes hacer eso cuando crees que está mal perdonar?

De manera que, si no te has llevado el amor y el perdón al valle oscuro contigo, no descubrirás el camino que conduce al exterior. Esas personas que se deprimen y permanecen deprimidas, o pasan de un periodo de depresión a otro, con los periodos intermedios llenos de un sentimiento de depresión inminente que se cierne sobre ellas, son las que consideran que esencialmente son malas y deben trabajar mucho para conseguir llegar a ser buenas, que las personas que las rodean son peligrosas y deben temerlas, que sólo las ideas religiosas y filosóficas que revelan la verdad son las que conducen al miedo y la desesperación, que el pasado es irreconciliable y el futuro carece de esperanza, que el enfado debe temerse y que es erróneo perdonar.

En suma, en la depresión pueden coexistir vivencias de aislamiento, de inutilidad, de condenación, de castigo, expresiones de miedo, egoísmo y culpabilidad, así como ausencia de sentido de la vida.

Resumen

El artículo se propone aproximarse a la comprensión de las vivencias depresivas desde la perspectiva de quien las padece, tomando como punto de partida el aumento de estos trastornos en las sociedades contemporáneas. Tras describir los sentimientos de las personas deprimidas, el autor aborda las causas de la enfermedad según dos ejes: la pérdida de objetos significativos y la mala estructuración de la agresividad. Pérdidas y agresividad destructiva configuran, a su vez, formas diferentes de vivir la depresión.

El sentido de la vida: medicina para la identidad del individuo y de su paz

por Mariano Galve

Durante los siglos pasados, las curas para la depresión siempre fueron las mismas:

La noción básica de la vida circumspecta y temperada, basada en el conocimiento de las susceptibilidades individuales y constitucionales de uno mismo, poniendo énfasis en el funcionamiento biológico eficiente por medio de la atención a la dieta, al sueño y al ejercicio. La estrategia de evitar deliberadamente precipitantes fisiológicos y psicológicos conocidos. La noción de que el individuo es miembro de una red social de apoyo. La táctica de prepararse sistemáticamente para enfrentarse a la adversidad y, finalmente, el concepto de una responsabilidad personal e iniciativa en la elección de un sentido en la propia vida.

El autor

Licenciado en Psicología y Antropología. Ex responsable de la Pastoral Psiquiátrica de España.

1. El mundo y su necesidad de significación

Comenzaré esta comunicación sobre el sentido de la vida en el contexto amplio —y, por tanto, mareante— de algunos aspectos globales de la depresión en nuestra cultura. Pero mi principal interés, y creo que también el vues-

tro, es en ese otro micromundo del interior del hombre —tan extenso y mareante como el primero—, donde se anudan o desatan egoísmo y generosidad, pérdidas y encuentros, vida abierta a una trascendencia y condenación, culpabilidad y perdón.

Aspectos del mundo externo que necesitan reconciliación

Recuperar el “mundo interior”

Parece que nos aproximamos al punto en que los bienes externos —prosperidad y bienes materiales— están reemplazando a los bienes internos como ideal. Esta reacción está ocasionando una considerable disociación y negación del papel que nuestras necesidades emocionales internas desempeñan en la vida. Aunque la prosperidad material aumente, nuestra necesidad de amar, que constituye una máxima garantía contra la ansiedad frente al odio y la destructividad internos —juntamente con los problemas de culpa, que le son inseparables—, es descuidada y puede llegar a sucumbir.

Por lo tanto, nos aferramos a las satisfacciones externas, mientras que la difícil lucha por la riqueza interior y la paz de conciencia quedan libradas al azar. Es bien sabido que en la actualidad los problemas de conciencia están fuera de moda y la moral tiene aire provinciano. Nuestras luchas psicológicas internas —entre el amor y el odio, entre la ira y la paciencia, entre la compulsión y la ascesis— reciben muy poca ayuda de nuestra atención y esfuerzos conscientes. Es cierto que nuestra gran necesidad de alentar y nutrir el amor, de darlo y recibirlo, y de suprimir, desviar y modificar el odio, está tratando de encontrar nuevas vías exteriores en la vida, pero como problema interno individual obtiene poco apoyo directo. Las ciencias de la mente deberían aliarse con los recursos reconciliadores sanantes de la religión, para proporcionar sin demora algo del apoyo necesario a la honestidad y al bienestar íntimos, que forman parte de la realidad afectiva interna y son fuentes de seguridad emocional estable.

Las ciencias humanas y las religiosas deberían ir al unísono, tanto en el diagnóstico como en la aplicación de las medicinas adecuadas, para atajar el mal del mundo.

Las ciencias humanas deberían registrar que el círculo vicioso de agresión y destrucción está incrementando su ritmo; darse cuenta de que la civilización occidental, que tanto debe al poder del amor, corre el riesgo de ser destruida. No es que la existencia misma esté en peligro de extinguirse por las fuerzas destructivas que actúan en el hombre, sino que, actualmente, el amor, con su

poder de unificación, se ve tan gravemente subestimado y presionado por la agresión, que las formas civilizadas de vida parecen tender a desintegrarse.

También desde las ciencias sagradas y la misericordia pastoral es necesario darse cuenta —y denunciar— que todo el género humano ha enfermado en todas las relaciones fundamentales bajo la influencia de los “principados y potestades, de los dominadores de este mundo tenebroso” (Ef. 6, 12), que apesantan la atmósfera de la existencia humana mediante un estilo de soberanía que explota a los hombres, los reduce a menores de edad y los desprecia; señalar que las viejas estructuras de dominio son expresión de petulancia y causan envenenamiento, sobre todo si se ejercen en nombre de la religión y son sacralizadas.

Es también preciso denunciar todo tipo de idolatrías pecaminosas, y entre ellas la que actualmente tiene apresado y ensimismado el corazón del hombre occidental: la idolatría del dinero, el dios-dinero, ya denunciado hace mucho tiempo por San Pedro Crisólogo. De él decía:

[...] anda en los pueblos, decide en los reinos, ordena guerras, compra mercenarios, vende sangre, causa muertes, destruye ciudades, somete pueblos, asedia fortalezas, humilla ciudades, preside los tribunales, borra el derecho, confunde lo justo y lo injusto y, firme hasta la muerte, pone en crisis la fe, viola la verdad, disipa la honradez, rompe los vínculos de afecto, destruye la amistad. ¿Qué más? Esto es el dios-dinero, que domina inicuaamente tanto en el cuerpo como en el espíritu de los hombres (PL. 52, 547).

Recuperar el proyecto de vida, anclado en nuestro propio tiempo

Hay que tener presente que el conseguir —o no— dar un sentido a nuestra vida se realiza siempre dentro de una cultura. Los proyectos no se realizan nunca en abstracto, sino que dependen de muchísimos factores. Se sitúan dentro de un momento concreto de la evolución de la vida, en una época determinada de la historia y del mundo.

Dicho esto, también hay que afirmar que este proyecto de vida se hace aún más difícil por la complejidad de nuestro contexto cultural. La fuerte aceleración en el cambio de los estilos de vida y en los modos de comportamiento, la desaparición de formas sociales consolidadas a lo largo de los siglos, el fenómeno del pluralismo religioso y moral, el importante papel que desempeña hoy la conciencia individual, la necesidad de encontrar nuevos caminos para una auténtica experiencia comunitaria, el influjo de los medios de comunicación en

la formación de la opinión y de los modelos de vida, todo esto exige un serio compromiso en las posturas y decisiones que tomemos. No basta la voluntad de hacer el bien y evitar el mal; muchas veces es necesario saber antes dónde está el bien y dónde el mal. No se trata de aislar valores precisos y eternos, sino de conjugar estos valores dentro de la historia.

La formación de la conciencia y la maduración de la capacidad de discernimiento son condiciones indispensables para la estimación y el juicio acerca de la verdad oculta en el propio corazón y en el propio tiempo. Ninguna opción de vida puede eludir la tarea de enfrentarse con el contexto cultural en el que vive. No se pueden tolerar los anacronismos. El discernimiento revela precisamente la relación constante que ha de establecerse entre el valor, la historia y la libertad. No es posible sustraerse a esta operación, esperando iluminaciones y esclarecimientos milagrosos. Todo proyecto y toda fidelidad, tanto personales como colectivos, deben abordar esta operación en la que memoria, razón y confianza se unen a la intuición del propio futuro. Así se interpretan y transmiten también los signos de cualquier proyecto serio de vida.

Recuperar el significado de la vida, que esté abierto al futuro

Según algunos autores, hoy los hombres han perdido toda confianza en el futuro. Situados ante fenómenos como la carrera de armamentos, el aumento de la criminalidad y del terrorismo, el deterioro progresivo del ambiente natural y la perspectiva de una prolongada decadencia ecológica, los hombres empiezan a prepararse para lo peor..., realizando una especie de retirada emocional frente a los compromisos a largo plazo, que supondrían un mundo estable, seguro y tranquilo.

El mundo occidental ha gastado demasiadas energías en favorecer en los sujetos este sentimiento de satisfacción, llegando a un punto en que los sujetos y las comunidades corren el riesgo de morir de soledad. No son ya capaces de pagar el precio y disfrutar de unas verdaderas relaciones con los demás, relaciones que sin duda exigirán dedicación y sacrificio.

Recuperar la posibilidad real de identidades sólidas

A menudo los depresivos tienen dificultades para percibirse a sí mismos con objetividad y realismo. La pregunta por la propia identidad acompaña todo proceso de sufrimiento. El *quién soy* y el *qué quiero ser* replantean continuamente la ineludible exigencia del conocimiento de uno mismo y de los propios proyectos. Es el comienzo de un justo culto del yo. Se trata de construir la propia vida y de facilitar las bases del futuro. Un débil conocimiento de uno

mismo y una tenue posesión de la propia identidad personal hacen difícil toda proyección hacia el futuro. Dicho esto, también hay que decir que la percepción individual de las personas y el contexto cultural actual no facilitan la constitución de identidades sólidas y experiencias bien definidas. Por el contrario, a menudo las experiencias son difusas, agudas pero momentáneas, numerosas pero contradictorias entre sí, como si se anularan unas a otras.

No siempre ha sido así. Sirva de ejemplo esta hermosa página de Huizinga:

Cuando el mundo era medio milenio más joven, tenían todos los sucesos formas externas mucho más pronunciadas que ahora. Entre el dolor y la alegría, entre la desgracia y la dicha, la distancia parecía mayor de lo que nos parece a nosotros. Todas las experiencias de la vida conservaban ese grado de espontaneidad y ese carácter absoluto que la alegría y el dolor tienen aún hoy en el espíritu del niño. Todo acontecimiento, todo acto, estaba rodeado de precisas y expresivas formas, estaba inserto en un estilo vital rígido, pero elevado. Las grandes contingencias de la vida —el nacimiento, el matrimonio, la muerte— tomaban con el sacramento respectivo el brillo de un misterio divino. Pero también los pequeños sucesos —un viaje, un trabajo, una visita— iban acompañados de mil bendiciones, ceremonias, sentencias y formalidades.

Para la miseria y la necesidad había menos lenitivos que ahora. Resultaban, pues, más opresivas y dolorosas. El contraste entre la enfermedad y la salud era más señalado. El frío cortante y las noches pavorosas del invierno eran un mal mucho más grave. El honor y la riqueza eran gozados con más fruición y avidez, porque se distinguían con más intensidad que ahora de la lastimosa pobreza. Un traje de ceremonia, orlado de piel, un grupo de personas al amor del hogar acompañado de una copita y un chiste, un blando lecho, conservaban el alto valor de goce que acaso la novela inglesa ha sido la más perseverante en recordar con sus descripciones de la alegría de vivir. Y todas las cosas de la vida tenían algo de ostentoso, pero cruelmente público. Los leprosos hacían sonar sus carracas y marchaban en procesión; los mendigos gimoteaban en las iglesias y exhibían sus deformidades.

Todas las clases, todos los órdenes, todos los oficios podían reconocerse por su traje. Los grandes señores no se ponían nunca en movimiento sin un pomposo despliegue de armas y libreas, infundiendo respeto y envidia. La administración de la justicia, la venta de mer-

cancías, las bodas y los entierros, todo se anunciaba ruidosamente por medio de cortejos, gritos, lamentaciones y música. El enamorado llevaba la prenda de su dama; el compañero de armas o de religión, el signo de su hermandad; el súbdito, los colores y las armas de su señor.

El mismo contraste y la misma policromía imperaban en el aspecto externo de la ciudad y del campo. La ciudad no se diseminaba, como nuestras ciudades, en arrabales descuidados de fábricas aisladas y de casitas de campo uniformes, sino que se erguía rotunda, cercada por sus muros, con sus agudas torres sin número. Por altas y ponderosas que fuesen las casas de piedra de los nobles o de los comerciantes, eran las iglesias las que dominaban con sus eminentes masas pétreas la silueta de la ciudad.

Así como el contraste del verano y el invierno era entonces más fuerte que en nuestra vida actual, lo era también la diferencia entre la luz y la oscuridad, el silencio y el ruido. La ciudad moderna apenas conoce la oscuridad profunda y el silencio absoluto, el efecto que hace una sola antorcha o una aislada voz lejana.

Por virtud de este universal contraste, de esas formas multicolores con que todo se imponía al espíritu, emergía de la vida diaria un incentivo, una sugestión apasionante, que se revela en los fluctuantes sentimientos de ruda turbulencia y áspera crueldad, pero también íntima emoción, entre los cuales oscila en la Edad Media la vida urbana.

Hoy, la debilitación de la identidad de los sujetos y de las formas de vida interior y exterior, la no clarificación de las experiencias y la confusión de las vivencias son elementos que favorecen el progresivo distanciamiento de la realidad y un menor apasionamiento por el futuro. La disponibilidad de bienes de consumo, tanto de objetos como de comportamientos, lleva a mucha gente a no darse cuenta del peso de las cosas y dar la realidad por descontada, y esta, al no tener ya que conquistarse, acaba siendo despreciada.

2. El inconsciente humano y su necesidad de redención

Separatividad

Pero vayamos a ese otro mundo —íntimo, profundo y secreto— de la intimidad humana. Hagamos una afirmación general que, creo, es cierta: *toda depresión* —bajo todas sus formas sintomáticas: altanería, gula, codicia, voracidad y odio— *es interna y dificulta la fe en el amor*. Toda depresión, con sus mecanismos defensivos de autoengaño y autosatisfacción injustificada, fácilmente interfiere en la búsqueda del bienestar interno. Todos estos peligros tienden a alejarnos de los problemas de la bondad interior, por temor a la desilusión, al desamparo y a la inseguridad que nos amenazan.

1. La clave se halla en la palabra *separatividad*. El sentimiento del cual más culpables nos sentimos inconscientemente, y que es la fuente de toda nuestra culpabilidad, es el sentimiento de nuestra creencia —errónea— de que estamos separados de Dios y de los demás.

Ese horrible y enfermizo hundirse sin fin, hundirse a través de los niveles lentos y corruptores del conocimiento desintegrador / cuando el yo ha caído de las manos de Dios y se hunde, agitado y decadente, corrupto / y aún decadente, en capas de profundidad de conciencia desintegradora / hundiéndose en una interminable perdición, en el horrible catabolismo dentro del abismo.

Este es el peculiar *aislamiento* que distingue la depresión de la infelicidad común. No es simplemente soledad, aunque en el túnel de la depresión tú estás dolorosamente solo. Se trata de un aislamiento que cambia incluso la percepción que tienes de cuanto te rodea. Intelectualmente sabes que compartes un espacio con otras personas, que les hablas y ellas te escuchan. Pero las palabras que ellas pronuncian te llegan como si atravesaran un abismo sin fondo, e incluso aunque tú puedas estirar el brazo y tocar a la otra persona, ese contacto no te transmite nada. No hay contacto humano que atraviese la barrera. Aun los objetos que tienes alrededor te parecen lejanos, aunque sabes que no es así, y pese a que eres consciente de que el sol está brillando y los pájaros cantando sabes, incluso más profundamente, que el color ha desaparecido del cielo y que los pájaros están silenciosos.

Cuando camino por la calle con mi amiga —dijo Mary—, siento como si hubiera una pared de cristal entre nosotras. Siento que estoy sola.

Quiero gritar y vociferar, intento romper el cristal, pero es como si fuese de plástico. Cede pero no se rompe.

2. Los cambios significativos del carácter ocurren con mayor probabilidad en aquellos que no han establecido, con seguridad, su entronque con Dios y no son capaces de mantener su gratitud hacia Él. En estas circunstancias, cuando por razones internas o externas la ansiedad aumenta, pierden la referencia a Dios, o más bien a sus sustitutos, sean estas personas o valores. Entre los aspectos de los cambios de carácter se hallan el deseo vehemente de poder y prestigio, o la necesidad de pacificar la agresividad a cualquier costo. Y, presidiéndolo todo, detrás de toda esta constelación de sentimientos depresivos, está el orgullo:

Pero tú deseas seguridad absoluta y tienes demasiado orgullo para admitir que puedes estar equivocado. Te enorgulleces de verte a ti mismo como esencialmente malo; te enorgulleces de no amar y aceptar a otras personas; hay orgullo en la rigidez y la aspereza de tu filosofía de la vida; hay orgullo en las penas de tu pasado y en la negrura de tu futuro; hay orgullo en el reconocimiento de la maldad del enfado; hay orgullo en no perdonar; hay orgullo en tu sensibilidad; hay orgullo en tu negativa a enfrentarte al rechazo; hay orgullo en tu pesimismo; hay orgullo en tu martirio; hay orgullo en tu sufrimiento.

El orgullo, es, según enseña la teología cristiana, el más mortal de los siete pecados capitales, dado que impide que la persona conozca sus pecados y se arrepienta y reforme. Pecado o no, el orgullo es lo que te mantiene encerrado en el túnel de tu depresión, lo que te impide cambiar y encontrar tu camino para salir del túnel.

3. El sentimiento de haber dañado y destruido la relación con Dios y lo que ella significa —la relación con el paradigma de la bondad— menoscaba la confianza del individuo en la sinceridad de sus relaciones posteriores y lo hace dudar de su propia capacidad para amar y ser bondadoso.

He conocido a X durante los últimos años, desde que se casó con Y y vino a vivir en mi ciudad. A mí siempre me pareció una persona feliz y tranquila, además de ocurrente y efervescente. Siempre podías fiarte de que haría algún comentario jocoso y cargado de humor. Parecía confiado mientras fue presidente del club de tenis y pudo organizar su comité, mientras gustaba a todo el mundo y era respetado por todo aquel al que conocía. No obstante, durante los últimos años lo he visto deprimido cuando es otra persona, como si tuviera una doble personalidad. Desaparece su humor para ser sustituido por quejas por

el lío en que está y por el sombrío panorama que tiene frente a sí. Aparentemente no veo por qué deba estar deprimido, porque parece tener todos los recursos materiales que necesita para llevar una vida cómoda, y tiene una buena esposa y una hija preciosa. Se mantiene bien físicamente cuando está sano, cuando no está deprimido, y siempre parece estar lleno de energía. Ahora sé que casi siempre "navega contra el viento". Si sólo creyera en sí mismo y se diera cuenta de que puede hacer bien su trabajo... Intenta agradar a todo el mundo al mismo tiempo y se impone unos estándares demasiado altos. No está contento con lo que ha logrado y se preocupa en exceso por el futuro y por lo que la gente pueda decir o hacer para disgustarlo. Nunca se entusiasma en realidad por nada sino que intenta parecer feliz, contento y pendiente de todas las cosas. Nunca trata de ofender a las personas o mostrarse molesto sino que siempre desea ser el pacificador.

Demuestra mucho interés y es muy útil cuando necesita que alguna otra persona le eche una mano, pero no parece gustarle ayudarse a sí mismo cuando está deprimido. Es bastante capaz en su trabajo, ya que tanto en el pasado como en el presente ha gustado y ha tenido éxito entre casi todos los alumnos del pueblo.

Es bastante tonto consigo mismo porque podría destruir fácilmente su seguridad laboral y la de su familia permitiéndose el abotargamiento y la depresión. Siempre parece ocurrir al principio del año, cuando el tiempo es malo y él tiende a estancarse cuando vuelve a casa del trabajo.

4. También pueden levantarse dudas con respecto al Sumo Bien. En cualquier período de la vida, bajo la presión de la ansiedad, la fe y la confianza en los objetos buenos pueden ser sacudidas. Pero son la intensidad y duración de tales estados de duda y desaliento los que determinan la capacidad del yo para reintegrarse y restablecer con seguridad esta relación con el bien. Como puede observarse en la vida diaria, la esperanza y la confianza en la existencia de la bondad ayudan a las personas a través de las grandes adversidades y contrarrestan eficazmente la desintegración.

3. Efectos profundos de la depresión: afecta al inconsciente

La perversión de la idea y experiencia de Dios

Desde un punto de vista religioso, en la historia de la humanidad se ha dado con frecuencia el temor opresivo a un Dios vengativo, a una fatalidad desgraciada.

Los designios de Dios son ciertamente misteriosos. Si Él es todopoderoso, no parece ser del todo bueno; y si Él es toda bondad, no parece ser todopoderoso. Cuando menos parece ineficiente. Si intentas discutir éstos problemas con miembros de tu Iglesia, es probable que te digan que tienes que aceptar a Dios por pura confianza. Pero esto es algo que encuentras imposible. Sabes bastante bien que no puedes confiar en las demás personas. Estás realmente desencantado con ellas. Siempre te están decepcionando, incluso tus seres más cercanos y queridos cuyo comportamiento generalmente no puedes prever. ¿Cómo puedes confiar en un Dios que puede hacerte cualquier cosa?

Confiar significa aceptar la incertidumbre, y eso no es lo que tú estás preparado para hacer. Una forma de estar seguro de Dios es decidir que es adusto y cruel, si no malévolo, y que es más probable que te cause sufrimiento que felicidad, y cuando él crea felicidad siempre le sigue el dolor. Otra forma de asegurarse de que Dios existe es verlo como algo enteramente bueno pero no omnipotente. Está en una batalla permanente con la fuente del mal, el diablo.

Su resultado es que el Sumo Bien queda convertido en hostil, crítico y envidioso. Así, se vuelve a repetir el núcleo más íntimo del primer pecado de nuestros primeros padres. La figura representativa del Bien sobre la que se ha proyectado semejante sospecha, se vuelve particularmente perseguidora e interfiere en los procesos de pensamiento y de toda actividad productiva, que es, en último término, la facultad de creación.

Cuando la esposa de C. S. Lewis murió de cáncer, él escribió un diario durante el periodo de duelo más intenso y después publicó anónimamente algunos de sus pensamientos. Descubrió que:

Nunca sabes realmente cuánto crees en algo hasta que su verdad o falsedad se convierten en un asunto de vida o muerte para ti... No es

que yo esté (creo) en un gran peligro de dejar de creer en Dios. El verdadero peligro estriba en llegar a creer cosas tan horribles acerca de Él. La conclusión que yo temo no es "así es que no existe Dios en absoluto", sino "de manera que así es Dios en realidad. Deja de mentirte a ti mismo".

Sus amigos intentaron consolarlo asegurándole que su esposa estaba en las manos de Dios. No obstante, él sólo podía preguntarse:

Pero sí así fuera, ella estaba en manos de Dios todo el tiempo, y he visto lo que éstas le han hecho. ¿O es que de repente se hacen amables para nosotros en el momento en que salimos de nuestro cuerpo? Si así fuera, ¿por qué? Si la bondad de Dios es incoherente con el daño que nos causa, entonces Él no es bueno o no existe, pues en la única vida que conocemos Él nos causa un daño muy superior a nuestros peores temores y que está mucho más allá de todo lo que podemos imaginar. Si es coherente con hacernos daño, entonces también nos puede hacer daño después de la muerte en la misma medida en que lo hace antes de ella.

El sentimiento del daño causado por la separatividad

El sentimiento del daño causado por la separatividad (de Dios, de los demás e incluso de uno mismo), la gran ansiedad que de ello se deriva, y la resultante incertidumbre acerca de la bondad de los representantes del bien, tienen por efecto aumentar la voracidad, la compulsión y los impulsos destructivos.

Voracidad y avidez, en primer lugar. La falta de conexión con las fuentes del bien y de sus representantes provoca un vacío interior que no pueden llenar mil y una cosas del mundo. En este sentido, el hambre, que es la que despierta el miedo a la inanición —y posiblemente todo dolor físico y espiritual— es sentida como una amenaza de muerte.

Uno de mis pacientes depresivos describió cómo se apresuraba para hacerlo todo, comer, vestirse, cuidar del jardín, reparar su casa o simplemente acabar el trabajo que estuviera haciendo: "¡Cuán calmada y concienzudamente trabaja S en sus ventanas, rascando todo pequeño fragmento de pintura, aplicando masilla! ¡Cómo me apresuro yo con mis paredes, agitando la brocha como si se tratara de un arma!".

Se dio cuenta de que, junto al error obvio y viejo acerca de la posesión, va

un error ligeramente más sutil sobre la finalización: "Yo deseo haber leído este libro; y consecuentemente, conocerlo..."

"Deseo haber construido este jardín", "deseo haber escrito este libro"... De hecho, es el deseo de la posesión en otra forma, otra marca en la lanza por otro indio muerto..., un modo de agarrar el futuro con avidez.

Pero el hombre, en segundo lugar, intentará llenar el vacío, rellenar el pozo, y se embarcará en el mecanismo imparable de la compulsión. Compulsión a ser, o compulsión de codicia, como deseo vehemente de prestigio, riqueza y poder y de su homólogo, la ambición, que se relaciona con la rivalidad y la competencia en las relaciones humanas. Compulsión de apaciguamiento, también, como necesidad de aquietar el deseo y la carencia a cualquier precio.

Philip Toynbee, que durante los últimos años de su vida se dedicó a descubrir los propósitos en lugar de las causas de su depresión, escribió:

Sospecho que cada uno de nosotros sufre por algún pecado que le obsesiona, que debemos diagnosticar con mucho cuidado, pensando con mucho ahínco. A menudo ese pecado obsesionante no es el que parece más obvio; o más bien se encuentra medio escondido detrás de sus formas más ostentosas. En mi caso puede parecer que la lujuria (¡en los días de lujuria!) y la glotonería (las borracheras) han sido mis pecados principales; pero ahora creo que lo que se esconde detrás de ellos, y de la mayoría de mis otras faltas, es algún tipo de frenesí metabólico persistente, la urgencia constante de apresurarme lo máximo posible para escapar del momento presente y plantarme en el siguiente. ¡Consigue a esta mujer ahora, en este momento! ¡Tómame esas bebidas inmediatamente para lograr la posesión instantánea de toda la noche que aún queda!

Los sentimientos de culpabilidad no traen más que circunstancias y relaciones que se experimentan como castigo e impiden vivir felices y hacer felices a los demás. Un buen número de comportamientos de tipo compulsivo se deben a los sentimientos de culpabilidad: el juego compulsivo, el alcoholismo, la drogadicción.

Te sientes culpable por estar deprimido y sabes que mereces un castigo por la depresión, y algo peor.

La depresión es como una niebla oscura que se cierne en las esquinas de la habitación, siempre allí, siempre lista para resurgir y elevarse hasta rodearte. Es la negrura, es el vacío, es el despropósito y el desespero interno total. Otros pueden pensar que eres afortunado, pero tú sabes que todo consiste en un fraude vacío, y que un día el

globo hueco reventará, te descubrirán y tu crimen quedará expuesto. ¿Qué crimen? Tú no lo sabes; sólo sabes que eres culpable y oyes cómo se acercan por el pasillo para cogerte. El castigo, por supuesto, es la muerte y tú puedes muy bien ser tu propio verdugo.

Todos tenemos amigos, parientes o conocidos que se pasan la vida autocastigándose mental y físicamente por «pecados» que no son capaces de perdonarse. Muchos problemas aparentemente psicológicos, como el comer mucho o el comer poco, el beber o el consumir drogas, son a menudo un autocastigo inconsciente.

Las explosiones de genio de Pedro eran extremas pero, en su autocastigo, proporcionaban una recompensa sutil. Como dijo:

Después de una pelea me quedo destrozado, pienso en ello durante meses. No estoy seguro de si en ocasiones no soy yo quien provoca el enfado para usar el truco conmigo mismo. En cierto modo, casi tengo la sensación de que por alguna razón u otra es apropiado que me castigue yo mismo. En ocasiones me niego a algunas cosas. La abnegación. Creo que me hace bien, es como "si no hago esto, Dios no me castigará".

Por último, la emergencia de los impulsos destructivos. A causa del vacío y de la insatisfacción, la rabia interna y los imparable celos ponen en marcha el mecanismo del odio, con tendencia a dañar y a dañarse. Consecuencia de ello es el empobrecimiento, porque la rabia impide la integración y la síntesis.

Algunas personas se sienten muy culpables por tener mal temperamento, pero lo usan como defensa contra el mundo cruel. No pueden sublimar el daño, como el caso de Carol:

Tengo que hacer daño o recibirlo. En cuanto bajo las defensas casi siempre ocurre algo que me hace daño. Puede que lo ande buscando, no lo sé. No sé cómo afrontar el daño.

Y en relación con la rabia, los celos y la amargura, ésta era la vivencia interior de otro depresivo:

Tú no amas, sino que estás lleno de amargura y celos. Estás amargado porque tu vida es un desastre y celoso porque otras personas, que se lo merecen menos, tienen unas vidas muy fáciles o no sufren tanto como tú. Te odias a ti mismo por sentir estos tremendos celos, del mismo modo en que te odias por ser incapaz de amar. Te enfureces mucho.

La omnipresencia de la angustia

Todo este círculo de vacío-voracidad-compulsión-agresividad está teñido de angustia, la mayoría de veces inconsciente; en algunos casos, sensible y consciente. Es una prisión en la que el depresivo, desesperanzado, se mueve constantemente en un remolino. Además, por su separatividad, el depresivo ha roto todos los sistemas para poder salir de ella.

Una imagen que me dio un compañero psicólogo describe muy bien este aspecto angustioso de la depresión. Decía que atender a un depresivo era como encontrarse en el exterior de una prisión de ladrillos circular. No hay ventanas, pero la persona deprimida del interior retira un ladrillo. El psicólogo expresaba:

Quando veo que se retira un ladrillo, yo intento meter la mano por el hueco para tocar a mi cliente, pero cuando estoy a punto de hacerlo él vuelve a insertar bruscamente el ladrillo en su lugar. Entonces retira un ladrillo en el otro lado de la prisión y yo corro a intentar meter la mano por el otro agujero, pero cuando estoy a punto de alcanzarlo, vuelve a colocar el ladrillo en su sitio y yo estoy al otro lado de la pared impenetrable.

Estas imágenes muestran muy claramente que el mensaje que la persona deprimida transmite es: «ayúdame, ayúdame, quédate fuera», y lo doloroso y confuso que esto es para la persona que está en el exterior de la *prisión*.

Todo psicoterapeuta y pastor de almas encuentra con frecuencia un padecimiento grave y de difícil curación, una angustia difusa y opresiva. Actualmente se habla de *depresión*; antes (desde el siglo XVII) se hablaba de *escrúpulos*. Ambos se refieren al temor constante a la culpa y al castigo, al temor de perder el sentido de la vida. Frente a ello habría que suscribir las frases de Bernhard Hanssler:

Es inconmensurable la importancia psicosigiénica de la terapia contra el miedo instaurada por Jesús. Incluso si contemplamos la cuestión simplemente desde la vertiente de la historia de las religiones comparadas, se ve con claridad que Jesús es el único fundador religioso que ha eliminado de la religión el elemento del temor.

4. Consecuencias físicas de la reconciliación

La depresión se puede desencadenar a partir de un síntoma físico tan baladí como el dolor de piernas del siguiente testimonio:

[...] hasta un día en que pensé que iba a explotar, y pensé que estaba a punto de volverme loca. Entonces fue cuando llamé a la visitadora sanitaria y me ingresaron en un hospital psiquiátrico. Ahora no parece que tenga una vida. Me desaparecieron los dolores de las piernas, pero siempre siento el temor de que otro aparezca; ahora no duermo, estoy asustada todo el día pensando en la noche porque sé que estaré intranquila y tensa, no seré capaz de respirar, no podré tragar, empezaré a sentirme insensible y petrificada (mientras pienso todo el tiempo que tengo que salir de esto). Ocurren muchas más cosas en mi cabeza de las que he plasmado en el papel; todo el tiempo pienso que habrá alguna manera de hacer que esta confusión desaparezca. Por favor, que alguien me ayude a encontrarla. Tengo 27 años y 3 hijos adorables, un buen marido, y no puedo soportar la idea de vivir otro día como he vivido estos últimos cuatro. Mientras escribía esto he estado temblando y muy nerviosa pero ahora me siento más calmada. Por favor, que alguien me ayude a deshacerme de todo lo que tengo en la mente.

Toda depresión tiene directas conexiones con enfermedades orgánicas, según la problemática interna afectada por el síndrome depresivo. Así:

1. *Perversión de la idea de Dios y de los demás.* Por ejemplo, los hipertensos han tenido una experiencia marcada por una figura de Dios y unas experiencias religiosas excesivamente estrictas, capaces de retirar su amor al menor signo de rebeldía. Esta situación es la que los lleva a ocultar sus ataques y a desarrollar una inhibición crónica de sus tendencias agresivas que, finalmente, se somatizan.

2. *La separatividad puede compararse a las células cancerígenas:* forman parte de un organismo, pero han perdido los papeles. No actúan solidariamente, son egóticas, van a la suya, destruyen a las células vecinas. Es como si estuvieran locas, pues han perdido cualquier referencia.

3. *El vacío.* Según la escuela del Instituto Psicoanalítico de Chicago, los conflictos inconscientes sin resolver —o no reconciliados— son los responsables de diversos trastornos orgánicos. Es posible descubrir tipos “específicos” de personalidad en algunos de ellos: úlcus gastroduodenal, asma bronquial, hipertensión. Por ejemplo, los asmáticos poseen una personalidad excesivamente dependiente de la religión, con inhibición de la hostilidad hacia ella. Las situaciones que implican un peligro de separación o desamor desencadenan o agravan las crisis asmáticas.

4. Se encuentran relacionados con la *voracidad* los siguientes trastornos y enfermedades: anorexia, cáncer de colon y recto, estreñimiento, diabetes, en-

fermedad diverticular, enfermedad biliar, enfermedades del corazón, hipertensión arterial, déficit minerales, obesidad y déficit vitamínicos.

5. *La ira y sus derivados, el enfado y el resentimiento* son algo terriblemente negativo para nuestro equilibrio fisiológico y psicológico. Estar enojado y tener resentimiento es una forma de autoenvenenamiento. Estas situaciones nos causan estrés, con lo cual aumenta nuestra tensión arterial y segregamos más adrenalina. Incluso cuando no somos totalmente conscientes de estar enojados, nuestros resentimientos y sentimientos negativos constituyen un equipaje emocional que, caso de ser excesivo, puede acabar provocándonos una úlcera de estómago, un descenso de las defensas o incluso cáncer.

6. Respecto a la *rabia y destructividad*, Joan Rivière ha señalado:

El odio y los sentimientos agresivos dan origen a los más penosos estados, como la sofocación, el ahogo y otras sensaciones similares que, al ser sentidas como destructivas para su propio cuerpo, aumentan nuevamente la agresión, la desdicha y los temores.

7. En relación con la angustia, Jean Piaget sugiere:

Son tan frecuentes los casos en los que una profunda ansiedad, la pérdida de la esperanza y la desilusión son rápidamente seguidas por el crecimiento e incremento del cáncer, que es difícil poner en duda que la depresión mental constituya una contribución importante a las demás influencias que favorecen el desarrollo de la constitución cancerosa.

8. Por último, toda una amplia bibliografía dice que *la voluntad que se niega a perdonar* no sólo impide el establecimiento de relaciones sanas con los semejantes, sino que daña profundamente a la persona que alimenta el resentimiento y llega a producir muchas enfermedades cardíacas e incluso el cáncer. En cualquier caso, es un condicionante muy fuerte de la capacidad de recuperación de la salud (D. M. Linn). Una memoria completamente ocupada por recuerdos rencorosos, desempolvados constantemente, está seriamente enferma y será fuente y causa de muchas enfermedades para la persona afectada y para su entorno.

En *Un curso en milagros* podemos leer que "toda enfermedad procede de no haber perdonado algo". La enfermedad es disarmonía, y el perdón es el regreso a la armonía. Esta falta de armonía nos hace ser infelices.

5. Efectos terapéuticos de la reconciliación

Reconciliación como aceptación

El problema de no ser capaz de hablar de tus resentimientos es que entonces no puedes avanzar por todas las etapas necesarias para lograr el perdón y la reconciliación. Expresando nuestro enfado de alguna forma directa y sincera (es decir, diciendo cómo lo sentimos en lugar de no decir nada o de estar disgustados), pensando en nuestros sentimientos y en nuestras relaciones libremente, no inhibiéndonos mediante reglas como «no debo criticar a mi madre-padre-marido-esposa», llegamos a reconciliarnos con las experiencias dolorosas que hemos sufrido. Las vencemos, aprendemos de ellas, y mediante el perdón y el olvido dejamos de sentirnos oprimidos por acontecimientos de nuestro pasado y somos capaces de afrontar mejor los acontecimientos de nuestro presente.

Aceptarte a ti mismo supone, en primer lugar, conocerte.

La preocupación por uno mismo es ciertamente un menester legítimo, pero que hay que analizar: hay que explicarla, describirla, orientarla por caminos seguros. El cultivo de uno mismo no ha de interpretarse necesariamente como una forma de egoísmo.

En este proceso es necesario recomponer la verdadera identidad de uno mismo; por eso hemos querido desenmascarar cualquier forma de narcisismo, que destruye en su misma base el bienestar real de la persona. Dar un sentido a la vida exige un ejercicio maduro de la libertad. Sólo es libre el que se conoce bien a sí mismo, se conduce de acuerdo con este conocimiento y, estableciendo una relación adecuada con la realidad del mundo y de la historia, descubre en el futuro motivos para la confianza. En este sentido destacan, por encima de las demás, dos bienaventuranzas: la de la pureza de corazón, que vence a la angustia, y la de la mansedumbre de la vida, que descubre la verdadera identidad. Bienaventurados los puros de corazón porque verán a Dios. Bienaventurados los mansos porque heredarán la tierra. La visión de Dios y la herencia de la tierra derrotan a la nada.

Conocerse a sí mismo puede ser fácil, pero algunos de los enfermos depresivos, con gran sufrimiento, no pueden o no aciertan en la necesidad de aceptarse, como lo describió Sofía en forma de poema. Lo tituló: "¿Qué es este ser, este yo?", y decía:

¿Por qué quiero cambiarme a mí misma?
¿Por qué no puedo aceptarme?
Simplemente no me gusto, ¿por qué?

Otros parecen aceptarse a sí mismos.
¿Por qué yo no puedo? ¿Soy tan diferente?
Preguntas, preguntas, ¿dónde están las respuestas?
¿Por qué cambio tan bestialmente desde un humor tan alto hasta las profundidades más miserables?
¿Por qué no puedo estar en el feliz término medio?
Cuando el humor es elevado me dicen:
"Eso es mejor, te pareces más a la que solías ser".
¡Por Dios! Yo no quiero ser la que solía ser.

Poco saben ellos lo que hay debajo de "la que solía ser": sufrimiento, desconcierto, ansiedad, agitación, desilusión, todos escondidos detrás de una máscara, que todavía llevo, aún ahora, para enfrentarme al mundo exterior.

Aceptarte a ti mismo puede significar resolver el duelo que te ha quedado de años anteriores. Entonces perdiste a alguien, o alguna cosa, y no pudiste demostrar tu duelo, quizá ni siquiera pudiste admitirlo. No hay nada valiente o sabio en negar el duelo, en hacer ver que no sientes dolor, o enfado, o pena. El camino que te sacará de tu depresión pasa por la aceptación y el duelo. Recuerda: las lágrimas son buenas, lavan los ojos; pero, sobre todo, lavan las suciedades internas.

Aceptarte a ti mismo puede suponer algo más que conocerte. En nuestro interior hay muchas cosas que la mente no detecta, pero que están ahí para ser recogidas, aunque supongan tiempo y meditación. Así lo proponía Lawrence Le Shan:

Meditamos para encontrar, para recuperar, para volver a algo de nosotros que una vez tuvimos levemente y con desconocimiento y hemos perdido sin saber lo que fue, ni dónde ni cuándo lo perdimos.

La situación de aceptación de nosotros mismos, ciertamente, da lugar a un gran dolor espiritual y culpa; pero también crea sentimientos de alivio y de esperanza, que a su vez hacen menos difícil la unidad personal. Esta *esperanza* está basada en el creciente conocimiento inconsciente de que la idea y la experiencia de Dios, de nuestros padres y de todas las personas que nos han acompañado a lo largo de la vida, no son tan malas como habían sido sentidas en sus aspectos disociados por la culpabilidad. Mediante la mitigación del odio por el amor, la relación con Dios —Sumo Bien— mejora en la mente de la persona reconciliada.

En este sentido, véase el testimonio de Sheldon Kopp, en la dedicatoria de su libro:

Para mis difuntos padres, a los que a menudo echo de menos. Mi madre, cuya fortaleza y ferocidad me alimentó, casi aplastándome, y me enseñó a sobrevivir. Mi padre, cuya gentileza y pasividad me enseñaron a amar, me falló a menudo y me liberó para que encontrara mi propio camino.

Aceptándose a sí mismo en el niño pequeño, que ya adulto guarda todavía la cualidad de la ferocidad materna casi aplastante y la frustración decepcionante en el grave fallo paterno, Sheldon recupera los aspectos disociados de la necesaria combatividad de la madre y de la no menor necesidad de ser independiente que le inculcó su padre. En un solo movimiento recupera a sus padres, su pasado, su infancia; en una palabra, se recupera a sí mismo.

Aceptarse a sí mismo supone, sobre todo, la primera y la última verdad de toda terapia contra la depresión: *que tú puedes salir de ella*, aunque estés cómodo en ella y odies el inevitable enfrentamiento con la tediosa tarea de recuperar tu vida:

La peor parte es cuando salgo de la depresión. Cuando estoy deprimido siento que estoy en una batisfera en la profundidad de las aguas. Allí estoy completamente a oscuras excepto por un pequeño círculo de luz que debe venir de la superficie. La batisfera está flotando en el agua profunda, así es que tengo cuidado de no moverme demasiado. Si lo hiciera, esta podría precipitarse hasta el fondo y estaría perdido. Cuando termina la depresión de repente subo a la superficie, y eso es terrible, porque flotar en la superficie representa el naufragio de mi barco —ahora tengo que arreglar todo lo que se ha estropeado durante el tiempo que he estado deprimido—. Siempre pienso en un galeón español que explotó, y ahora tengo que recoger los pedazos y construirlo de nuevo. Lo odio.

Tanto más rico se hace el yo cuanto más puede *integrar* sus impulsos destructivos y sintetizar los diferentes aspectos de sus vivencias, sentimientos y actos —aunque estén teñidos de pecado—, ya que las partes disociadas del individuo y de los impulsos, que son rechazadas porque despiertan angustia y causan dolor, también contienen aspectos valiosos de la personalidad.

Todos estos cambios contribuyen al enriquecimiento de la personalidad. Junto con el odio, la codicia y la destructividad, otras partes importantes de aquella que se habían perdido son recobradas en el curso de la reconciliación. Hay también un considerable alivio al sentirse más como una persona íntegra, ganar control sobre sí mismo y adquirir más profunda sensación de seguridad hacia el mundo en general.

Cuando la reconciliación puede ser llevada a tales profundidades, los efectos perniciosos del pecado —y de la consiguiente culpabilidad— disminuyen, llegándose a una *mayor confianza* en las fuerzas constructivas y reparadoras; es decir, en la capacidad de amar. El resultado es asimismo una *mayor tolerancia* con respecto a las propias limitaciones, así como también *mejores relaciones* con los demás y una *más clara percepción* de la realidad interna y externa.

Así, en relación con la compulsión, un conocido terapeuta, J. Kowel, en su libro *Guía completa de terapia*, dice:

William James observó que se curan más alcohólicos mediante la conversión religiosa que con toda la medicación del mundo. Y considero que esto sigue siendo verdad a pesar de los grandes progresos realizados por la psiquiatría moderna.

La reconciliación tiene poder para liberarnos de la culpa y de la angustia, para abrirnos a la paz y al perdón. Por eso no cabe una visión estrecha ni atemorizante de Dios.

La reconciliación, revestida de esas características, nos regala, ante todo, una relación sana con Dios, nuestro Padre, y con nuestro Redentor Jesucristo, un sí a la gracia y a la tarea de amarnos recíprocamente. Y esto es tanto como decir *relaciones sanas con el prójimo y la comunidad*. Esta fe en Dios, el reconciliador y sanador, nos lleva a sabernos aceptados. Por esa fe podemos aceptarnos a nosotros mismos.

Reconciliarse es también perdonar. Esto no es algo difícil o complicado; tampoco requiere un gran esfuerzo o cualidades extraordinarias. Sólo pide ser uno mismo, vivir conforme a uno mismo y que se ejercite la capacidad que siempre estuvo al alcance de cualquiera: *la misericordia*. La práctica del perdón no pide que se comprenda, no pide explicaciones, aunque nada de ello está de más; sólo pide que se abra el corazón y se sea generoso.

La aceptación reconciliada recupera la comunicación vital con los demás

Si quiero tener mi proyecto de vida, si quiero expresarme en una libertad madura que no se repliegue en sí misma ni ceda terreno fácilmente a los estados depresivos, debo procurar establecer numerosas e intensas relaciones, en las que la palabra y el gesto establezcan un intercambio de todo aquello que es verdadero y bello en nuestra vida. Este intercambio recíproco es la experiencia más humanizante que el hombre puede hacer en la tierra; es la experiencia del amor. La experiencia del amor revela que nadie es dueño de sí mismo, sino que, por el contrario, todos somos don que se entrega. El aislamiento provoca

la muerte; la relación, en cambio, infunde vida. Para el creyente cristiano, la relación es ante todo comunión con Cristo y con la Iglesia; tiene su lenguaje más natural en la oración, ve en el matrimonio uno de los signos más grandes, reconoce en la muerte por el otro, al modo de Jesús, la experiencia suprema de la caridad, la cima más alta de la libertad. La falta de relaciones es un signo negativo de cara a la posibilidad de cualquier proyecto de vida; con frecuencia denota una situación de inmadurez que es menester ayudar a superar.

La aceptación reconciliada promueve la satisfacción

Sin suficiente *satisfacción instintiva*, la existencia misma pierde su razón de ser y el individuo queda reducido a la apatía y a la nulidad. Por lo tanto, negar la existencia e importancia de estos instintos es ilusorio y constituye una base falsa para erigir sobre ella un modo de vida. Cualquier tentativa de apoyar y reforzar tal negación conduce únicamente al incremento del autoengaño que ella implica. El intento de aplicarla a la realidad y manejar esta mediante la negación exige pronto una actitud activa de simulación y falacia, para defenderla contra la fuerza de la verdad. Por ejemplo, la afectación, el disimulo y la hipocresía, que constituyen formas indirectas e insidiosas de agresión, socavan y desacreditan el aspecto constructivo del amor altruista. Esto, a su vez, provoca la ansiedad y la duda o el cinismo, y así la fe misma en la bondad corre el peligro de derrumbarse. Véanse las palabras de Bertrand Russell:

Aquellos que tienen vidas fructíferas a sus ojos, los de sus amigos, los del mundo, están inspirados en la esperanza y sostenidos por la dicha; ven con su imaginación las cosas que podría haber y la forma en que podrían ser capaces de provocar su existencia. En sus relaciones privadas no están preocupados por la ansiedad de perder el afecto y el respeto que reciben; se dedican a dar afecto y respeto libremente, y obtienen la recompensa por sí sola sin tener que buscarla. En su trabajo no están ofuscados por los celos de la competencia, sino que se interesan por el verdadero asunto que tienen que atender. En la política no gastan tiempo ni pasión defendiendo privilegios injustos de su clase y nación, sino que aspiran a lograr que el mundo, en su conjunto, sea más feliz, menos cruel, menos lleno de conflictos entre facciones rivales y más lleno de seres humanos cuyo crecimiento no haya sido reducido por la depresión.

En tanto el estado de no reconciliación es una fuente de gran desdicha, el acto de reconciliarse es percibido como sustrato de los estados anímicos de

satisfacción y de paz y, finalmente, de cordura. Esto, de hecho, constituye asimismo la base de los recursos internos y de la elasticidad que pueden ser observados en aquellos que recuperan la paz espiritual aun después de haber atravesado una gran adversidad y dolor moral. Tal actitud, que incluye la gratitud en relación con los placeres del pasado y el goce de lo que el presente puede dar, se expresa en la serenidad.

El hombre sólo puede experimentar una satisfacción plena si está suficientemente instaurada su plena aceptación y desarrollada su capacidad de amar. A su vez, la satisfacción es la que da base a la gratitud.

La gratitud como antídoto de la culpabilidad

“La razón por la que la culpabilidad es tan inútil es que mantiene nuestras cabezas enterradas y sofocadas en nuestro pasado”, escribió Philip Toynbee.

El sentimiento de gratitud es uno de los más importantes derivados de la capacidad de amar. La gratitud es esencial en la estructuración de la relación con el Sumo Bien —Dios— y subyace también a la apreciación de la bondad en otros y en uno mismo.

Cuanto más frecuentemente se experimenta y acepta con plenitud la gratificación en el acto de relacionarnos con Dios y con sus análogos, tanto más a menudo son sentidos el goce y la gratitud en el nivel más profundo, desempeñando un papel importante en toda sublimación y en la capacidad de reparar.

La gratitud está estrechamente ligada con la generosidad. La riqueza interna se deriva de haber asimilado el bien, sin excesiva culpa, de modo que el individuo se hace capaz de compartir sus dones con otros. Así, es posible introyectar un mundo externo más propicio y como consecuencia se crea una sensación de enriquecimiento. Por el contrario, en aquellos en quienes este sentimiento de riqueza y fuerza internas no está establecido de manera suficiente, los arranques de generosidad son a menudo seguidos de una necesidad exagerada de ser apreciados y agradecidos, y por consiguiente presentan la ansiedad de haber sido robados y empobrecidos.

Mediante el sentimiento de gratitud el creyente se abre a su historia y a la historia, que son historias de salvación.

El polo opuesto es la memoria enferma, ocupada —y en ocasiones completamente poseída— por el resentimiento, el rencor y la insatisfacción.

Hay mucha gente deprimida que está preparada para dejarse morir de hambre con la esperanza de que su familia se arrodele alrededor de su lecho de muerte y le suplique el perdón. Hay otros que están preparados para dejar que se cierren tras de sí las puertas del manicomio, sólo para poder decir a sus apesadumbrados y arrepentidos familiares: “¿Habéis visto lo que me habéis hecho?”. No obstante, los familiares que te empujan a estos extremos suelen

ser el tipo de personas que nunca piden perdón ni admiten ninguna responsabilidad por el daño que te han provocado. Su sueño falla y la realidad es que tú ya has iniciado una carrera de paciente psiquiátrico, carrera que una vez comenzada es difícil de dejar.

El agradecido no se complace en hurgar constantemente en viejas heridas. Su sentimiento de gratitud irradia constantemente y ayuda a otros a liberarse de quejas, lamentaciones y acusaciones.

6. Conclusión

Terminaré esta comunicación con dos notas y una oración. La primera nota es de Philip Toynbee:

Por medio de un proceso independiente pero lento y difícil dentro de mi mente y de mi corazón, comencé a pensar gradualmente acerca de mi depresión en términos nuevos. En lugar de buscar sus causas y pensar cómo librarme de ellas, comencé a buscar sus propósitos y a preguntarme cómo podía satisfacerlos. No podía decir, y sigo sin poder hacerlo, si Dios nos envía aflicciones tan agudas para proporcionarnos nueva comprensión a través de nuestro dolor. Pero ahora estoy todo lo seguro que puedo estar de que la depresión suele ser un signo, ya sea humano o divino, de que la vida del deprimido necesita cambiar drásticamente, que se necesitan actos de contrición genuina, que el negro bloque que hay en el interior sólo se puede disolver mediante el reconocimiento de que se exige algo parecido a una muerte y resurrección interna de la persona que la sufre.

La otra es de F. Arnold:

Sólo es amor es capaz de hacer milagros. El amor consigue despertar las fuerzas más nobles de la persona, es la suprema fuerza significativa, es el acceso a los frutos de la redención y a todos los poderes sanantes. El amor redimido del individuo y de las comunidades nos trasmite una visión del Reino que será comunidad definitiva en la que la salvación y la salud se encuentren para siempre.

La oración es de un enfermo depresivo:

Corazón mío, déjame tener más piedad:
permite a mi triste persona ser amable en adelante,
caritativo; no vivir con esta mente atormentada
con esta mente atormentada que todavía me atormenta.

Esto es lo curioso acerca de la depresión: Las personas la llaman *enfermedad*, pero si vives con ella sabes que no se parece a ninguna otra enfermedad. Si alguien a quien quieres tiene una enfermedad o una lesión física, bronquitis o cáncer, sientes simplemente preocupación y simpatía por esa persona. Puedes sentirte enfadado por las injusticias de la vida o por la falta de cuidado de otras personas que han causado este sufrimiento, pero no te encuentras dominado por una terrible ira hacia tu ser querido. Las personas enfermas pueden ser argumentativas y difíciles, pero no se vuelven contra ti justo cuando les estás proporcionando amor y confort adicionales. Los enfermos no son insensibles a la razón. Nunca te exigen que salgas de casa, aunque la mayor parte del tiempo se niegan a hablarte cuando tú estás ahí. Los enfermos no corren escaleras arriba y se encierran en su dormitorio cuando un vecino se deja caer por casa, ni se sientan en silencio todo el día; se animan y charlan felizmente cuando llegan visitas, sólo para recaer en su silencio hostil cuando estas se marchan. Tener a alguien enfermo en casa puede interrumpir la rutina familiar, pero la enfermedad no suele crear la continua atmósfera de enfado, desconfianza e inseguridad. No importa cuán grave sea la enfermedad: puedes llegar a comprenderla. Incluso si no se puede hacer nada más que dejar que siga su curso, puede observarse un patrón en ella y no sentirse como la impotente víctima de fuerzas incontrolables y peligrosas. Puedes decirle a alguien de la familia: «No te acerques demasiado. No quiero contagiarme tu resfriado», y si alguien tiene una infección peligrosa la ciencia médica lo protegerá. Pero ¿cómo puede protegerse un deprimido del peligro que siente de tener un gran pozo de desesperación abriéndose en su interior? Estar con una persona deprimida puede ser un asunto muy difícil y peligroso.

Resumen

Recuperar el sentido de la vida, enraizado en el tiempo que nos toca vivir y abierto al futuro, es el camino para salir del túnel de la depresión. El autor subraya la necesidad de concomitancia entre las ciencias humanas y religiosas para el diagnóstico y la terapéutica de los males que aquejan al hombre de hoy. La aceptación reconciliada es la medicina que permite recuperar la comunicación vital, por cuanto la depresión pervierte la relación consigo mismo, con los demás y con Dios.

Fenomenología de la depresión

por María Teresa Pereira Spilman

Síntoma y fenómeno

La fenomenología psiquiátrica —o sea, la descripción psicopatológica— se interesa por la clasificación de las *experiencias internas* de los pacientes en sus diversos modos de ser, más que en la observación de sus conductas o expresiones.

La psiquiatría fenomenológica dio sus primeros pasos con K. Jaspers y continuó con Mayer-Gross, Gruhle y Schneider, y debe distinguírsele del enfoque fenomenológico-antropológico de Husserl y Binswanger.

La distinción entre *síntoma* y *fenómeno* se remonta a la obra *Ser y tiempo* de Heidegger (1927), que ha tenido una gran trascendencia en el desarrollo de la psiquiatría antropológica-fenomenológica.

Los *síntomas* anuncian una perturbación que en sí misma no se muestra. El *fenómeno*, en cambio, es “lo que se muestra en sí” y comprende al mismo tiempo al síntoma que lo anuncia y a la perturbación que lo subyace.

La medicina somática se preocupa fundamentalmente del reconocimiento y manejo de los síntomas. Si se define *síntoma* como “el elemento visible de un complejo funcional” y se supone un conocimiento previo de las leyes que rigen las partes ocultas de esa totalidad patofisiológica que es la enfermedad, entonces es legítimo saltar de la manifestación externa o síntoma a la enfermedad como totalidad. Eso es el diagnóstico.

En psiquiatría, en cambio, todavía no se conocen totalmente el sustrato anatómico ni los mecanismos patogénicos de las enfermedades mentales. Los

La autora

Médica psiquiatra. Profesora adjunta de Psiquiatría en la Facultad de Medicina, Universidad de la República.

actuales sistemas de clasificación diagnóstica se basan en adiciones de síntomas. Si bien son útiles y necesarios, no pueden abarcar la totalidad de los fenómenos, ni pretenden hacerlo.

Por ejemplo, según el DSM-IV los criterios diagnósticos para un *episodio depresivo mayor* son:

1. Como mínimo, cinco de los siguientes síntomas han estado presentes durante un período mínimo de dos semanas y presentan un cambio respecto a la conducta previa; uno de los síntomas debe ser: a) estado de ánimo deprimido, o b) pérdida de interés o de la capacidad para el placer:
 - a. estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi cada día, según lo indica el propio sujeto (por ejemplo, se siente triste o vacío) o surge de la observación realizada por otros (por ejemplo, llanto). En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable;
 - b. disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás);
 - c. pérdida importante de peso sin hacer régimen, o aumento de peso (por ejemplo, un cambio de más del 5% del peso corporal en un mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día;
 - d. insomnio o hipersomnia casi cada día;
 - e. agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observables por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido);
 - f. fatiga o pérdida de energía casi cada día;
 - g. sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo);
 - h. disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena);
 - i. pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico, o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.
2. Los síntomas no cumplen los criterios para episodio mixto.
3. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
4. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (droga o medicamento) o una enfermedad médica (por ejemplo, hipotiroidismo).

5. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (por ejemplo, después de la pérdida de un ser querido); persisten durante más de dos meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

Como se ve, el criterio actual se basa en una condición cronológica (dos semanas) y en la adición de por lo menos cinco síntomas de una lista de nueve. Se trata de una convención entre psiquiatras que posibilita el intercambio y la investigación.

Según este criterio actual, se ha abolido la distinción clásica entre depresiones endógenas y depresiones reactivas, que entendían a las primeras como aquellas más graves, con componente genético y sin una causa comprensible, y a las segundas como aquellas menos graves y más comprensibles en su causalidad.

¿Por qué se descartó esta distinción? Pensamos con otros autores que todas las depresiones son *endorreactivas*, es decir, tienen tanto componentes biológicos, orgánicos, de vulnerabilidad psicológica, como componentes vinculados a factores comprensibles (una causa, una etapa vital, etcétera).

La diferencia más importante entre un cuadro melancólico y otro estaría en su *intensidad*, y lo que aparece como fenómenos muy distintos —por ejemplo, una depresión vital simple y un estupor depresivo (el máximo grado de depresión caracterizado por una inhibición psicomotriz máxima)— sería fundamentalmente el mismo fenómeno, sólo que en grados diferentes.

Los manuales actuales definen un solo episodio depresivo pero de cuatro diferentes intensidades: leve, mediano, grave sin síntomas psicóticos y grave con síntomas psicóticos.

¿Cuál es el síntoma primordial de la depresión? Siguiendo la tradición y tomando como fundamental el ánimo depresivo, encontramos de inmediato el problema de la transición hacia la normalidad. No debemos confundir la enfermedad depresiva con problemas sentimentales, fracasos laborales o duelos normales. Sin embargo, y a la inversa, muchos episodios depresivos “enmascarados” no son diagnosticados, pues la consulta se hace a un médico internista que, al no encontrar un sustrato orgánico ni exámenes de laboratorio alterados, clasifica al trastorno como “funcional”, sin sospechar a veces el trasfondo depresivo.

La dificultad inherente al diagnóstico de depresión llevó muy temprano al intento de establecer algo así como un *síndrome depresivo nuclear*.

Así, Kraepelin consideraba que eran tres los síntomas fundamentales:

- distimia depresiva o ansiosa,

- dificultad para pensar, y
- dificultad para actuar.

Para Bleuler también eran tres y muy semejantes:

- distimia depresiva,
- inhibición del curso del pensar, e
- inhibición de las funciones centrífugas (aquellas que nos conectan con el medio ambiente).

Este tercer grupo de síntomas de Bleuler puede corresponder perfectamente a lo que Kraepelin llama *dificultad para actuar*, por cuanto son esas funciones centrífugas las que nos permiten realizar cualquier acción exitosa. Cabrá, sin embargo, plantearse si son tan inseparables la incapacidad o inhibición del pensar y del actuar.

Años después, Pfeiffer (1969) llevó a cabo una investigación empírica de corte transcultural entre Alemania e Indonesia, buscando ese mismo síndrome depresivo nuclear —es decir, aquello que no está determinado por la cultura o el tipo de civilización—. Según él, este síndrome estaría constituido sólo por tres fenómenos o grupos de síntomas:

- un compromiso del ánimo difícil de definir,
- la alteración de las funciones vegetativas como el sueño, el apetito y la libido, y
- diversas sensaciones corporales anormales, como dolores, parestesias y presiones.

Autores como Otto Dörr consideran interesantes estos resultados, sobre todo porque por primera vez aparecen las *alteraciones de los ritmos biológicos* como un grupo de síntomas independientes y básicos, pero estiman innecesario separar la distimia de las sensaciones corporales anormales. ¿Dónde poner el límite entre el decaimiento y el dolor de piernas o de espalda o entre la angustia como manifestación de la distimia y la opresión precordial?

Pero esta investigación es especialmente interesante por ser transcultural y arribar a un método único en psiquiatría, pues permite superar la tautología implícita en el hecho de tener que definir una depresión por el carácter depresivo de sus síntomas.

Además, confirma lo intuido por los autores clásicos, en el sentido de que la depresión no estaría constituida por una serie interminable de síntomas particulares inespecíficos, sino por algunos pocos fenómenos, complejos por cierto, pero perfectamente específicos y vinculados al proceso subyacente de manera esencial.

En 1971, Dörr realizó un estudio que intentó disminuir al máximo el pensa-

miento tautológico, investigando casos de depresión en los cuales estuviera presente el fenómeno *distímico* (único en el cual todos los autores están de acuerdo), una cierta gravedad (todos los pacientes estaban internados), pero también buena respuesta a la medicación antidepressiva.

Encontró tres tipos de síntomas:

- La distimia, que incluía lo que Pfeiffer designó como *sensaciones corporales anormales*, y que Dörr llamó *alteración del cuerpo vivido o del estar o hallarse*.
- El grupo de síntomas de la inhibición, no mencionado por Pfeiffer pero sí por Kraepelin y Bleuler, se le presentó como uno solo, sin la división planteada por estos dos últimos autores entre "incapacidad para pensar" e "incapacidad para actuar". A estos fenómenos los llamamos *alteración del cuerpo en acción o perceptivo-operante*.
- Por último, también se presentó en el 100% de los casos el segundo elemento encontrado por Pfeiffer y no mencionado por los autores clásicos, que es la alteración de los ritmos biológicos, que nosotros llamamos *alteración del cuerpo en el tiempo*.

Las ideas deliriosas depresivas, así como las ideas y actos suicidas, podían también ser consideradas fenómenos independientes, en el sentido de no reductibles a las anteriores, pero, dado que no se presentaban con la regularidad de los otros fenómenos, no debían ser catalogadas como fundamentales ni incluidas en el síndrome depresivo nuclear.

En 1983 Berner investigó lo que llamó el *síndrome axial depresivo-endomorfo*, que presentó de forma muy semejante al de Dörr.

Encontró dos fenómenos fundamentales:

- la alteración del cuerpo vivido y
- la alteración de los ritmos biológicos.

No consideró la inhibición como un grupo de síntomas independiente sino como parte del cambio del cuerpo vivido en el sentido de la pérdida del impulso vital o, como dijo Tellenbach, la *pérdida de la frescura vital*.

Quizás lo más importante de estas investigaciones es que la enfermedad depresiva va siendo concebida más y más desde la perspectiva corporal, como una profunda modificación de nuestro *cuerpo vivido*.

Ya no es la tristeza ni su causa lo que define lo depresivo, tampoco el pesimismo o las llamadas ideas deliriosas, ni menos aún el conflicto familiar o laboral que abruma, sino este cuerpo que nos porta y nos soporta, el cual se torna opaco, impidiendo la trascendencia hacia el mundo, hacia los otros y las cosas.

La expresión *cuerpo vivido*, que se opone al *cuerpo-objeto* o *cuerpo-cosa*,

no es nueva. Sartre y Merleau-Ponty hicieron aportes sustantivos a este cuerpo vivido, tan diferente del cuerpo-cosa del que se ocupa la medicina somática. La distinción de Gabriel Marcel entre *cuerpo que tengo* y *cuerpo que soy* aporta también a la polaridad antes aludida.

El idioma alemán tiene dos palabras diferentes para designar esta polaridad: *Korp* para el cuerpo que tengo o cuerpo-cosa y *Leib* para el cuerpo que soy o cuerpo vivido. Ortega y Gasset también había hecho una distinción entre *extracuerpo* e *intracuerpo*.

El primero es el cuerpo de la anatomía y la fisiología, el que se puede medir, examinar con aparatos e incluso operar con anestesia (vale decir, alejado de toda conciencia). El segundo, el cuerpo vivido, el intracuerpo de Ortega, el cuerpo que soy, no es un objeto entre los objetos, sino subjetividad encarnada, y su primera cualidad es su esencial referencia al mundo. Ser relativo al mundo significa ante todo tener un lugar en el mundo y manifestarse en él como cuerpo que mira y es mirado, que escucha y es escuchado, que toca y es tocado.

Esto es importante por cuanto los cuadros depresivos, a pesar de ser enfermedades psíquicas, se presentan en una forma fundamentalmente corporal.

Un paciente melancólico estuporoso permanece por lo general silencioso e inmóvil. Tiene la mirada opaca y sin brillo. No trasmite ningún mensaje. Su persistente silencio no se siente como un negarse al diálogo sino más bien como un no estar presente. En general permanece insensible a los intentos del entrevistador de aproximarse a él. El sentimiento de éste es una mezcla de desagrado y de ajenidad, una experiencia de vacío allí donde uno estaba preparado para encontrarse con una persona, con un ser vivo diferente y más o menos comunicativo, familiar, abierto, interesante o lo que sea.

Pero no hay aquí un ir y venir, no hay un intercambio, casi como si el deprimido tuviera un carácter de cosa puesta ahí. *Chrema*, dirían los griegos, que llamaban así a los objetos con los cuales se tiene solamente un trato utilitario.

No hay duda de que el cuerpo estuporoso y cremático de este paciente está más cerca del cuerpo que tengo que del cuerpo que soy. Precisamente, ha perdido su capacidad de abrirse al otro, de significar, de enfrentar; su mirada ha perdido no sólo su brillo sino que no le interesa conocer el mundo, proceso que Sartre definió tan claramente con las palabras "*connaître c'est manger des yeux*".

Pero este paciente estuporoso representa el final de un proceso que se anuncia ya en el leve decaimiento inicial, en síntomas vitales como opresión precordial, frío, pesadez de las extremidades, pero también en el hecho de que los deprimidos tienden a preocuparse excesivamente de su cuerpo.

El tercer grupo de síntomas, constituido por la alteración de los ritmos biológicos, no puede ser percibido en la intuición fenomenológica; pero, siendo un síntoma subjetivo, es al mismo tiempo fácil de objetivar: la disminución del sueño se puede medir, y lo mismo vale para la disminución del apetito o del

peso. Esta alteración de los ritmos también puede ser concebida como forma de manifestarse la cosificación o crematización que afecta a todo el ser del depresivo. La vida es movimiento desde el pasado hacia el futuro y ese movimiento se da en forma de ritmos que, al estar alterados, suspendidos o invertidos, muestran otra forma de expresarse: el proceso de crematización, por cuanto ello significa una pérdida de la consonancia con el mundo y de la condición temporal de la existencia.

En resumen, entonces, los síntomas más convenidos en un episodio depresivo serían:

- ánimo deprimido,
- lentitud o inhibición del pensar,
- lentitud de la voluntad o inhibición psicomotriz,
- desórdenes vitales,
- desórdenes vegetativos,
- ideas depresivas alucinatorias.

Ninguno de estos síntomas es *obligatorio*, es decir, no debe ser reconocido o estar presente en cada caso de depresión. Tampoco ninguno de ellos puede ser considerado, en forma aislada, específico de una depresión endógena.

Humor depresivo. El síndrome fundamental, el *ánimo depresivo sin motivos*, puede ofrecer todas las variaciones, desde la depresión a la tristeza profunda, unida a profundos sentimientos de insuficiencia y tendencia a la auto-desvalorización.

Si la depresión es severa, el propio estado parece desesperado, el futuro sin sentido y el suicidio la única salida. Si la depresión no es tan profunda, el paciente se puede quejar de la imposibilidad de ser satisfecho respecto a algo y del "sentimiento de carencia de sentimiento". Esto significa falta de amor, afecto, comprensión, interés por las personas o cosas. La depresión no mejora ni cambia en las circunstancias en que la tristeza psicorreactiva debería aliviarse o deteriorarse —por ejemplo, en compañía de amigos o escuchando buena o mala música.

Esta *ausencia de reactividad* es muy característica y contrasta con la precipitación del episodio depresivo debido a eventos de la vida, como ocurre a veces. El propio paciente puede referir que experimenta su depresión como diferente de la tristeza reactiva que ha experimentado en otros momentos de la vida.

La ansiedad es frecuente: el paciente se retuerce los dedos, camina de un lado para otro, mueve sus piernas. Existe falta de interés y de alegría.

Inhibición psicomotora y del pensamiento. La inhibición psicomotora y del pensamiento puede ser considerada como un componente parcial de la

inhibición general, que incluye todas las funciones psíquicas, especialmente el impulso, la iniciativa y el pensamiento.

Hay latencia en las respuestas; las personas se encuentran taciturnas, tanto que pueden llegar a confundirse con deteriorados intelectuales.

Síntomas básicos dinámicos y cognitivos. Un primer grupo de síntomas está constituido por quejas de cansancio y fatiga, pérdida de los afectos hacia otras personas, intolerancia psíquica especialmente referida a las nuevas e inesperadas situaciones de la vida diaria, incapacidad para concentrarse.

A un segundo grupo corresponden los desórdenes cognitivos, tanto en el área del pensamiento (impedimentos para pensar, dificultad en la expresión, en la iniciativa) como en la de la percepción. Con frecuencia el paciente necesita mucho tiempo para realizar tareas simples; le resulta muy costoso empezar, continuar o decidirse a realizar un trabajo.

Alucinación depresiva. Séglas caracterizó magistralmente esta clase de alucinaciones por los siguientes elementos:

- Presentan una tonalidad afectiva *penosa* y se mezclan con los sentimientos depresivos.
- Son *monótonas*: los enfermos repiten las mismas quejas, los mismos escrúpulos, las mismas ideas delirantes.
- Aunque ricas en emoción, son intelectualmente *pobres*, es decir que la idea delirante no se desarrolla a través de un conjunto de recuerdos o imágenes. Son más delirios afectivos que ideicos (Masselon).
- *Expresan la pasividad de los enfermos frente a su desgracia*: tienen miedo, están arrepentidos, inquietos, timoratos; muy raramente manifiestan una actitud de rebeldía o agresividad.
- *Son divergentes o centrifugas*, es decir, se extienden progresivamente al entorno o al ambiente: el sufrimiento, el miedo, el dolor del enfermo se prolongan y proyectan a su alrededor, en las personas y las cosas.
- *Son delirios del pasado* (lamentos, remordimientos) *o del futuro* (ansiedad, miedo, escrúpulos), pero el momento presente no les interesa.

Los temas delirantes de la melancolía pueden ser clasificados en varios grupos que expresan el delirio de autodepreciación del melancólico: ideas de indignidad, de culpabilidad, de expiación y de daño (complejo de depreciación moral).

En el *complejo de autodepreciación moral* (ideas de culpabilidad) el enfermo siente que no tiene derecho a la vida, al amor, a la felicidad. La idea de falta, de pecado, de tara, la expresan sea por un sentimiento de *humillación* (ideas de indignidad), sea por un sentimiento de *remordimiento* (ideas de culpabilidad, de

autoacusación). No cesan de acusarse, de castigarse por sus pretendidos crímenes. Este castigo les parece justo, pero al mismo tiempo lo temen. Muchas veces sus faltas no son más que pesadillas insignificantes, pero la conciencia melancólica las agranda hasta hacerlas "crímenes horribles".

El *complejo de frustración* (ideas de ruina y de duelo), por su parte, es menos una falta que una desgracia que se vive trágicamente: pérdida de bienes, de fortuna, de un ser querido, de un niño. Los enfermos se sienten solos, desnudos, desposeídos. La forma típica es una desgracia, una falta, un vacío (lo que los psicoanalistas llaman *pérdida de objeto*).

En el *complejo de depreciación somática* (ideas hipocondríacas de transformación y de negación corporal), los pacientes se quejan de no tener un cuerpo como todo el mundo. Su cuerpo ha sido degradado, viciado, vaciado. El melancólico realiza la experiencia delirante de la catástrofe somática. Este tema se continúa en el siguiente.

En el *complejo de depreciación psíquica y de despersonalización* (ideas de influencia, de dominio y de posesión), la pérdida de los atributos del poder psíquico se confunde más o menos con el sentimiento de alteración y degradación corporal del cual nombramos ya la temática hipocondríaca. Débiles, temblorosos, los hipocondríacos se sienten reducidos a nada, vacíos y vaciados. Incapaces de querer, de actuar, se creen influidos a veces, sometidos a las peores torturas. Pero el agente de esta acción nefasta y maléfica habita casi siempre su propio cuerpo (zoopátia); es un ser abyecto que provoca disgusto y en la intimidad de su persona se confunde con él mismo, ya que él se siente un demonio, un cerdo o un monstruo.

En el *complejo de auto y heteroagresividad* (ideas de persecución), la desgracia del melancólico tiene efectivamente su centro en su propia persona. Es inmanente a su cuerpo, a su espíritu, a su personaje social, pero se proyecta como un mal que, a partir de él, se vuelve contra él mismo, y que es vivido, a veces, como una agresión proveniente del mundo exterior. Entonces son los otros los que se ensañan en perseguirlo. La ansiedad y la inseguridad pueblan el medio de fantasmas amenazantes: la policía lo persigue, la justicia lo busca para condenarlo y castigarlo. Él es el centro, el objetivo de pesadas y lancinantes maquinaciones que preparan su muerte, su deshonor y su vergüenza.

En el *tema de la nada* (ideas de negación), el empobrecimiento de la existencia, la reducción concéntrica de la persona física, moral y psíquica del melancólico se resume y se concentra en el tema implicado en todos los otros: la negación del mundo y del cuerpo, de la vida y de la muerte.

Bibliografía

- ARIAS MUÑOZ, J. A.: *La antropología fenomenológica de Merlau-Ponty*, 1975.
- DORR, Otto: *El síndrome depresivo nuclear*.
- DORR, O.; TELLENBACH, H.: *Fenomenología diferencial de los fenómenos depresivos*.
- EY, Henri: *Études psychiatriques*.
- HUBER, Gerard: *Sintomatología, psicopatología y fenomenología de los desórdenes depresivos*.
- MARCEL, Gabriel: *Être et avoir*.
- MINKOWSKY, E: *El tiempo vivido. Estudios fenomenológicos y psicológicos*, 1973.

Resumen

El trabajo aborda la depresión desde una perspectiva fenomenológica, que se propone describir esta psicopatología a partir de una clasificación de las experiencias internas de quienes la padecen, más que desde la observación de sus conductas o expresiones. La dificultad inherente al diagnóstico de depresión llevó muy temprano al intento de establecer un síndrome depresivo nuclear, para el que distintos autores propusieron componentes también diversos. No obstante, la enfermedad depresiva va siendo concebida cada vez más como una modificación profunda del cuerpo vivido.

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?

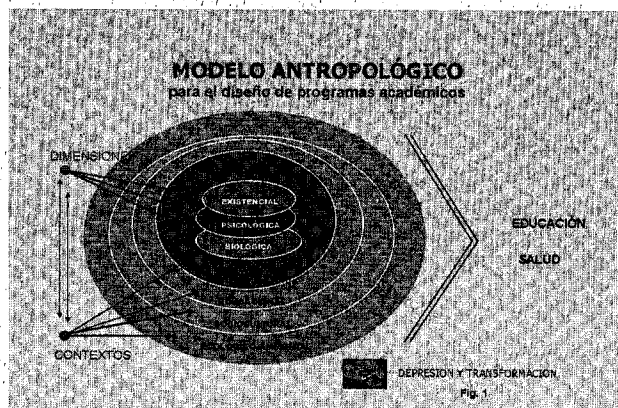
1. Modelo antropológico

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.

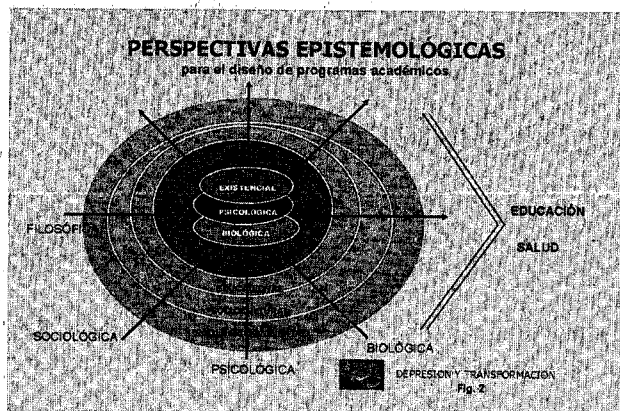
El *contexto o entorno ecoambiental* da prioridad a los ecosistemas y al medio ambiente como el hábitat natural que debemos preservar y cuidar para el desarrollo de la vida en la tierra.

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

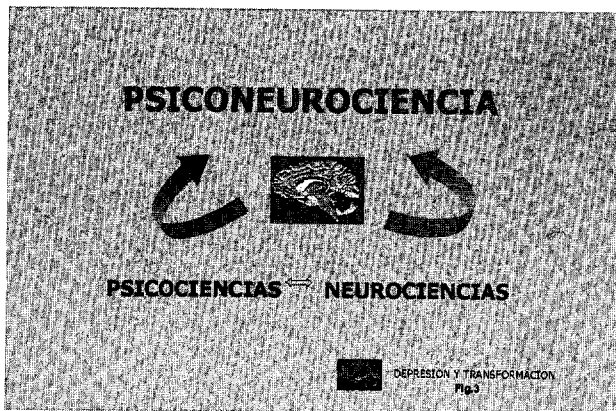
Para responder a nuestra tercera interrogante —cuáles son los niveles de la psiconeurociencia en el análisis y la comprensión de los trastornos depresivos—, partimos de una breve consideración inicial sobre el objeto de estudio de la neurociencia.

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).



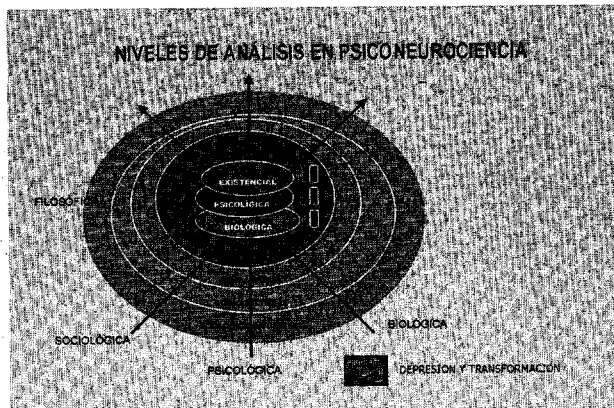
La actitud de apertura que posibilitó esta interdisciplinariedad en neurociencia ha comenzado a expandirse al campo de la psicociencia y se ha tornado un camino prometedor de integración dialéctica de ambas áreas del conocimiento científico.

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).

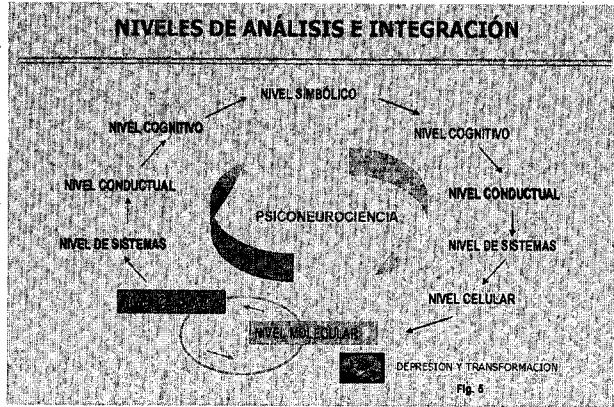
Para la neurociencia, la comprensión y explicación del funcionamiento del cerebro requiere de muy diversos conocimientos, dada la complejidad de los fenómenos y los procesos que lo constituyen. Se trata de una infinidad de hechos que van desde la estructura molecular del agua hasta las propiedades

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.

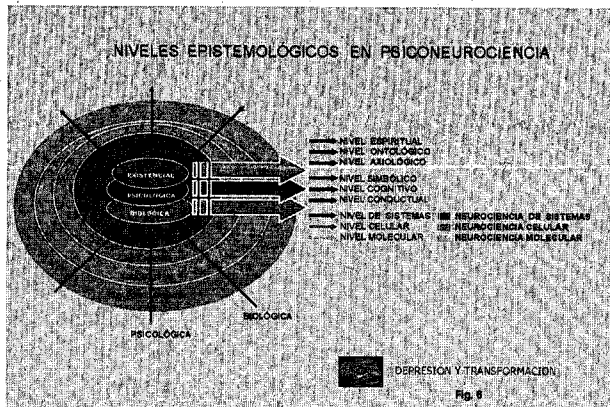


Ahora bien, no podemos comprender el resultado final de los niveles biológicos y psicológicos como una sumatoria. Si queremos aproximarnos a su integración como postulado básico de la psiconeurociencia, necesitamos pensar los niveles en una relación de circularidad. Partimos del nivel molecular hasta 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.

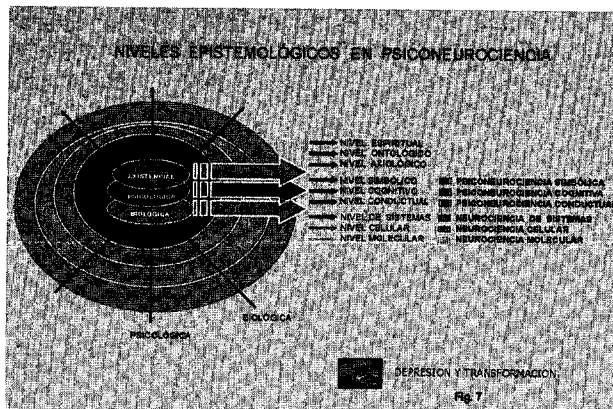
Los aportes actuales de las técnicas de neuroimagen funcional, tales como la tomografía por emisión de positrones o PET (Positron Emission Tomography) y la tomografía por emisión de fotones, más conocida como SPECT (Single Pho-

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.)

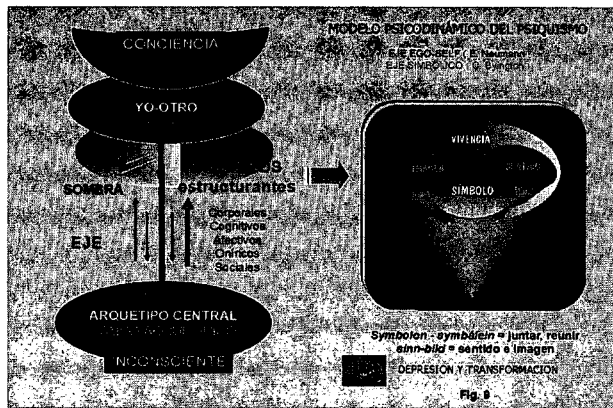
Por lo tanto, la relación vivencial imagen-sentido es una relación constitutiva de lo simbólico, que requiere un trabajo que denominamos *proceso de elaboración simbólica*, como un proceso vivencial de circularidad entre imagen y sentido. Partimos de la imagen simbólica, como expresión de un patrón de 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.

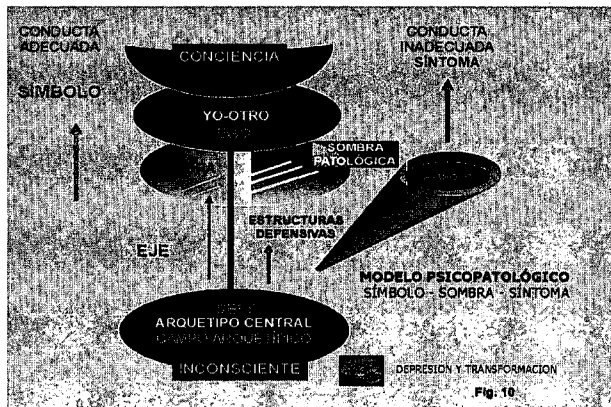
[...] el proceso por el cual los símbolos estructurantes posibilitan el desarrollo y la transformación del yo y del *otro* como realidad emergente del *self*, transformación de la personalidad y de la cultura, lo denominamos *de elaboración simbólica*. La elaboración simbólica es el centro de la actividad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

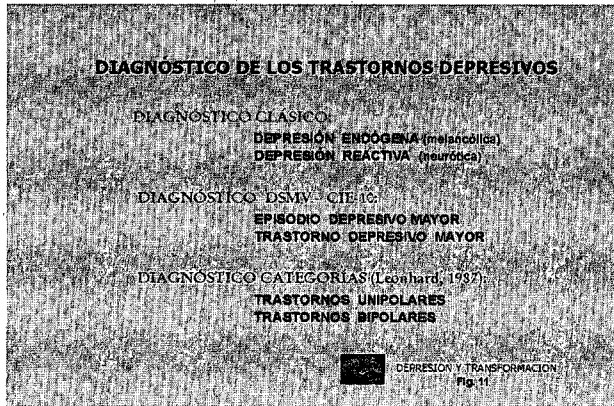
La búsqueda de sentido es propia de la existencia humana y, por tanto, también la patología o la enfermedad cuando ello no es asumido desde el yo consciente.

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

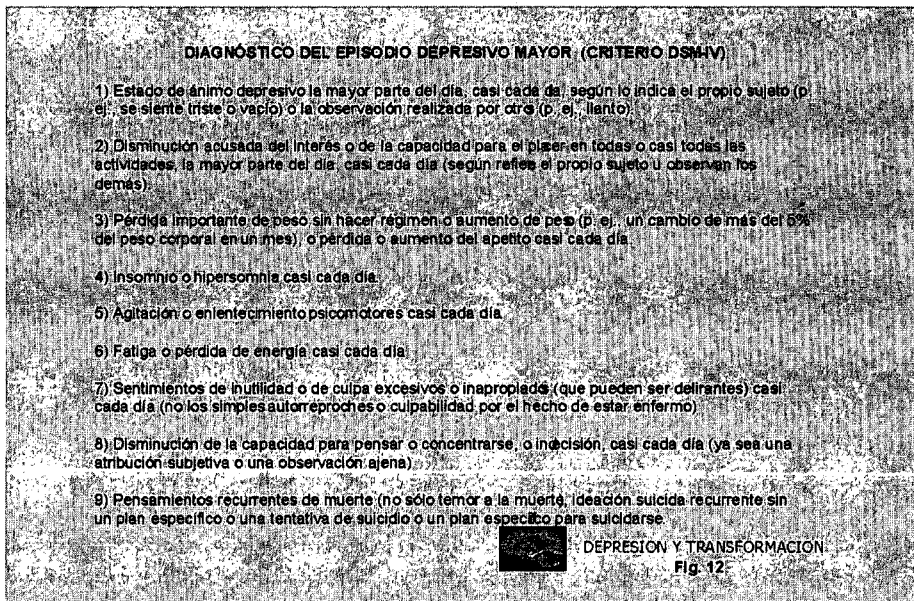
En la psiquiatría alemana, el término *depresión endógena* se refería a la depresión que no correspondía al entorno, mientras que en la psiquiatría inglesa se hace referencia a una depresión de mayor gravedad, mayor sentimiento de culpa y pérdida de interés, disminución del apetito y del sueño, dificultad 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.

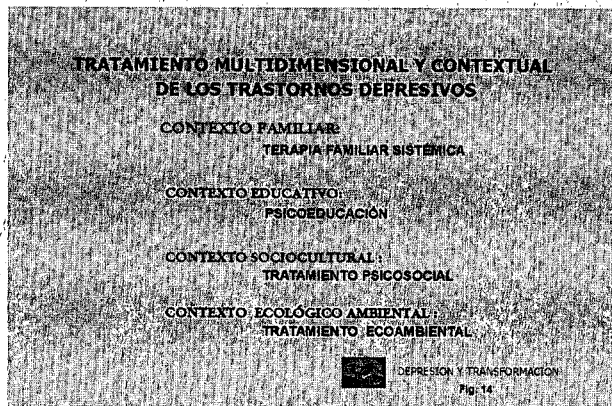
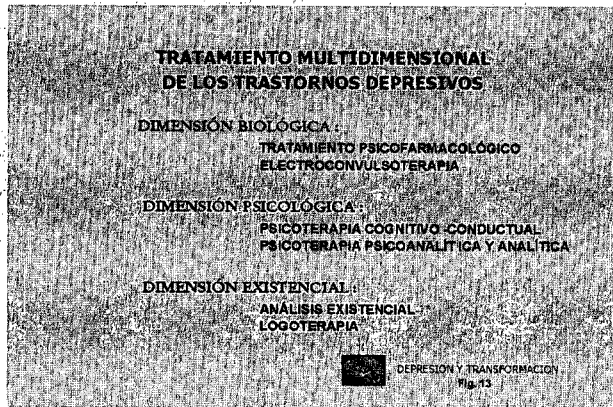
El criterio DSM-IV incluye cuatro subtipos básicos de trastornos bipolares. *Bipolar I* se caracteriza por episodios maníacos con o sin episodios de hipomanía. *Bipolar II* se caracteriza por uno o más episodios hipomaníacos, pero nunca manía. Los episodios hipomaníacos pueden ser más leves que los episodios 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

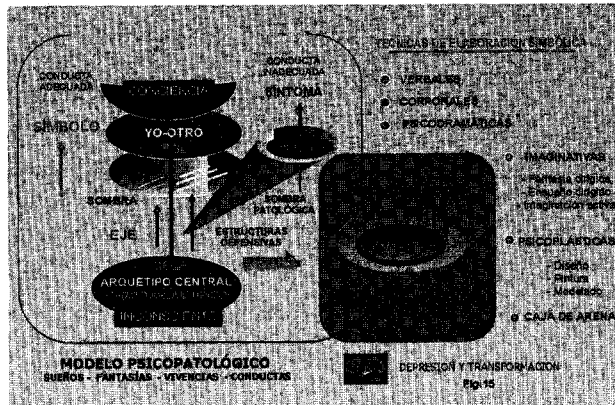
consecuencia, el trabajo con los símbolos nos devela el sentido hacia el cual se dirige nuestra transformación. Es un proceso que mediante la elaboración simbólica opera estructurando la identidad yo-otro y generando una ampliación de la conciencia (figura 9).

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 instauro 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.

Seminario sobre depresión

Este seminario fue organizado por el Área de Psicopatología de la Facultad de Psicología de la Universidad Católica del Uruguay, en coordinación con la Dirección de Grado. En él participaron los siguientes docentes: Francisco Ameglio, Lilián Daset, Fredy Da Silva, Lucas del Valle, Margarita Dubourdieu, Delfina Miller y Mario Saiz (coordinador).

La propuesta de este seminario nació en el otoño, una época caracterizada por los más diversos cambios personales y socioculturales de nuestra comunidad y del mundo, cuando observamos un significativo incremento de ese peculiar modo de ser-en-el-mundo que caracteriza a la persona que sufre por su depresión.

Nació por una inquietud de conocer y por una vocación de ayudar a comprender y aliviar el sufrimiento humano. Todo conocimiento es, en su sentido originario, un "conocer con" otro, y por tanto, nuestra propuesta académica de realizar un seminario abierto sobre el tema de la depresión se originó en la idea de construir un conocimiento más actualizado y más integrado, desde los diferentes modelos epistemológicos que se enseñan en la academia y que emergen de diferentes metodologías de investigación. También por eso, uno de nuestros objetivos fue contribuir, desde estas actividades, a la formación de los estudiantes, ya que para su ejercicio profesional ellos necesitarán haber reflexionado sobre esta pluralidad de perspectivas que existe en la psicología.

Nuestro objetivo ha sido profundizar en un diálogo abierto, dialéctico, de confrontación, de complementariedad e integración entre las diferentes perspectivas que participan en el proceso de enseñanza-aprendizaje sobre el tema de la depresión. Para ello presentamos los aportes que realizan las diferentes disciplinas científicas al conocimiento de la depresión, con relación a las dimensiones biológica, psicológica y existencial del ser humano, así como también a sus contextos estructurales: familiar, educacional, sociocultural y ecológico-ambiental.

Este diálogo entre diferentes perspectivas, entre disímiles modelos epistemológicos, pretende acercarnos a una mejor comprensión de la complejidad y la diversidad de ese trayecto antropológico que transcurre desde el afecto depresivo hasta los trastornos o la propia enfermedad depresiva. En todo este trayecto el ser humano está siempre implicado como una totalidad, a pesar de que nosotros la fragmentamos, para hacer posible el conocimiento especiali-

zado y en profundidad. Pero, cuando la dicotomía y la fragmentación persisten más allá de los resultados de la investigación, o del propio diagnóstico clínico, el conocimiento sobre la depresión se vuelve reductivo y el tratamiento insuficiente para evitar que el sufrimiento se prolongue y pueda ser elaborado simbólicamente.

La organización de este seminario sobre depresión parte de la descripción fenomenológica de los trastornos depresivos, desde su semiología hasta su diagnóstico clínico y psicopatológico (**Fredy da Silva**).

En la *dimensión biológica* de la depresión, los aportes de la *neuroinmunoendocrinología* muestran ciertas alteraciones en el eje hipotalámico-pituitario-adrenal, alteraciones en el factor de liberación de la corticotrofina (CRH), en la ACTH y en el cortisol plasmático, así como también modificaciones en los niveles sináptico, neuroplástico y neuroquímico (**Margarita Dubourdieu**).

En la *dimensión psicológica* se presentan sintéticamente los aportes de la *perspectiva cognitivo-comportamental* (**Lilián Daset**), que describe las alteraciones que los pacientes con depresión presentan en el nivel de los procesos básicos, en las actitudes, expectativas, creencias y valores, así como también muestra cómo se modifican los esquemas o patrones cognitivos con los que realizamos nuestras interpretaciones o procesamos la información que recibimos de las cogniciones. Incluye los aportes del *modelo cognitivo de la depresión* de A. Beck, la *teoría de la indefensión aprendida* de M. Seligman, y la *teoría de la depresión por desesperanza* de L. Abramson.

Los aportes de la *perspectiva psicoanalítica* se presentan en dos módulos. Por un lado, la depresión en la infancia (**Defina Miller**), donde la autora se pregunta si es posible hablar de depresión en la infancia y cuáles son las manifestaciones que la diferencian de la depresión adulta, además de aproximarse a una caracterización de la depresión en la lactancia, en la primera infancia, en el período edípico y al final de la latencia. Por otro lado, se presenta la depresión en el adulto (**Francisco Ameglio**), considerada desde una perspectiva de fracaso en el trabajo de duelo o de un duelo patológico. El autor describe además, siguiendo a Bleichmar, las diferencias entre la depresión narcisista y la depresión culposa.

Los aportes de la *perspectiva analítica* (**Mario Saiz**) muestran cómo la depresión es un camino arquetípico de transformación, que ha estado presente desde los orígenes de la humanidad hasta nuestros días. El autor explora esta constelación arquetípica en la mitología grecorromana, especialmente en el Mito de Cronos-Saturno, y desde el mito presenta esa dinámica intrínseca a la depresión, así como también su posibilidad de transformación a partir de la emergencia del ser.

En la *dimensión existencial*, los aportes de la *perspectiva fenomenológico-existencial* (**Lucas del Valle**) privilegian, por sobre el diagnóstico, el compren-

der a la persona que sufre la depresión. La depresión es un modo de ser en el mundo que involucra al hombre entero y que intentamos comprender desde ciertas estructuras trascendentales a priori. El autor analiza así la crisis existencial, la inseguridad frente a la propia identidad, la pérdida de las relaciones sociales y la pérdida de sentido.

El seminario se cerró con un diálogo interdisciplinario que buscó la complementariedad en las diferencias, al mismo tiempo que generó un espacio académico auténtico y comprometido en seguir trabajando en la construcción de esa buscada integración del conocimiento y el tratamiento de la persona que sufre una depresión. Este es un diálogo abierto a nuevos encuentros y desencuentros, a nuevas confrontaciones e integraciones.

Es el diálogo de futuros seminarios, donde por ejemplo, podemos preguntarnos si un fenómeno tan complejo como la depresión, que compromete a todo el ser, en todas sus dimensiones (biológica, psicológica, existencial) y en todos sus contextos estructurantes (familiar, socio-cultural y ecológico-ambiental) no está expresando, en definitiva, que la disminución de la energía, del humor, de la psicomotricidad, de las cogniciones, del comportamiento, junto con la tristeza, el sufrimiento y el dolor moral, no corresponde a una visión negativa de sí mismo, a una interpretación negativa de sus experiencias, a una perspectiva pesimista sobre el futuro o, dicho de otra manera, a una pérdida de la propia identidad, de las relaciones sociales y, por tanto, del sentido mismo de la vida. ¿No será acaso que esa pérdida del sentido de la vida tiene que ver con nuestra incapacidad de realizar un duelo adecuado, como parte de un proceso de muerte-renacimiento que caracteriza toda transformación humana, donde nuestro viejo ego no acepta morir, perder, desapegarse, para posibilitar el re-nacimiento de un nuevo sentido de vida, un sentido que se construye creativamente desde el reencuentro profundo con el ser (sí-mismo) y con el amor a la vida?

Ahora bien, este proceso de muerte-renacimiento, ¿no tiene acaso su fundamento tanto en lo biológico como en lo psicológico y en lo existencial? ¿No es observable en todos los planos de la vida? ¿No corresponde este proceso a ciertos patrones de comportamiento, a ciertos patrones de organización que orientan en determinada dirección nuestros pensamientos, sentimientos, intuiciones y acciones, los cuales, cuando tienen un énfasis en el polo inconsciente, los denominamos *arquetipos*, y cuando tienen un énfasis en el polo consciente, los denominamos *esquemas* o *patrones cognitivos*? ¿No encontramos acaso estos patrones de organización en la vida biológica? ¿No son acaso también patrones de organización las estructuras trascendentales "a priori"? ¿O es que ciertos mecanismos psicológicos, como por ejemplo, los mecanismos de defensa, no son esquemas o patrones arquetípicos descritos desde el psicoanálisis? ¿Y no tienen ellos un patrón neurobiológico? ¿Y estos patrones

no se configuran, articulan y mantienen en los vínculos más íntimos, como son los familiares?

Estamos empeñados en esta búsqueda del diálogo, en la construcción de nuevas respuestas que nos permitan mejorar nuestra comprensión del ser humano y de su sufrimiento. Esta es ya hoy la tarea de nuestro futuro inmediato, de nuestras nuevas fronteras y nuestros próximos seminarios.

PROF. DR. MARIO E. SAIZ
Coordinador

Aportes a la depresión desde la psicopatología fundamental

por Fredy da Silva

Los trastornos depresivos constituyen un cuadro clínico cada vez más frecuente en la práctica diaria. Éste es el motivo de consulta más común de los individuos que buscan atención en salud mental. Hay datos epidemiológicos que muestran una incidencia no menor del 5% en la población general y del 10% entre los adultos, lo que en todo el mundo significaría más de 150 millones de personas con esta enfermedad.

Hay datos claros que indican que estos trastornos se han incrementado en los últimos 50 años.

Se destaca que los índices de incidencia y prevalencia son más altos entre la población femenina; en algunos estudios epidemiológicos los cuadros depresivos reportados por mujeres llegan a duplicar los de los hombres. Desde un enfoque de riesgo, esto nos llevaría a formular que las mujeres son dos veces más propensas a presentar depresiones que los hombres. Estudios serios identifican las causas de esta notoria diferencia en ciertos factores familiares, sociales y culturales.

Otro elemento interesante es que la depresión grave no respeta posición socioeconómica, niveles educativos ni logros existenciales. Asimismo, estudios en gemelos y familias permiten plantear, con bastante certeza, que existe un componente genético para el trastorno bipolar y para la depresión.

El autor

*Médico psiquiatra. Director del Centro Izcali. Docente de grado y posgrado de la Facultad de Psicología, Universidad Católica del Uruguay. Coordinador del Posgrado de Especialización en Drogodependencia.
<fredydasilva@hotmail.com>*

La *depresión* y la *manía* constituyen los extremos opuestos de los trastornos del estado de ánimo, en una especie de continuo, pero con la característica de que la primera es mucho más frecuente: aparece en el 90% de los casos diagnosticados como *trastorno de humor*.

Al referirse a la *depresión* puede entenderse que se trata de un sentimiento normal en ciertas circunstancias, pero también de un síndrome clínico (conjunto de signos y síntomas patológicos) y hasta de una entidad nosológica o enfermedad claramente constituida.

Este trastorno puede manifestarse bajo diferentes formas clínicas, que estarán en relación con la etiología, la personalidad previa, las afecciones concomitantes, los factores del entorno familiar y social, y aun otros cuya naturaleza nos es desconocida.

Aspectos históricos

Las primeras descripciones de la depresión, de interés básicamente anecdótico, pueden encontrarse en los escritos de Hipócrates. Desde entonces y hasta el Renacimiento se habló de *humores*, *monomanías* y *locuras parciales*, con pocos aportes firmes en el área de la medicina.

En 1820 Esquirol describió la *lipemanía*, que después conoceríamos como *melancolía delirante*. En 1845 Baillager comunicó lo que llamó *locura a doble forma*, y Falret, en el mismo año pero en forma independiente, la *locura circular*.

Kraepelin, en la primera edición de su obra monumental, en 1883, estableció criterios no solo semiológicos sino también evolutivos y etiopatológicos (edad de comienzo, estados terminales, etcétera) para lo que en 1896 definió como *psicosis maniaco-depresiva*. Posteriormente, en 1899 y 1904, describió los *estados mixtos* y fundamentó la unidad estructural de la manía y la melancolía. Ya en 1915, en la octava edición, definió claramente la *melancolía* como la *depresión psicótica* o fase depresiva de la psicosis maniaco-depresiva. Apareció aquí la oposición de la escuela americana, liderada entonces por A. Meyer.

Coincidentemente, fue en ese año de 1915 cuando Freud, desde el psicoanálisis, realizó los primeros aportes importantes al tema, que serían continuados y profundizados por Abraham en 1924.

En 1957 Leonard negó la unidad del grupo que había planteado Kraepelin y postuló la existencia de tres grupos: *unipolar depresivo*, *unipolar maniaco* y *bipolar*. Angst en Suiza y Perris en Suecia confirmaron en 1966 la existencia de estos tres grupos.

En 1974 Winokur insistió en la heterogeneidad del grupo y planteó la siguiente clasificación que exponemos someramente:

- 1) *Depresión endógena*. La etiología está notoriamente vinculada a lo genético; el curso evolutivo se presenta en ciclos; es sensible al litio y a la electroconvulsoterapia. El síndrome clínico en general se presenta completo y puede incluir delirios con ideas de culpa, ruina, hipocondríacas, negación de órganos, etcétera (melancolía delirante), trastornos de conciencia (melancolía estuporosa) o ansiedad (melancolía ansiosa).
- 2) *Depresión exógena-psicógena*. Surge con posterioridad a un suceso traumático y se presenta con apatía, inhibición, postración, o bien con ansiedad, desborde emocional, llanto, agitación y hasta agresividad. Pueden darse diferentes formas clínicas:
 - a) *Depresión reaccional*. Predominan las situaciones conflictivas sobre la personalidad previa patológica. En general, el entorno sociofamiliar está "complicado", pero aun así la depresión desaparece o retrocede con el alejamiento del desencadenante exógeno.
 - b) *Depresión neurótica*. Presenta concomitancia o preexistencia de sintomatología neurótica; el desencadenante reactiva los conflictos neuróticos preexistentes o rompe un equilibrio muy precario. La respuesta a los tratamientos medicamentosos no es buena; resulta más eficaz la psicoterapia.
 - c) *Depresión de agotamiento*. Se presenta en situaciones de estrés crónico o sobrecarga o tensión de larga data. Trastornos del sueño, astenia, irritabilidad e hipersensibilidad, quejas somáticas y sensación de incapacidad son formas clínicas frecuentes.

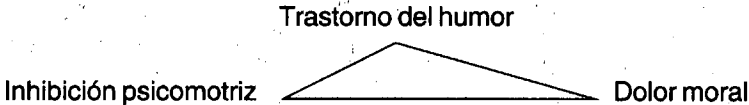
En 1977 Akiskal, mediante estudios genéticos, confirmó la existencia de la *ciclotimia*, que se incluye en la psicosis maníaco-depresiva.

Actualmente el DSM IV —del que se ocupa otro colega en este mismo seminario¹— pauta los criterios para el diagnóstico y la clasificación de los trastornos depresivos en nuestro medio. Solo remarcaremos que describe la *distimia* por un lado y la *depresión mayor* por otro.

¹ Margarita Dubourdieu: "El DSM-IV: manual diagnóstico y estadístico de la American Psychiatric Association para los trastornos mentales", en este mismo número de *Prisma*, p. 159.

Clínica semiológica

Desde el punto de vista clínico, siguiendo al maestro Henry Ey, puede decirse que el síndrome depresivo está constituido por un trípode que incluye:



a) *La alteración del humor* se manifiesta como un humor “en menos”. El paciente lo expresa en términos de tristeza, desánimo, abatimiento, desgano, pena, pesimismo, debilitamiento, visión peyorativa de la vida, falta de gusto por la existencia, anhedonia.

Esta tristeza no siempre está presente en forma clara; suele enmascarse por manifestaciones o quejas somáticas del tipo de las *algias* (fundamentalmente dolores musculares y cefaleas), trastornos digestivos, pérdida de apetito, insomnio, etc. Otras veces son las manifestaciones más notorias de la ansiedad y la angustia las que enmascaran una depresión subyacente.

b) *La inhibición psicomotriz* se traduce en una disminución de las capacidades mentales y físicas: falta de iniciativa, latencia, lasitud, inercia, inactividad, y hasta un enlentecimiento motor. Todo esto motiva una disminución en el rendimiento y la eficiencia en prácticamente todos los aspectos de la vida. No olvidemos que se alteran la memoria y otras funciones básicas como la atención, la concentración y el juicio práctico. Esta inhibición en los procesos psíquicos se acompaña de un compromiso del sistema nervioso autónomo que afecta los fenómenos somáticos neurovegetativos.

En las formas ansiosas en que la ansiedad repercute sobre la psicomotricidad, la inhibición suele no aparecer en primer plano.

El pensamiento se ve afectado en la forma por enlentecimiento en el curso y una latencia incrementada que se manifiesta por un lenguaje monocorde, monótono, de tonos bajos y de pobre sintaxis. En el contenido hay un empobrecimiento ideico acompañado de una “rumiación depresiva”: persistencia reiterativa y estereotipada de temáticas de culpa, ruina, enfermedad, muerte o suicidio. En suma, una dificultad para pensar y participar en el mundo que puede llegar a un completo apragmatismo social y, en los casos extremos, al estupor.

c) *El dolor moral* es un sentimiento de indignidad, autodepreciación, desvalorización, con autoacusación, autopunición, todo en un marco de ideas culpógenas. Es aquí donde la muerte aparece como una posibilidad de salida, de punto final para el paciente; una forma de liberarse de un sufrimiento insoportable. Agresividad y hostilidad más o menos encubiertas suelen estar presentes.

Las ideas de muerte o de autoeliminación son frecuentes en los cuadros depresivos, dependiendo de la gravedad, intensidad, la crítica y el control que el paciente ejerza sobre ellas y de otros factores que no es del caso analizar en este momento. Creemos que el dolor moral, como elemento semiológico, en la actualidad no es valorado como debería. El buen clínico debe tenerlo en cuenta por su profundo significado en una perspectiva más humanista.

No debe olvidarse una serie de signos somáticos presentes con gran frecuencia en el relato del paciente. La *astenia* es relatada como fatiga, pero no se corresponde con el aumento de trabajo o esfuerzo y no se atenúa con el descanso; es particularmente intensa en la mañana, aun después del sueño, y mejora con el correr del día. Los *trastornos del sueño* constituyen una de las quejas más frecuentes; en general son insomnios de mantenimiento con despertar temprano, cada vez con mayor dificultad para volver a dormirse. A veces se adormila con ideación desagradable en el momento del despertar habitual (los insomnios del ansioso tienden a ser de conciliación, con hiperideación concomitante). En otros casos la depresión se manifiesta con hipersomnía.

Clínicamente, los síntomas se pueden dividir, para su mejor estudio, en afectivos, cognoscitivos, conductuales y fisiológicos. Algunos ejemplos son los siguientes:

Síntomas afectivos pueden ser la tristeza, el desánimo, el desaliento, los sentimientos de frustración e impotencia, de inutilidad, futilidad, desesperanza y vacío. En suma, la infelicidad como vía final común a estos sentimientos.

Síntomas cognoscitivos pueden encontrarse en el desinterés, la pérdida de motivación, el pesimismo (la opinión negativa de sí mismo, del mundo exterior y del futuro, la visión peyorativa de la existencia), las alteraciones en la concentración y la atención y la dificultad para la toma de decisiones. La ideación suicida, tan frecuente en los casos más graves, puede incluirse en este grupo.

Síntomas conductuales serían el descuido en la apariencia personal, incluida la higiene, las fascies, mímica y gestualidad casi patognomónicas, el retardo psicomotor bastante típico. En algunos casos puede haber hasta agitación, pero es menos frecuente. Los gestos suicidas se incluirían en este ítem.

Síntomas fisiológicos podrían ser, en las áreas del sueño y el apetito, disminuciones, pérdidas y aun incrementos; en la sexualidad suele observarse una pérdida del impulso sexual. Por último, múltiples órganos y aparatos pueden verse afectados en su funcionamiento, sobre todo los del tubo digestivo, aparato cardiovascular, piel y otros.

No debe olvidarse que muchas veces las depresiones pueden ser *sintomáticas o secundarias* a otras enfermedades físicas, tales como infecciones agudas o subagudas, anemias, enfermedades endócrinas y neoplasias (especialmente tumores cerebrales). También la depresión puede ser secundaria a tras-

tornos mentales, como las psicosis esquizofrénicas y los trastornos de personalidad (sobre todo los estados límite) y al consumo de drogas y alcohol.

La semiología del paciente deprimido es sumamente rica; por lo tanto, también lo son las posibilidades de orientar un diagnóstico. Para demostrarlo, desde hace años utilizamos una "progresión" en la cual imaginamos primero una fotografía de un fascies o una postura corporal de un deprimido (estática, no verbal), luego una escena de una película de la época del cine mudo donde recabamos datos de la gestualidad, motilidad, etcétera (movimiento pero aún no verbal). Posteriormente, un film sonoro pero en un idioma no comprensible, donde recibimos otra información (por ejemplo, tonos de voz). Por último, la misma película doblada o subtitulada en nuestro idioma, donde el lenguaje nos permite tener información del discurso y llegar al pensamiento y, de ser posible, a la manifestación verbal del fondo endotímico vital de esa persona.

En algún momento estuvimos tentados a dedicarle más tiempo a esta presentación un tanto atípica de la semiología, así como a utilizar citas o expresiones de entrevistas a pacientes deprimidos, como las utilizadas en las clases curriculares. Creemos que es más productivo que cada uno desde su experiencia puede pensar y completar estos vacíos.

Una vez cumplidas las etapas diagnósticas, debemos entrar en el terreno de los tratamientos. Es evidente que estos deben abarcar los aspectos biológicos, psicológicos, familiares y sociales. Esta variedad de factores participantes en la génesis y la terapéutica es lo que hace de la depresión una enfermedad tan compleja a la hora de plantear un correcto abordaje para acceder en lo posible a una buena evolución y pronóstico.

Desde lo biológico se plantea el uso de a) antidepresivos, sean estos los clásicos tricíclicos, los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO), o los más actuales, como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS); b) litio y, más recientemente, otros estabilizadores del humor; c) terapia electroconvulsiva (ECT) o micronarcosis, término con el que se la conoce en nuestro medio.

Desde lo psicológico, las psicoterapias hacen su invaluable aporte desde muy diferentes teorías, perspectivas o modelos, y con las más variadas técnicas. Lo familiar es cada vez más tenido en cuenta en esta área, sobre todo en los últimos cuarenta años, con el aporte de nuevos paradigmas.

Resumen

Los datos epidemiológicos muestran un aumento de la incidencia de la depresión, trastorno que se presenta con mayor frecuencia entre las mujeres y que

no respeta estratos socioeconómicos. Este artículo ofrece un enfoque de la depresión desde la perspectiva de la psicopatología fundamental. Tras un esbozo de los avances en la caracterización del cuadro clínico, en especial durante los siglos XIX y XX, el autor ofrece una síntesis basada en tres pilares: trastorno del humor, inhibición psicomotriz y dolor moral, cuyos síntomas pueden clasificarse en afectivos, cognoscitivos, conductuales y fisiológicos.

Una herramienta de utilidad en la clínica

El DSM-IV: manual diagnóstico y estadístico de la American Psychiatric Association para los trastornos mentales

por Margarita Dubourdieu

El DSM-IV es fruto de un trabajo en equipo de más de mil personas y más de sesenta organizaciones consultadas, numerosos profesionales y expertos. La conexión entre la American Psychiatric Association y la Organización Mundial de la Salud ha permitido la compatibilidad entre el DSM-IV y la CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades).

La prioridad ha sido proporcionar una guía para la práctica clínica. Es una herramienta para la enseñanza de la psicopatología, facilita la investiga-

La autora

*Máster en
psiconeuroinmunoendocrinología.
Psicoterapeuta de adolescentes,
adultos, pareja, familia, grupos y en
psicoinmunología médica (Buenos
Aires). Servicio de Psiquiatría del
Hospital Maciel y Oncología del
Hospital de Clínicas. Docente de
grado y posgrado en la Universidad
Católica del Uruguay, en la
Universidad de la República y en
otras instituciones científicas.
<margadub@adinet.com.uy>*

ción y mejora la comunicación entre los clínicos al establecer criterios diagnósticos consensuados.

Una nomenclatura oficial Internacional facilita la comunicación entre distintos profesionales del área de la salud en distintos países. Sirve además para estudios estadísticos sobre salud pública; de ahí la brevedad y concisión de los criterios.

Trece grupos de trabajo con miembros altamente calificados aceptaron trabajar como grupos de consenso y no como abogados de conceptos anteriores, contemplando así los conocimientos más vigentes.

El comité elaborador del DSM-IV estuvo integrado por 27 miembros, algunos de los cuales formaban parte de los grupos de trabajo. Dos años antes de su publicación se distribuyeron ampliamente el borrador y las nuevas propuestas, buscando recibir sugerencias. Con estas modificaciones, un año después se repitió el procedimiento.

Historia

El primer intento de reunir información sobre los trastornos mentales se efectuó mediante un censo en Estados Unidos, en 1840, en el que se registró la frecuencia de una categoría llamada *idiocia-locura*. Luego, en 1880, se clasificaron siete categorías y así se fueron desarrollando diferentes iniciativas. Finalmente, en 1952, se publicó el DSM-I como una variante de la CIE 6, que había incluido un apartado referido a trastornos mentales.

El DSM-I se planteó como un glosario de descripciones de las diferentes categorías diagnósticas de los trastornos mentales para utilidad clínica. Mostró la influencia de Adolf Meyer, por lo que los trastornos mentales representaban *reacciones* de la personalidad a factores psicológicos, sociales y biológicos.

El DSM-II fue similar al DSM-I, pero en él desapareció el término *reacción*; su elaboración fue paralela a la de la CIE-8. El DSM-III se llevó a cabo junto con la preparación de la CIE-9; se empezó en 1974 y se publicó en 1980.

El DSM-III trajo importantes innovaciones y un sistema multiaxial, buscando neutralidad en cuanto a las teorías etiológicas. La CIE-9 no incluía criterios diagnósticos ni un sistema multiaxial, pues solo pretendía facilitar la recolección de datos estadísticos para la salud pública. En 1987 apareció una versión modificada del DSM-III: el DSM-III-R.

Finalmente, en 1994 se publicó el DSM-IV; se trabajó en estrecho contacto con quienes confeccionaron la CIE-10, publicada en 1992. Por ello los códigos del DSM-IV son totalmente compatibles con los de la CIE-10, apéndice G.

Aclaraciones

Respecto a la definición de *trastornos mentales*

Tal como su nombre lo indica, se trata de un "manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales". Pero en la propia introducción del manual, se aclara: "El término *trastorno mental* implica desafortunadamente una distinción entre trastornos mentales y físicos; siendo esto un anacronismo reduccionista del dualismo mente/cuerpo".¹

Los conocimientos actuales dan cuenta de la imposibilidad de dissociar el cuerpo y la mente, ya que siempre ambas áreas se hallan implicadas, aunque los síntomas puedan ser más evidentes en una de ellas.

Pero el término persiste, pues no se ha encontrado una palabra adecuada para sustituirlo. No existe una definición que indique los límites de los trastornos mentales. Gran variedad de conceptos se han utilizado para ello: malestar, descontrol, limitación, incapacidad, irracionalidad, etcétera.

En este manual cada trastorno mental es conceptualizado como un síndrome (signos y síntomas) o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica que aparece asociado a un malestar (por ejemplo, dolor), a una discapacidad (por ejemplo, deterioro en alguna área) o a un riesgo aumentado de morir, sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad.

Se plantea que este síndrome no debe ser una respuesta culturalmente aceptada a un acontecimiento particular (por ejemplo, muerte de un ser querido). Cualquiera sea la causa, deberá considerarse como la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica.

Ni el comportamiento desviado (por ejemplo, político, religioso o sexual) ni los conflictos entre el individuo y la sociedad son trastornos mentales, salvo que la desviación sea síntoma de una disfunción.

Se aclara también que *se clasifican los trastornos que las personas padecen, no a las personas*; por eso se evita el uso de las expresiones "esquizofrénico", "alcohólico", etcétera, y se emplean frases como "un individuo con esquizofrenia" o "con dependencia del alcohol".

Respecto a las categorías diagnósticas

No puede existir clasificación alguna con un número de categorías específicas suficiente para abarcar todos y cada uno de los casos clínicos. Con las categorías "no especificados" se proporciona una cobertura a los casos no infrecuentes que se hallan cerca de las definiciones categóricas específicas.

Se trata de una clasificación categorial que divide los trastornos mentales

en diversos tipos basándose en series de criterios con rasgos definitorios. Ello sirve cuando todos los miembros de una clase diagnóstica son homogéneos, se dan límites claros entre diversas clases y ellas son mutuamente excluyentes; por ello vemos las limitaciones de este sistema de clasificación categorial al tratar fenómenos humanos.

El DSM-IV aclara que no asume que cada categoría sea una entidad separada con límites que la diferencian de otros trastornos mentales o no mentales. Tampoco se asume que los individuos que padezcan el mismo trastorno sean completamente iguales.

En reconocimiento a la heterogeneidad, el DSM-IV incluye una serie de criterios politéticos en los cuales solo es necesario presentar unos pocos síntomas de la amplia lista general de los rasgos definitorios.

Las categorías y los criterios diagnósticos deberán ser usados por profesionales, ya que únicamente deben emplearse como guía y ser acompañados de un juicio clínico flexible (pueden darse casos en que se justifique un diagnóstico a pesar de que no se reúnan todos los criterios diagnósticos, si ciertos síntomas persisten largo tiempo y son de gravedad).

Así mismo, hay que ser cuidadoso en rotular definitivamente, asociando a un individuo con una enfermedad.

En medicina forense, en la mayoría de las situaciones, el diagnóstico clínico de una enfermedad según el DSM-IV no basta para establecer la existencia a nivel legal de competencia o responsabilidad criminal o discapacidad. Se requiere información adicional y también información de tipo longitudinal. Esta clasificación, además, no se refiere a las posibles causas o etiologías.

A medida que surjan nuevos datos y nuevos conocimientos se requerirán nuevas revisiones.

Se ha hecho un importante esfuerzo para que el manual pueda usarse en poblaciones de distinto ámbito cultural. Si no se está familiarizado con los matices culturales de un individuo, variaciones normales del comportamiento que responden a creencias o prácticas religiosas habituales en su cultura pueden diagnosticarse como psicopatológicas. En el apéndice J se contemplan algunos de estos aspectos.

La amplia aceptación internacional del DSM-IV da cuenta del reconocimiento de este manual como una herramienta muy útil para identificar los trastornos mentales tal como son padecidos por los individuos de todo el mundo, considerando las influencias culturales.

Se describe cómo los aspectos culturales afectan el contenido y la forma de presentación del síntoma. Se pone el ejemplo de los trastornos depresivos, caracterizados por una preponderancia de síntomas somáticos más que por tristeza, o las variaciones de los términos elegidos para definir el malestar, según las diferentes idiosincrasias socioculturales. En el apéndice se descri-

ben síndromes relacionados con la cultura. Otros aparecen en las categorías de "no especificados".

Se busca así reducir el posible sesgo ocasionado por la formación cultural del clínico, dando directrices apropiadas para su comprensión.

En el manual se aclara que sería un error creer que los trastornos mentales no están relacionados con factores biológicos, o que los trastornos físicos no están relacionados con factores o procesos comportamentales, psicosociales y espirituales.

El diagnóstico se aplica a las manifestaciones actuales del sujeto, y pueden darse especificaciones de gravedad o curso evolutivo, en cuyo caso se considerarían las situaciones anteriores para su evaluación:

- *Leve*, en caso de que los síntomas casi no excedan los requeridos para el diagnóstico y tan solo haya un ligero deterioro de la actividad social y cotidiana.
- *Moderado*, con síntomas entre leves y graves.
- *Grave*, cuando los síntomas exceden los requeridos para el diagnóstico y hay un notable deterioro de la actividad social o laboral.
- *En remisión parcial*, cuando solo permanecen algunos de los síntomas o signos.
- *En remisión total*, cuando ya no existen síntomas o signos del trastorno, pero considerar dicho trastorno aún es relevante desde el punto de vista clínico (se continúa a veces un tratamiento preventivo para evitar recidivas).

Se establecen también *diagnósticos principales*, responsables del motivo de ingreso o consulta o principal objeto de atención, pero muchas veces son difíciles de discriminar por la concomitancia de otros trastornos.

Los trastornos múltiples pueden formularse en forma multiaxial o no axial. Se considerará como principal el diagnóstico expresado en el eje I, salvo que en el eje II se aclare el diagnóstico principal.

El clínico puede indicar la incertidumbre diagnóstica anotando "provisional" después del diagnóstico. Puede parecer, por ejemplo, que un sujeto sufre un trastorno depresivo mayor, pero no es posible obtener una historia adecuada que permita establecer que se cumplen todos los criterios. Corresponde incluir aquí también aquellos casos en que el transcurso del tiempo hace al diagnóstico.

Evaluación multiaxial

Un sistema multiaxial implica una evaluación en varios ejes, cada uno de los cuales concierne a un área distinta de información que puede ayudar en el

planeamiento del tratamiento y en la predicción de los resultados. Se incluyen cinco ejes:

- Eje I: Trastornos clínicos. Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica.
- Eje II: Trastornos de la personalidad. Retraso mental.
- Eje III: Enfermedades médicas.
- Eje IV: Problemas psicosociales y ambientales.
- Eje V: Evaluación de la actividad global (EEAG) —en el DSM-III-R se lo menciona como *global assessment of functioning scale (GAF)*, revisado luego por Luborsky y colaboradores.

Plan de organización del DSM-IV

Los trastornos están agrupados en 16 clases diagnósticas principales y una sección adicional denominada "Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica".

Las primeras cuatro, que antes eran agrupadas como *trastornos mentales orgánicos* (actualmente este término ya no se utiliza), pueden ser útiles también como diagnósticos diferenciales. Las siguientes secciones agrupan los trastornos por sus características fenomenológicas compartidas, excepto los adaptativos, que se agrupan según su etiología en común, pudiendo aclararse las distintas presentaciones clínicas (por ejemplo, con estado de ánimo ansioso o depresivo).

1. Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia.
2. Delirium, demencia y trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos.
3. Trastornos mentales debidos a una enfermedad médica.
4. Trastornos relacionados con sustancias.
5. Esquizofrenia y otros trastorno psicóticos.
6. Trastornos del estado de ánimo.
7. Trastornos de ansiedad.
8. Trastornos somatomorfos.
9. Trastornos facticios.
10. Trastornos disociativos.
11. Trastornos sexuales y de la identidad sexual.
12. Trastornos de la conducta alimentaria.
13. Trastornos del sueño.

14. Trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados.
15. Trastornos adaptativos.
16. Trastornos de la personalidad.

Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica

- Factores psicológicos que afectan el estado físico.
- Trastornos motores inducidos por medicamentos.
- Trastornos inducidos por otros medicamentos.
- Problemas de relación (por trastorno mental o enfermedad médica, paterno-filiales, conyugales, fraternos, otros).
- Problemas relacionados con el abuso o la negligencia.
- Problemas adicionales que pueden ser objeto de atención clínica (incumplimiento terapéutico, simulación, comportamientos antisociales, deterioros cognoscitivos, duelo, problemas académicos, laborales, de identidad, religiosos o espirituales, de aculturación, biográficos, etcétera).

Hay además 11 apéndices con diagnósticos diferenciales, glosario de términos, compatibilidades con el CIE-0 y el CIE-9-MC, especificaciones culturales, criterios y ejes propuestos para estudios posteriores (postconmocional, disfórico premenstrual, depresivo menor, breve recidivante, mixto ansioso depresivo, depresivo postpsicótico en la esquizofrenia, depresivo de la personalidad). Éstas y otras propuestas fueron estudiadas para su inclusión, pero se concluyó que aún no se dispone de la suficiente información para avalarlas como categorías oficiales. Se incluyen para fomentar la continuación de su investigación.

Trastornos del estado de ánimo

Incluye los trastornos que tienen como característica principal una alteración del humor. Esta sección se divide en tres partes

La primera describe los episodios afectivos:

- Episodio depresivo mayor.
- Episodio maníaco.
- Episodio mixto.
- Episodio hipomaníaco.

Estos episodios no tienen asignados códigos diagnósticos y no pueden diagnosticarse como entidades independientes; sin embargo, sirven como fundamento al diagnóstico de los trastornos.

La segunda describe los trastornos del estado de ánimo:

- Trastornos depresivos (F3):
 - Trastorno depresivo mayor único y recidivante.
 - Trastorno distímico.
 - Trastorno depresivo no especificado.
- Trastornos bipolares:
 - Trastorno bipolar I.
 - Trastorno bipolar II.
 - Trastorno ciclotímico.
 - Trastorno bipolar no especificado.
- Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica.
- Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias.

Resumen

Al establecer criterios diagnósticos consensuados, el DSM-IV se propone proporcionar una guía para la práctica clínica y una herramienta de utilidad para la docencia y la investigación. Desde los primeros intentos de clasificatorios conocidos en 1840 se han elaborado varios manuales en cuya revisión se fueron basando los posteriores. Este trabajo presenta en forma sintética el DSM-IV, con vistas a su mejor comprensión y utilización. Tras realizar las necesarias aclaraciones respecto a la utilización del término trastornos mentales, las categorías diagnósticas empleadas y la evaluación multiaxial, presenta la organización del plan y menciona las propuestas cuya inclusión está a la espera de mayores avances en la investigación.

Perspectiva integrativa psiconeuroinmunoendócrina (PNIE)

por Margarita Dubourdieu

Partimos de la concepción del ser humano como unidad biopsicosocial. Al tratarse de una unidad, de un sistema, todo lo que le ocurra implicará sus áreas biológica, psíquica y social.

Desde la década del cincuenta, en que se descubrieron los antidepresivos y surgió la teoría aminérgica, que asoció la depresión con alteraciones en las catecolaminas, ha habido una importante evolución en la comprensión del trastorno depresivo y, por ende, de su abordaje terapéutico

Al paradigma que veía el cerebro como una glándula de secreción, productora de efectos psicológicos y comportamentales, le siguió el paradigma molecular. Las investigaciones fueron ampliando sus objetos de estudio y se investigaron las alteraciones en el nivel de los receptores de membrana y en el de distintos mensajeros neuroquímicos.

Pero luego se observaron otros factores de incidencia en el trastorno depre-

La autora

*Máster en psiconeuroinmunoendocrinología. Psicoterapeuta de adolescentes, adultos, pareja, familia, grupos y en psicoimmunología médica (Buenos Aires). Servicio de Psiquiatría del Hospital Maciel y Oncología del Hospital de Clínicas. Docente de grado y posgrado en la Universidad Católica del Uruguay, en la Universidad de la República y en otras instituciones científicas.
<margadub@adinet.com.uy>*

sivo, ya que el ser humano está constituido por un complejo sistema de red arborificado psiconeuroinmunoendócrino.

Este sistema, responsable del funcionamiento humano, da cuenta de las interacciones entre los sistemas nervioso, inmune y endócrino. Al tratarse de un sistema abierto, está influido por múltiples factores: ambientales, ecológicos, variables temporoespaciales, emocionales, espirituales, factores conscientes e inconscientes.

Por ello será necesario contemplar la mayor cantidad posible de elementos interactuantes para lograr una mejor comprensión del tema que hoy nos ocupa, la depresión, al igual que a la hora de elaborar una estrategia terapéutica.

Aspectos neuroinmunoendócrinos

Cuando un estímulo impacta en nuestro sistema nervioso se producen alteraciones en dos ejes, fundamentalmente como respuesta de adaptación:

a) el sistema nervioso autónomo, a través de la activación desde el hipotálamo del locus coeruleus y la liberación de catecolaminas;

b) el eje hipotalámico-pituitario-adrenal (HPA), que deriva en un aumento del nivel de ACTH (adrenocorticotrofina) y del cortisol a nivel plasmático.

Ambos sistemas se intermodulan.

Los trastornos afectivos se relacionan, en el nivel neuroendócrino, con alteraciones en el eje HPA. En la depresión se han observado anomalías hormonales semejantes a las que se producen en las situaciones de estrés por alteraciones en el eje HPA.

No hay órgano o sistema biológico que no sea influido por las vicisitudes ambientales que provocan respuestas adaptativas reguladas por la intermodulación de distintos sistemas. Un virus, un factor tóxico o cualquier otro elemento, así como estímulos de índole emocional, pueden alterar nuestra homeostasis.

Las reacciones ante los estímulos dependerán de las diferencias individuales, dados los condicionamientos pasados, las vulnerabilidades determinadas genética o constitucionalmente y los recursos biosicosociales de cada individuo en particular.

Pueden darse alteraciones en distintos niveles: en el de sistemas, en el celular (grupos de neuronas y circuitales) y en el molecular (sustancias, neurotransmisores). Podría decirse que una alteración molecular afectará a las neuronas de ese sector y a la función que desempeña cada sistema neuronal, lo que se manifestará como síntomas depresivos.

Mediante técnicas inmunohistoquímicas se ha podido observar en pacien-

tes depresivos un aumento del gen para CRH (factor liberador de corticotrofina) en el hipotálamo y en el locus coeruleus.

En estudios post-mórtem en pacientes depresivos se constató un aumento del CRH. También se observó que inyectándose CRH en ratas aparecían síntomas semejantes a los que se dan en general en los cuadros depresivos (disminución del sueño, del apetito, de la libido).

Asimismo, en niños víctimas de abuso o negligencia se aprecia un aumento de la actividad del CRH y de la expresión del gen, que persiste hasta la adultez y los hace más vulnerables a estresores menores.

En ratas separadas de las madres en sus primeros diez días se observó también un aumento del CRH cerebral y del ACTH, que se mantuvieron a lo largo del tiempo.

El CRH se encuentra incrementado en el LCF (líquido cefalorraquídeo) de pacientes depresivos por un hiperfuncionamiento del eje HPA. Esto acarrea un exceso de glucocorticoides en el organismo y una desensibilización de los receptores.

En el eje HPA y en la función inmunitaria, el CRH es una molécula que cumple un papel coordinador fundamental.

Se conoce que los receptores en los linfocitos (células inmunitarias) son capaces de recibir señales nerviosas y endócrinas que modifican la respuesta inmune. Se ha comprobado, a su vez, que el cerebro detecta señales liberadas por un sistema inmune activado. Es decir que por mutuas intermodulaciones se modifican funciones neurales, endócrinas y del comportamiento.

Distintas investigaciones han demostrado la incidencia en el funcionamiento humano de factores psicosociales y del comportamiento, incluyendo el sentimiento de bienestar y los eventos estresantes de la vida.

El estrés crónico produce alteraciones en el eje HPA y alteraciones en la inmunidad humoral y celular, así como una mayor susceptibilidad a las enfermedades infecciosas, autoinmunes y neoplásicas.

El CRH constituye también una señal que participa en determinadas conductas, como la disminución de la libido y el apetito, el incremento de la ansiedad, de la motilidad, efectos metabólicos periféricos a partir de la secreción de ACTH y de corticoides por las adrenales, gluconeogénesis, lipólisis, insulinoresistencia, etcétera.

Se da, además, un efecto de *activación mutua entre el hipotálamo y el locus coeruleus*, es decir que las catecolaminas activan la producción de CRH y este la de catecolaminas, cuyas alteraciones en la depresión son ya muy conocidas y objeto de tratamiento farmacológico.

Hay también una intermodulación de ambos ejes y se ha podido observar, por ejemplo, cómo el aumento de la serotonina producido por los tratamientos vuelve a la normalidad a los receptores de CRH.

Por la activación simpática aparecerán, además, efectos en la presión arterial, cardiovasculares, etcétera.

A principios del ochenta, en los Estados Unidos se realizaron investigaciones que relacionaron los síntomas del estrés y la depresión mayor. Se encontró que en ambas situaciones aparecía un incremento del alerta, focalización de la atención en el elemento desorganizador, supresión de las conductas alimenticias y reproductivas.

En suma, una inhibición de lo no adaptativo para enfrentar la amenaza. Pero este mecanismo adaptativo, en caso de perdurar, se disregula (fenómeno de *down regulation*), produciéndose desensibilización y alteración de los receptores.

La depresión podría verse como una respuesta generalizada al estrés, tomando este concepto en toda su complejidad y considerando la intermodulación de los distintos factores biológicos, genéticos y adquiridos, psicosociales y espirituales.

La depresión puede cursar con síntomas en cierta forma opuestos: insomnio o hipersomnia, anorexia o apetencia excesiva. Al no poder el individuo con sus recursos defensivos contrarregular o frenar la respuesta a los estímulos estresantes, o al contrarregularla excesivamente, aparecerán síntomas a veces opuestos, según una u otra situación.

La depresión melancólica con un sistema CRH hiperfuncionante aparecería con una respuesta no frenada frente la activación desencadenada ante una situación crónica de estrés. La vigilancia deviene en hipervigilancia e insomnio; la cognición, la memoria y la atención se focalizan excesivamente sobre ideas depresivas, influyendo sobre la capacidad de recordar, aprender, resolver problemas, etcétera. En esta situación podrán aparecer ansiedad, culpa, autorreproches, reproducción inhibida, anorexia e insomnio como respuestas excesivas adaptativas frente al estrés.

En la depresión atípica encontraremos un CRH hipofuncionante y síntomas como apatía, letargia, pasividad, hiperfagia e hipersomnia por una contrarregulación excesiva.

En otro trabajo se midió el volumen del hipocampo en pacientes con depresión mayor y grupos control, y se constató que, a mayor tiempo de depresión, menor volumen del hipocampo (este disminuye la actividad del eje HPA).

Se sabe que el aumento crónico de glucocorticoides que se produce con la activación del eje HPA produce atrofia o muerte celular. Se ve un aumento en la vulnerabilidad a noxas (hipoxia, isquemia, hipoglucemia); la atrofia se produce en la zona del hipocampo.

Aspectos psicológicos

Hemos planteado que, así como un virus, un factor tóxico o cualquier otro elemento pueden alterar nuestra homeostasis, también las emociones constituyen estímulos que impactan en nuestro sistema nervioso.

Hans Selye, en 1936, habló del estrés como el conjunto de modificaciones que se producen para adaptarse a una situación. El sistema neurovegetativo y el eje HPA son los principales implicados en las respuestas de estrés.

Pero el estrés crónico produce, como se ha mencionado, una desensibilización de los receptores, alterando el freno de la respuesta adaptativa y conduciendo así a la enfermedad.

Las experiencias tempranas impactan nuestro sistema nervioso central y producen modificaciones proteicas, neuronales y en las vías sinápticas y circuitos neuroinmunoendócrinos. Si estos estímulos son suficientemente intensos y repetidos, esas modificaciones perdurarán, facilitando ulteriores respuestas en el mismo sentido.

Los sentimientos de angustia y las ansiedades producidas por la vivencia de fallas empáticas desencadenarán una respuesta de estrés desde el sistema nervioso central que repercutirá sobre todo el organismo.

Esto nos permite comprender la importancia de las experiencias tempranas en la facilitación o determinación de una mayor vulnerabilidad para el padecimiento de alteraciones neuroendócrinas y cuadros depresivos como respuesta a situaciones estresantes.

En investigaciones de laboratorio animal se pudo ver la incidencia de los cuidados maternos en ciertos cambios producidos a largo plazo. Se ha observado, por ejemplo, que las crías que recibieron mucho afecto, presentan en situaciones de estrés un bajo nivel de ACTH y cortisol plasmático. Lo contrario ocurre con las que tuvieron pocas caricias. Otros trabajos mostraron la relación entre el mayor nivel de caricias y un mayor crecimiento de células hipocámpicas.

Estos estudios demuestran la incidencia de las experiencias tempranas en la determinación de la vulnerabilidad ante el estrés. Ello daría un sustento fisiológico a lo descrito por Spitz en la depresión anaclítica de los niños en situación de hospitalismo.

Otras investigaciones han permitido observar que las pérdidas o separaciones parentales en la infancia o en la adolescencia determinan una sensibilidad en los receptores, de manera que, posteriormente, las ideas o imágenes asociadas a estas emociones ya vivenciadas pueden operar como estímulo condicionado y desencadenar un episodio depresivo.

Todo esto estaría relacionado con los procesos de memoria y de plasticidad neuronal, pero no se apunta a explicaciones causales sino a dar cuenta de la complejidad de estos procesos y de las infinitas intermodulaciones biológicas y psicosociales, de factores conscientes e inconscientes, espirituales, ecológicos, cronobiológicos, temporales y espaciales.

Es esta una de las razones que explicaría el hecho de que, luego de varios episodios depresivos, ya no sean necesarios grandes estresores para ocasionar una recaída.

Es más fácil encontrar factores estresantes que precipitaron un cuadro depresivo en los primeros episodios que en los ulteriores.

Desde el psicoanálisis, hace cien años, Freud describió su concepto de las *series complementarias*: los factores hereditarios, sumados a los intrauterinos, forman el *factor constitucional*, y este junto con las experiencias infantiles conforman el *factor disposicional* o la *predisposición*. Estos factores constitucionales y disposicionales, unidos al desencadenante actual de un estado de estrés, determinarían la enfermedad actual.

Por ello, cuanto más tenga un individuo de trauma en la infancia, menos necesitará de graves experiencias para deprimirse. Por el contrario, cuanto más sano y armonioso haya sido el transcurrir de su vida, más grandes y severas deberán ser las situaciones que lo afecten negativamente.

Lo genético, las experiencias tempranas traumáticas —por demasía, por carencia o por ser dañinas o inadecuadas—, facilitarán los efectos depresores de los estímulos actuales.

Los estímulos o factores desencadenantes producirán efectos diferentes según el terreno con el que interactúen, es decir, según los recursos biopsicosociales y espirituales de cada individuo. Estos, además, estarán expuestos a variantes temporoespaciales: serán diferentes en distintos momentos de su vida y en distintos espacios.

Para crecer saludablemente se necesita afecto, al igual que para recuperarse de distintas alteraciones. El afecto es un concepto antropológico, una necesidad humana que se puede contemplar desde la química y desde la relación de encuentro con un *otro* significativo o investido de emoción para el sujeto.

Desde distintas teorías se observa que el hombre evoluciona pasando por etapas que llevan a la resolución de determinadas tareas:

- superación del narcisismo;
- reconocimiento del otro como autónomo e independiente;
- aceptación de la alteridad (el otro no es una prolongación de mi ser que hace todo lo que deseo);
- aceptación de la insuficiencia, saliendo de la omnipotencia y tomando conciencia de la necesidad de otros;

- aceptación de la finitud;
- aceptación de la diferencia sexual.

Para ello es necesario un aparato psíquico mental, memorias de experiencias y de personajes.

En su desarrollo, el aparato mental deberá atravesar distintos duelos. El duelo es una reacción normal a una pérdida; por ejemplo, el pasaje de un vínculo simbiótico con la figura materna a un proceso de separación-individuación, roles que se van perdiendo en distintas etapas evolutivas, etcétera.

El niño necesitará de las figuras parentales u otras figuras compensatorias para poder elaborar estas pérdidas y ser contenido. Así, se irá alejando de una etapa narcisista y omnipotente e irá transitando por el proceso de separación-individuación. Ello se irá dando a través de una frustración óptima, frustraciones graduales tolerables de acuerdo con los recursos y potenciales que ha ido desarrollando.

Si en la infancia hubo graves fallas empáticas, se vivenciaron situaciones traumáticas (abusos, separaciones tempranas, etcétera) o, por el contrario, el niño fue impedido de ejercitar la elaboración gradual natural ante las pérdidas, como consecuencia de conductas parentales sobreprotectoras excesivas, el narcisismo quedará sin elaborar.

Este niño entonces pretenderá, por ejemplo, que los objetos lo gratifiquen constantemente, o no podrá concebir el objeto como perdible, al ser el suministro para su autoestima. Esa dependencia puede llevar a una agresión contenida ante el temor de perder el objeto.

Muchas veces el deprimido vuelca su agresión sobre el entorno a través de la depresión, produciendo rechazo.

El individuo duelante que ha podido elaborar adecuadamente distintas pérdidas a lo largo de su vida, al perder a un ser querido o una función, podrá incorporar los aspectos positivos del otro a la estructura y memorias del funcionamiento de sí. Dirá, por ejemplo: "se fue pero conservo su legado".

El duelante puede incorporar así distintos aspectos a sus memorias y nutrir su autoestima. El deprimido tendrá ideas devaluativas. La agresión, como dice Freud, se vuelve sobre sí mismo.

La autoestima no sería sino memorias de apoyo y estímulo que nos permiten eventualmente elaborar nuevas pérdidas y seguir contenidos por esas memorias que nos sostienen. Esas memorias serían fundantes, lo que no es lo mismo que determinantes.

En 1917, en *Duelo y melancolía*, Freud definió la depresión como "la reacción a la pérdida real o imaginaria de un objeto o de una abstracción que ha tomado su lugar". La reacción aludiría al cómo se organiza la manera en que la pérdida es sentida.

En 1926, en *Inhibición, síntoma y angustia*, Freud destaca "la insatisfacible carga de anhelo", un deseo hacia un objeto no realizable y, como consecuencia de ello, el sentimiento doloroso, el afecto depresivo.

Puede tratarse de una pérdida a partir de las discrepancias entre el ideal y la realidad, asociándose a sentimientos penosos y traumáticos, lo que facilita una respuesta depresiva.

Estas resignificaciones desde la historia personal traumática se darían a nivel psíquico, pero hemos podido ver cómo las inscripciones psíquicas se corresponden con inscripciones biológicas que propulsan también determinadas respuestas.

Si ciertas circunstancias o acontecimientos vitales pueden generar un cuadro depresivo es porque son capaces de activar algunos de los circuitos que conducen a la depresión.

La predisposición a la depresión podría estar dada por la fijación a experiencias de impotencia. La no realización de deseos podrá traer sentimientos de desesperanza o representación de la falta de poder del sujeto. De ahí la inhibición y la abulia, componentes centrales de la depresión.

Estos deseos podrán ser de satisfacción pulsional, o de apego y de fusión, narcisistas de reconocimiento y valoración o relacionados con el bienestar del objeto (culpabilidad por daño al objeto).

Será necesario indagar acerca de los factores interactuantes que contribuyen a crear el presente sentimiento de impotencia y desesperanza y los que lo sostienen en la actualidad.

Dice H. Bleichmar que las depresiones no deben entenderse exclusivamente en una dimensión histórico-biográfica, sino también como procesos actuales que mantienen las condiciones generadoras de la depresión.

Por ello será necesario ver para cada paciente en particular el área prevalente que contribuye a crear el presente sentimiento de impotencia y desesperanza y conocer los factores que lo sostienen en la actualidad.

Aspectos terapéuticos

La repetición de un estímulo produce cambios sinápticos, químicos, neuroplásticos y biomoleculares. Los antidepresivos producirán modificaciones en el nivel biológico que se manifestarán en general a los 20 días de tratamiento, y la continuidad de este será necesaria durante cierto lapso para que perduren las modificaciones obtenidas.

El abordaje psicoterapéutico, las psicoterapias, los estímulos psicológicos, la palabra que vehiculiza afectos producen también efectos biomoleculares.

En el proceso de acompañar al paciente en el revisar su historia se va construyendo una nueva concepción y manera de reaccionar emocionalmente.

Determinados mecanismos defensivos que se implementaron en ciertos momentos de la vida pueden ser sustituidos por mecanismos más sanos y beneficiosos según la situación actual. Se amplía la gama de alternativas, pudiendo salir de la repetición, habilitándose otros circuitos y respuestas emocionales y conductuales.

Por ello, la terapia combinada que conlleve cambios en la manera de conectarse con la realidad será beneficiosa en este sentido.

El tipo de tratamiento farmacológico y psicoterapéutico variará según las características del cuadro y la sintomatología depresiva.

La sistematización del abordaje farmacológico o psicoterapéutico durante cierto período se hace necesaria para posibilitar que las nuevas inscripciones físicas o psíquicas perduren.

Una persona que tuvo un episodio depresivo mayor tendrá un 40% a 60% de probabilidad de repetirlo, y en un segundo episodio hasta un 70% de hacer un tercero.

Al disminuir los síntomas se corresponderá una disminución de la hiperactividad del eje HPA, que ante una recaída volverá a activarse.

Los antidepresivos tienen también un efecto protector para el trofismo normal de las neuronas de esta zona y producen una disminución de los glucocorticoides en sangre, con lo que aumenta la supervivencia y el trofismo de las neuronas hipocámpales.

Permitirían la proliferación dendrítica de las neuronas del hipocampo y el establecimiento de nuevas conexiones interneuronales, logrando revertir en cierta forma los efectos nocivos anteriores.

Incrementan además la serotonina y la noradrenalina, estimulan la cadena de segundos mensajeros y restituyen el efecto trófico y la función de remodelado sináptico de estos factores de protección neuronal.

Por todo lo planteado, queda clara la importancia de un tratamiento combinado para el logro de un efecto sinérgico.

Al habilitarse nuevos circuitos y producirse modificaciones biomoleculares, estas nuevas inscripciones facilitarán repuestas diferentes en el futuro, desactivando las anteriores.

Las terapéuticas, tanto farmacológicas como psicodinámicas, posibilitarían un reaprendizaje y una reformulación neuroplástica y conductual, en concomitancia con la incorporación de otros estímulos que se evalúen beneficiosos según las características de cada sujeto.

Bibliografía

- ARIAS, ARTZ, BONET, COSTA, GARCÍA BADARACCO, MOGUILLEVSKY: *Estrés y procesos de enfermedad*. Biblos, Buenos Aires, 1998.
- AFONZO, Yashmin, y DUBOURDIEU, Margarita: "Los factores emocionales y las funciones inmunitarias". *Psicología Médica. Temáticas II*, Sociedad Uruguaya de Psicología Médica y Medicina Psicosocial, Montevideo, 1996.
- BIONDI, M., y PICARDI, A.: "Psychological stress and neuroendocrine function in humans. The last two decades of research". *Psychotherapy and Psychosomatics* n° 68, 1999, pp. 114-150.
- BLEICHMAR, Hugo: *La depresión, un estudio psicoanalítico*. Nueva Visión, Buenos Aires, 1982.
- BLEICHMAR, Norberto, y LIEBERMAN, Celia: *El Psicoanálisis después de Freud*. Buenos Aires, Paidós, 1998.
- BOLLAS, Christopher: *La sombra del objeto. Psicoanálisis de lo sabido no pensado*. Buenos Aires, Paidós, 1991.
- BONET, Luchina: "Psiconeuroinmunoendocrinología". *Vertex*, Buenos Aires, 1995.
- CHEVNIK, Lancemestre: *El pensar actual en psicósomática*. Instituto de Psicósomática, Buenos Aires, 1993.
- CODERCH, J.: *Psiquiatría dinámica*. Herder, Barcelona, 1991.
- FAINBOIM, L.; SATZ, L., y GEFFNER, J.: *Introducción a la inmunología humana*. Ed. de los autores, Buenos Aires, 1999.
- FREUD, S.: "Duelo y melancolía" (1914-1916). *Obras completas*, vol. XIV. Amorrortu, Buenos Aires, 1972.
- JEAMMET, R.: *Psicología médica*. Masson, Barcelona, 1998.
- KOHUT, H.: *La restauración del sí mismo*. Paidós, Barcelona, 1997.
- MARTY, P.: *La psicósomática del adulto*. Amorrortu, Buenos Aires, 1992.
- MOGUILLEVSKY, J.: *Fisiología endócrina y de la reproducción*. Ed. del autor, Buenos Aires, 1999.
- MORIN, E.: *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona, Gedisa, 1994.
- SIMONTON, MAETHEWS y CREIGHTON. *Recuperar la salud*. Madrid, Raíces, 1988.

Resumen

La expresión de la conflictiva psicológica se da conjuntamente con trastornos orgánicos, así como las patologías con síntomas predominantemente orgánicos cursan con alteraciones psíquicas y de las relaciones personales. Comprender la complejidad del funcionamiento del ser humano, constituido por una red arboriforme de circuitos interconectados e intermodulaciones recíprocas de los sistemas nervioso, inmune y endócrino, lleva a superar la falsa dicotomía entre enfermedades físicas y enfermedades mentales. El ser humano como

unidad psicosomática debe ser comprendido, además, como un sistema abierto, que forma parte de sistemas mucho más complejos. Por ello, el abordaje de la depresión debe integrar los aportes de las distintas miradas que buscan comprender cómo los componentes biológicos, psicológicos, sociales y espirituales se conjugan y dan lugar a este proceso. Con este enfoque, el PNIE plantea la multifactorialidad y se aleja de una concepción de causalidad lineal psicogénica u organogénica, de una visión reduccionista en el estudio de los fenómenos de salud y enfermedad.

De las cogniciones a la depresión: el camino hacia la tristeza

por Lilián R. Daset

*A los hombres no los perturban
las cosas, sino la visión que tienen
de ellas.*

Epícteto, *El Enquiridión*.

Para recorrer el camino que propone el título, comenzaremos con un acercamiento a la depresión en su categorización clínica y en las expresiones que toma. En segundo término, realizaremos algunas observaciones respecto a la *perspectiva cognitivo-comportamental*, desde la que pretendemos abordar el tema. Luego nos detendremos en la explicación de los argumentos básicos que hoy día sustentan la comprensión e intervención sobre este padecimiento psíquico, desde esta corriente de la psicología. Expondremos después brevemente las características del abordaje terapéutico cognitivo-comportamental.

La autora

*Psicóloga, con estudios doctorales en Psicología. Docente de grado y posgrado. Directora de Investigación. Coordinadora del Área de Personalidad y Evaluación Psicológica de la Facultad de Psicología de la Universidad Católica. Psicoterapeuta.
<ldaset@ucu.edu.uy>*

La depresión como entidad clínica y como estado dolorosamente humano

La depresión como padecimiento psíquico ha sido ampliamente estudiada desde tiempos muy antiguos. Su explicación, al igual que la de otros problemas mentales, fue tomando formas diversas, en estrecha relación con las ideas imperantes en la época sobre lo que era la psiquis y sus expresiones, tanto normales como patológicas. Estas ideas estaban a su vez impregnadas por las concepciones subyacentes sobre qué era lo sano y qué lo enfermo, desde el punto de vista teológico, filosófico, biológico y psicológico.

Desde los antiguos griegos y chinos hasta nuestros días se han sucedido innumerables explicaciones y también formas de clasificar la depresión. Todo ese conocimiento y las evidencias recogidas a lo largo de los siglos se fueron acumulando y resumiendo, en gran parte, en sistemas de clasificación, con una finalidad esencialmente operativa, lo que fue dando paso a una *globalización*¹ del concepto de depresión como trastorno mental.

Los más utilizados sistemas de clasificación de los trastornos mentales —CIE² y DSM³— coinciden en conceptualizar la depresión como una *entidad clínica* que está presente y conforma distintos tipos de *trastornos*, tanto por su expresión —severidad, frecuencia y amplitud— como por su etiología. Al mismo tiempo, concuerdan —con diferencia de grado— en la importancia de atender a lo multicausal y a la relación de este padecimiento con los factores de riesgo y las capacidades de afrontamiento de las personas.

En los dos sistemas y aun en otros, la explicación de las formas en que se presenta esta entidad clínica es similar: un *trastorno del estado de ánimo* (afectivo) que tiene como característica principal las alteraciones del humor —"en menos"—. Los sentimientos de tristeza y desencanto forman parte de la experiencia normal. La depresión se convierte en un síntoma patológico en virtud de su intensidad, presentación, duración e interferencia con el funcionamiento general de la persona.

El grado con que se presenta un padecimiento psíquico es un punto relevante, en tanto conecta con el "mundo de los sanos" o, expresado de otra forma,

¹ En el sentido de un extendido consenso inter pares sobre lo que significa y las principales expresiones que toma el cuadro clínico, primariamente en el ámbito médico y luego en todo el campo de la salud mental.

² CIE en su 10ª versión (1992) refiere a la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud.

³ DSM en su 4ª versión (1995) refiere al Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana.

con aquellos grados de un problema que no necesariamente configuran una enfermedad mental, más allá de las consideraciones etiológicas subyacentes. Hablamos entonces de *padecer, sufrir, sentir dolor*, expresiones todas que pueden acercarnos a la idea de la tristeza, esa que está implícita como posibilidad en nuestras vidas, más allá de cualquier propósito.

La depresión en su sustrato se reconoce por el desánimo, la desazón, la pérdida de interés o placer, las ideas desvalorizantes. Bajo esta mirada es entonces una vivencia dolorosamente humana. Es lo que es, en sí misma, eso que cada individuo en cualquier idioma puede describir. Remite a vivencias que en algún punto del transcurrir de nuestras vidas hemos tenido o tendremos; es insoslayablemente una posibilidad de lo humano.

Hemos planteado entonces dos formas de la depresión: la que refiere a la *entidad clínica* y se inscribe dentro de la nominación de *trastorno* y la que nos remite a modos, estilos, estados de una persona en un momento o ante situaciones determinadas en el transcurso de su historia vital. Ambas son una realidad, puntos en el continuo salud-enfermedad; también ambas pueden coexistir o primar a partir de variadas razones. Es de esas razones que hablan las distintas perspectivas, en el intento por explicar y mitigar la depresión.

La depresión desde la perspectiva cognitivo-comportamental

Algunas notas sobre la perspectiva

La *perspectiva cognitivo-comportamental* supone un esfuerzo de integración de múltiples paradigmas, modelos y propuestas del campo de la psicología y las neurociencias. El nombre en sí mismo es producto de un consenso más o menos tácito, en el que las diferentes líneas que la integran se caracterizan —mayoritariamente— por los énfasis que hacen de los aspectos cognitivos o los del comportamiento. Además de la referencia a ese espacio común de confluencia de múltiples investigadores, teóricos de la psicología, de la neurociencia y de la clínica, el término remite a un cierto ordenamiento desde lo que se ha entendido como predominante en esta corriente de la psicología, esto es, los aspectos cognitivos, dejando de lado la cronología.

La *primera nota* caracterizadora estaría dada por los campos en que la perspectiva ha incursionado más fuertemente:

- a. el estudio de los procesos psicológicos básicos o funciones cognoscitivas, como la atención, memoria, inteligencia, percepción, etcétera, y sus

estructuras y operaciones (*paradigma del procesamiento de la información, modelo conexionista, etcétera*);

- b. la comprensión de contenidos mentales como las atribuciones, actitudes, expectativas, creencias y valores y los procesos por los cuales estos contenidos modifican el comportamiento humano (*teoría del aprendizaje social, teoría del desamparo aprendido, teoría de la autoconciencia, entre otras*);
- c. el análisis y los estudios sobre la identidad, los estilos y las formas de construcción de la personalidad (*teoría de la autorregulación cognoscitiva, etcétera*).

Han sido numerosas las contribuciones de la *perspectiva cognitivo-comportamental* en el estudio de los padecimientos psíquicos y de la depresión en particular, fundamentalmente en lo que refiere a las atribuciones que hacemos sobre lo que nos ocurre, las explicaciones sobre nosotros mismos y la forma en que todo esto se erige como una construcción, a partir de la cual nos contactamos con el mundo real o simbólico.

Una *segunda nota* de esta perspectiva está dada por su propensión a un entendimiento global del psiquismo humano, con una subyacente concepción de continuidad entre salud y enfermedad. La salud mental es entendida como la habilidad de adaptación a las demandas, tanto internas como externas.

La *tercera nota* refiere a la idea de que el ser humano es:

- un ser autoconsciente y que busca activamente el conocimiento; activo y responsable;
- que construye los mundos en que habita a partir de la interrelación con ellos y se autoconstruye;
- con intencionalidad y capaz de manipular simbólicamente su entorno.

Una *cuarta nota* distingue el proceso de aprendizaje como parte fundamental del proceso constructivo de la persona. Este postulado es asumido por casi todos los paradigmas y propuestas que constituyen la perspectiva.

En la *quinta nota* debemos enfatizar el carácter dinámico de esta perspectiva, en el sentido de obra en construcción. Esta característica explica en cierta medida la dificultad para encontrar dentro de la corriente definiciones acabadas y posiciones monolíticas. Muy por el contrario, es un punto de encuentro permanente de divergencias y nuevas propuestas, en especial si se tiene en cuenta que también discurre con las neurociencias y, por lo tanto, con los desafíos permanentes que proponen sus hallazgos.

Hemos repasado algunas de las notas que distinguen a la perspectiva cog-

nitivo-comportamental. No obstante, es dable señalar que persisten múltiples discrepancias y matices sobre las características reseñadas; por tanto, debería considerarse este apartado como un marco general a partir del cual abordar la depresión.

En este escenario general de la corriente cognitivo-comportamental y en el estudio de la depresión destacan los aportes de Aaron T. Beck y los de Martin Seligman y Lyn Abramson; propuestas ambas que comparten el postulado básico de que la persona deprimida hace una inferencia distorsionada y negativa de sí misma y de la realidad.

La psicología cognitiva se orienta al estudio de los procesos mentales, lo que implica el estudio del pensamiento, sentimientos, aprendizajes, toma de decisiones, juicios, etcétera, para entender la forma como las personas perciben, interpretan, sienten y razonan la realidad.

El modelo cognitivo de la depresión de A. Beck

Los trabajos de Aaron T. Beck sobre depresión tuvieron sus inicios en los años sesenta, sustentados en la observación clínica sistemática, en investigaciones experimentales —según señaló el propio Beck en 1979— y en gran medida en el *paradigma del procesamiento de la información*.

El propio autor lo nomina como *modelo cognitivo de la depresión* (Beck, 1967, 1973, 1975, 1983). Busca explicar el sustrato psicológico que lo sustenta alrededor de tres conceptos específicos:

1. la tríada cognitiva,
2. los esquemas y
3. los errores cognitivos

1. Concepto de tríada cognitiva

Esta tríada refiere a tres patrones cognitivos fundamentales que son los que sustentan en el depresivo las ideas que tiene sobre sí mismo, sobre sus experiencias y sobre su futuro. Intentaremos resumir este concepto:

1.1. Visión negativa de sí mismo

La persona se percibe desgraciada, enferma, que vale poco, como con algún defecto (psíquico, físico o moral), carente de atributos para ser feliz. Esta

visión queda muchas veces representada en los gestos, la presentación, el estilo de esa persona que, ante propuestas externas —y aun internas— plantea que “no puede” porque “cree que no puede”

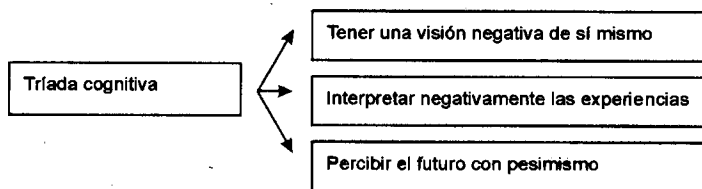
1.2. Interpretación negativa de sus experiencias

El individuo con depresión tiende a interpretar sus experiencias cotidianas de forma negativa. Tiene la idea de que “la vida”, “el mundo”, le hacen demandas exageradas, que se le pide demasiado, al tiempo que tiende a pensar que hay demasiados obstáculos y muchos de ellos son insalvables. Interpreta su interacción con el entorno en términos de frustración y derrota, incluida su relación con objetos inanimados. Percibe la vida como un cúmulo de experiencias negativas que “siempre le pasan a él”.

1.3. Perspectiva pesimista sobre el futuro

Esta visión negativa del futuro, al igual que los anteriores patrones cognitivos, tonaliza la vida de la persona con depresión. El mañana es avizorado como “tan malo como hoy”, el tiempo hacia delante también resulta pesadumbroso, porque espera sufrir tantas penas y frustraciones como en el ahora, o más. Tiene la idea de que nada se resolverá sino que, por el contrario, puede ir peor; ante cualquier proyecto predominará la idea de fracaso. Esta anticipación en sí misma puede ser determinante de la “profecía de la derrota” y terminar auto-cumpléndose.

Estos tres elementos que conforman la tríada cognitiva se comportarían como una lente a través de la cual las personas con depresión se ven a sí mismas, a lo que les ocurre y con la que miran el mañana.



2. Los esquemas

Los esquemas son patrones cognitivos bastante estables y constituyen la base de las interpretaciones; son los que organizan la información que se reci-

be en cogniciones, formando una red o matriz a través de la cual pasan y se resignifican los datos de nuestras experiencias.

En esa red o matriz de esquemas, algunos tienen mayor preponderancia que otros. En el caso de la depresión hay esquemas inadecuados que se solapan sobre los adecuados, los llamados *esquemas idiosincráticos prepotentes* (IP) (Beck, 1983).

Estos esquemas IP son en gran parte los responsables de que, cuando ingresa información "favorable", ella no pueda ser decodificada como tal. Así, en la persona que cursa depresión puede llegar a ocurrir que no surtan efecto la estimulación externa o los cambios de su entorno, en tanto la información no puede ser procesada o lo es en forma sesgada.

Este elemento es uno de los más difíciles de comprender, tanto por el propio involucrado como por sus allegados. Aquí hablamos entonces de una dificultad estructural que impide registrar aquellos aspectos de la realidad que no están en consonancia con lo que el *edificio psíquico* estipuló que es la realidad. "Lo que veo no es lo que me dicen los demás que es. Lo percibo así... así está en mi mente"; "Todos insisten en el perfume de las rosas... No entiendo por qué; yo no lo siento, pero sí siento sus espinas... No entiendo cómo no se dan cuenta...".

Los recuerdos, la memorización, así como la atención, están dirigidos por estos *autoesquemas depresivos*; la persona con depresión tiende a recordar y memorizar aquellas situaciones que tienen el mismo tono de los esquemas. En una mirada a un cielo parcialmente nublado registrarán más las nubes que la porción de cielo despejado y con ello construirán su visión de la realidad.

Estos esquemas pueden "hacerse cargo" de la matriz cognitiva, y entonces estaríamos frente a un cuadro depresivo severo. Puede ocurrir también que la persona sea capaz de ver con cierta objetividad lo que le ocurre y el tipo de pensamiento negativo que está teniendo, que sería el caso de los cuadros depresivos más leves.

Una vez instaurado el esquema depresivo, y desde el momento en que se convierte en un esquema idiosincrático prepotente, puede transformar significativamente las interacciones con el entorno y con el sí mismo. Si estas estructuras prevalecen y se retroalimentan positivamente por cierto tiempo, pueden resultar altamente patógenas por sí mismas y para el resto de la psiquis. En este caso la persona puede estar severamente incapacitada para considerar que sus interpretaciones negativas puedan ser erróneas.

3. Errores en el procesamiento de la información

En el procesamiento de la información del depresivo se dan una serie de *errores* que ocurren en forma sistemática y le permiten mantener la creencia en sus pensamientos negativos, aun si la evidencia es contraria a ello.

Los errores sistemáticos más comunes en la depresión son: *inferencia arbitraria, abstracción selectiva, generalización excesiva, minimización y maximización, personalización y pensamiento absolutista o dicotómico*.

Estos errores mantienen el *sistema de creencias* de la persona y hacen consonante la interpretación última de lo ocurrido con su visión de la realidad más permanente. No obstante, muchos de estos mecanismos son frecuentes en casos no patológicos, pero en esas personas no son sistemáticos o bien son circunstanciales, al tiempo que, al no contar con patrones cognitivos depresivos, no surten el efecto que tienen en los casos de la depresión —aunque siempre son un alerta que no se debe descuidar sobre las formas que tenemos de procesar la información.

Algunos ejemplos de estos *errores sistemáticos* pueden ser: sobregeneralización de un evento negativo —esto es, creer que a partir de un hecho desafortunado todo lo demás en nuestra vida es y será igual—; tendencia a organizar las experiencias en opuestos —o es agradable o es desagradable, o es bello o es feo, o es bueno o es malo—, juego de dicotomías en el que el depresivo se autonoma en el extremo negativo. “He fallado en esta tarea. Esto me demuestra que fallaré en todas las otras. ¿Para qué continuar? Siempre será así...”; “No me saludó... Es que nadie debe querer hablar conmigo”; “Hace un buen día pero no va a tardar en llover, porque a mí siempre me pasa cuando salgo... No va a durar el buen tiempo”.

Para A. Beck (1983), una forma posible de comprender el desorden de pensamiento presente en la depresión es planteando dos modos de pensamiento: uno *primitivo* y otro *maduro*. Esta línea argumental retoma los trabajos de Piaget, según sugiere el autor, y con ella intenta esquematizar fundamentalmente las características del modo *primitivo* del depresivo.

Pensamiento Primitivo	Pensamiento Maduro
Invariable	Variable
Absolutista, moralista	Relativo
Global, no dimensional	Multidimensional
Irreversible	Reversible

Adaptado de A. Beck y colaboradores (1983)

El modo *primitivo* de pensamiento, que al decir de Beck tiene prevalencia en la persona con depresión, refiere a la forma de darle estructura a la experiencia, y presenta tendencia a ser extremistas, categóricos y absolutistas en sus contenidos; poco variables en contenido y categorías; con propensión a emitir juicios globales y no detenerse en una interpretación más dimensional del tipo "esto ocurre en tal circunstancia, en tal otra ocurre otra cosa y en general esto no puede ser juzgado así". Para Beck y colaboradores:

El paciente depresivo tiende a interpretar sus experiencias en términos de privaciones o de derrotas (no dimensionales) y como algo irreversible (fijo). Consecuentemente, se considera así mismo como un perdedor (categórico, emite juicios de valor) y como una persona predestinada (déficit de carácter irreversibles).⁴

Los aportes de Seligman y Abramson

En la sección dedicada a los aspectos relevantes de la perspectiva cognitivo-comportamental hacíamos referencia a las contribuciones de las *teorías del cognitivismo social*. Entre ellas, las *teorías atribucionales* han realizado importantes aportes a la investigación de la depresión. Nos detendremos en dos: la *teoría de la indefensión aprendida* y la *teoría de la desesperanza*.

Para muchos estudiosos de la depresión, los trabajos de Martin Seligman (1975) sobre la *indefensión aprendida* han sido un invaluable aporte para ampliar la comprensión de esta problemática. Esta propuesta fue desarrollada en pruebas de laboratorio y posteriormente ha sido generalizada a muchos aspectos del comportamiento humano. Se la considera la precursora experimental de la *teoría de la depresión por desesperanza*.

En forma muy sucinta, la *teoría de la indefensión aprendida* plantea que, según nuestra historia de aprendizaje —en tanto experiencias vitales adversas—, podemos llegar a percibir que no tenemos control alguno sobre lo que nos sucede, que somos "hojas al viento", un viento que nos es ajeno y sobre el que no podemos actuar, sino sólo recibir pasivamente sus efectos. Esa creencia de que todo está controlado y dirigido de fuera, ciertamente implica un determinismo y por ende una actitud fatalista: "Todo siempre es así, yo no puedo hacer nada, no está en mis manos".

⁴ A. Beck, A. Rusch, B. Shaw y G. Emery (1983).

La indefensión aprendida explica, según estos planteos, bastante más que una entidad clínica como la depresión; abarca todo el psiquismo y por tanto lo que de él deviene. En el caso específico de la depresión, ha arrojado algunas luces para comprender los *estados de infelicidad*. Más puntualmente, nos ha acercado a una de las etiologías de la vulnerabilidad cognitiva, aquella relacionada con la construcción de las estructuras cognitivas en situaciones no deseables para el desarrollo, como lo son las originadas por el maltrato, tanto físico como psicológico.

La *teoría de la depresión por desesperanza* (Abramson, Metalsky y Alloy, 1989) propone un modelo cognitivo de vulnerabilidad-estrés. Según este modelo, hay mayor riesgo de padecer depresión —especialmente del subtipo *depresión por desesperanza*— en aquellas personas cuyos *estilos inferenciales* son negativos en tanto se presenten situaciones estresantes. Estos estilos constituyen la *vulnerabilidad cognitiva* (Abramson et al., 1997), la que está formada por patrones inferenciales desadaptativos, como las tendencias a: 1) inferir que tanto los factores estables como los globales causan los sucesos negativos; 2) inferir que aquellos acontecimientos que son negativos en el presente conducirán inexorablemente a situaciones futuras negativas; y 3) inferir características negativas de sí mismo cuando ocurren acontecimientos negativos —autoinculparse, desvalorizarse—.

Otra de las contribuciones refiere a los estudios sobre *vulnerabilidad cognitiva* y *vulnerabilidad biológica*, a partir de los cuales propone una integración que resumimos con una de sus frases:

Pensamos que la vulnerabilidad atribucional [cognitiva] en conjunción con la asimetría temporal anterior derecha [refiere a hallazgos sobre una activación hemisférica anterior derecha relativa en depresivos], podría reflejar un proceso biocognitivo común que incrementa el riesgo de desarrollar depresión.⁵

Desde estos modelos entonces se plantea que las personas poseen un estilo atribucional —a modo de rasgo de personalidad— que sería una característica más o menos estable. Así, algunos individuos serían especialmente vulnerables a padecer depresión por tener un estilo cognitivo o atribucional de tipo autoinculpatorio, el que se mantendría casi constante en entornos y situaciones diversos.

En los estudios comparativos del *modelo cognitivo de la depresión* de A. Beck y la *teoría de la depresión por desesperanza* de Abramson y colaborado-

⁵ Abramson, 1997.

res, surgieron múltiples puntos de coincidencia. En 1991, Beck realizó una revisión del modelo que había comenzado a desarrollar tres décadas antes, y a partir de ese trabajo aumentaron los puntos de encuentro entre su propuesta y la del equipo de Abramson, especialmente en lo que refiere a que en las personas deprimidas hay un componente diferencial fuerte en los aspectos atribucionales negativos (en relación con los no deprimidos), más aun que en los procesos mismos de la información, sin descalificar la importancia de estos últimos.

La propuesta terapéutica cognitivo-comportamental

Las explicaciones sobre la depresión que hemos desarrollado están en estrecha relación con las propuestas terapéuticas de esta corriente de la psicología. Ese vínculo está dado por el ámbito en que fueron desarrolladas y reevaluadas esas teorías y modelos: la clínica.

El objetivo de los estudios reseñados no ha sido otro que el que señalamos al principio: explicar la depresión para poder mitigarla. El tratamiento es entonces el sustrato sobre el cual se realizaron las propuestas teóricas y metodológicas.

Las psicoterapias que se inscriben dentro de esta corriente constituyen un modelo de tratamiento de tiempo limitado y tienen una serie de características comunes, de las que nos parece importante señalar:

- trabajo activo y de alta participación sobre la premisa de que vivir implica tomar decisiones permanentemente;
- rol del terapeuta directivo-colaborador;
- contienen siempre un sustrato psicoeducacional y preventivo;
- atienden a los factores cognitivos, afectivos, ambientales e interpersonales;
- se centran prioritariamente en la situación que, en acuerdo con quien consulta, es la más preocupante y limitante para alcanzar una buena calidad de vida;
- la terapia cognitiva de la depresión atiende el ahora, sin dejar de tener en cuenta la historia personal, familiar y cultural, así como los aspectos biológicos de quien consulta;
- se sustenta en un permanente ejercicio de investigación empírica;
- a partir de múltiples técnicas procura que el paciente revise sus cogniciones y las coteje con la realidad; para ello se apoya en estrategias comportamentales, además de las cognitivas.

Esta perspectiva de la psicología es en sí misma un macromodelo, dinámico y abierto, en cuanto a la acumulación de conocimiento y a la integración con otras disciplinas y áreas de la psicología, a la vez que aplicado, en tanto ayuda a la comprensión de las conductas y comportamiento humanos en los diferentes ámbitos. Las propuestas terapéuticas, por lo tanto, siguen esta línea: buscan integrar todos los aspectos de la vida de la persona a partir de una situación concreta, donde la tarea del terapeuta consiste básicamente en revisar y proponer alternativas, en permanente contacto con la realidad y los sistemas de creencias de quien consulta.

Entre las aportaciones recientes a problemáticas de alta incidencia poblacional se encuentran la psicoterapias cognitivas en personas de la tercera y cuarta edad, en grupos con patologías médicas severas —cardiovasculares, oncológicas, inmunodeprimidos, entre otras—, así como en las adicciones y muchos otros cuadros cuya comorbilidad depresiva es relevante. Lo mismo ocurre en el campo de los trastornos de la personalidad, donde la sintomatología depresiva es alta y recurrente, y en las patologías de inicio en la infancia y la adolescencia, con acercamientos no solo desde la morbilidad sino también de otros aspectos como los referidos a los factores genéticos, medioambientales y de género.

Los estudios meta analíticos realizados sobre los resultados de la psicoterapia cognitivo-comportamental arrojan resultados muy esperanzadores (Butler y Beck, 2000), en el sentido de un mayor nivel de recuperación en un tiempo más limitado.

Los últimos informes de la Organización Mundial de la Salud señalan el creciente aumento de la patología mental, a lo que se agregan los estudios transversales y longitudinales que se vienen desarrollando en múltiples universidades⁶ e institutos, cuyos resultados muestran el incremento de los padecimientos psíquicos que, sin constituirse propiamente en enfermedad, están incidiendo larvaria e incisivamente en la humanidad, sin distinciones de raza, región ni edad, con mayor prevalencia en comunidades expuestas a condiciones extremas o a sucesos adversos para un desarrollo normal.

Ante este panorama, las acciones preventivas, el apoyo psicológico básico y la investigación que puede aportar esta perspectiva se tornan una posibilidad real de acercamiento al objetivo primario de lograr una mejor calidad de vida para todos.

La ciencia psicológica aporta al resto de las ciencias una visión desde el psiquismo, lugar a partir del cual se hacen las construcciones humanas y a través del cual se establecen las formas relacionales con los demás. La psico-

⁶ La Universidad Católica del Uruguay, a través de su Facultad de Psicología, desarrolla proyectos de investigación en esta línea, tanto en adultos como en adolescentes.

logía cognitiva-comportamental debe integrar inexcusablemente los aportes de las otras ciencias, sin renunciar a su objetivo, sin el cual no tendría lugar en la construcción de conocimiento que haga más justa, más digna y más trascendente la existencia humana.

La tristeza, la desesperanza, la pérdida de sentido y gusto por vivir son producto de múltiples factores —tanto psicológicos como biológicos y ambientales—. La etiología es un capítulo inacabado; toda la ciencia que busca respuestas para los problemas esenciales y los padeceres más profundos es todavía una obra en construcción. No hay magia; solo búsquedas y algunos encuentros. Sobre esos hallazgos es que estructuramos este artículo.

Cuando miramos un atardecer, podemos centrar nuestra mirada en el colorido del sol que se va ocultando o en la oscuridad que avanza. William Shakespeare decía en Hamlet:

Porque no hay nada bueno ni malo. Así lo hace el pensamiento.

Referencias bibliográficas básicas

- ABRAMSON L. Y., et al. (1987): "Learned helplessness in humans: critique and reformation". *Journal of Abnormal Psychology*, vol. 87, n° 1, pp. 49-74.
- ABRAMSON, L. Y., et al. (1989): "Hopelessness depression: A theory based subtype of depression". *Psychological Review*, n° 96, pp. 358-372.
- ABRAMSON, L. Y.; ALLOY, L.; METALSKY, G.; JOINER, T., y SANDÍ, B. (1997): "Teoría de la depresión por desesperanza. Aportaciones recientes". *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, vol. 2, n° 3, pp. 211-222.
- ACHENBACH, T. M. (1993): *Empirically based taxonomy*. Burlington, VT, University of Vermont.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1995): *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV)*. Barcelona: Masson
- BECK, A. T.; KOVACKS, M., y WEISSMAN, A. (1975): "Hopelessness and suicidal behavior: An overview". *Journal of the American Medical Association*, n° 234, pp. 1146-1149.
- BECK, Aaron, et al. (1983): *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao, Desclée De Brouwer
- BECK, Aaron T. (1967): *Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects*. Nueva York, Hoeber.
- BECK, Aaron T. (1973): *The diagnosis and management of depression*. Filadelfia, University of Pennsylvania Press.
- BECK, Aaron T. (1991): "Cognitive therapy: A 30-years retrospective". *American Psychologist*, n° 46, pp. 368-375.
- BUTLER, A. C., y BECK, J. S. (2000): "Cognitive therapy outcomes: A review of meta-analyses". *Journal of the Norwegian Psychological Association*, n° 37.

- DASET, L. R. (1999): "Aproximación a una taxonomía empírica: estudio en jóvenes de Uruguay". *II Congreso de la Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología. Libro de Resúmenes*, pp. 83-84.
- DASET, L. R. (1999): "Sintomatología depresiva en la adolescencia". Ponencia en el 2º Encuentro de Centros del Programa de Vigilancia Epidemiológica en Depresión, OPS-OMS, Uruguay.
- DOS SANTOS PALAZZO, L., et al. (2001): "Depresión en la adolescencia en centros de atención primaria: importancia de un problema oculto en salud colectiva". *Actas Españolas de Psiquiatría*, vol. 28, nº 8, pp. 543-549.
- LINDSAY, Peter H., y NORMAN, Donald A. (1986): *Introducción a la psicología cognitiva*. Madrid, Tecnos.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1992): *Clasificación internacional de las enfermedades*. Madrid, OMS.
- SELIGMAN, M. E., y JOHNSTON, J. C. (1973): *A cognitive theory of avoidance learning*. Washington DC, Winston.
- SELIGMAN, Martin E. P., y CSIKSZENTMIHALYI, Mihaly (2000): "Positive Psychology: An introduction". *American Psychological Association*, vol. 55, nº 1, pp. 5-14.
- SOLANO, N., et al. (2001): "Intervenciones cognitivo-conductuales para la depresión en personas mayores. La eficacia de la terapia cognitivo-conductual para el tratamiento de la depresión en personas mayores". *Actas Españolas de Psiquiatría*, vol. 36, nº 4, pp. 189-194.
- SULLIVAN, Patrick F., et al. (2000): "Genetic Epidemiology of Major Depression: Review and Meta-Analysis". *American Journal of Psychiatry*, vol. 157, nº 10.
- USALL I RODIÉ, J. (2001): "Diferencias de género en los trastornos del estado de ánimo: una revisión de la literatura". *Actas Españolas de Psiquiatría*, vol. 29, nº 4, p. 269-275.

Resumen

El postulado general sobre el que se edifican las distintas explicaciones sobre la depresión concuerda en que las personas buscamos y creamos significados para nuestras experiencias, procesos a través de los cuales ocurre la adaptación al medio y a partir de ello se organiza la información sobre el sí mismo, las relaciones y el mundo en sistemas cada vez más coherentes, diferenciados y complejos. En la persona con depresión esos significados son negativos, au-

toinculpantes, poco flexibles y capaces de constituirse en las únicas lentes a través de las cuales se relaciona con el mundo y lo interpreta. Así pueden surgir la desesperanza y la falta de gusto y de sentido, todo lo que la aleja a cada paso de una vida plena y de una proyección de futuro. La terapéutica propone resignificar esos contenidos a partir de estrategias tanto comportamentales como cognitivas, posibilitando así una adaptación y ajustes internos y externos, bajo una permanente acción psicoeducativa y una integración de los múltiples factores que inciden sobre un sufrimiento humano de esta naturaleza.

Depresión en la infancia. Una perspectiva psicoanalítica

por Delfina Miller

El término *depresión* no posee el mismo sentido para el niño que para el adulto. La depresión no tiene, como veremos, el mismo contenido; representa una experiencia diferente según la edad. Es considerada por algunos como una *fase normal de la evolución* y por otros como un *fenómeno patológico*. Así se ha tratado de separar el *afecto depresivo* de la *enfermedad depresiva*, el *momento depresivo* de la *forma de ser depresiva*, las *fases depresivas* de los *procesos depresivos*. Intentaremos en esta breve exposición recorrer estos diferentes aspectos.

La autora

Docente de la Universidad Católica del Uruguay (encargada del curso Psicopatología Infantil y Entrevista, co-docente de Fundamentos en Psicoterapia Psicoanalítica y Psicología Profunda). Coordinadora del posgrado en Psicología Infantil y del Adolescente de la Universidad Católica del Uruguay. Miembro fundador y socio habilitante y docente de la Asociación Uruguaya de Psicoterapia Psicoanalítica. Miembro de la Sociedad de Investigación en Psicoterapia (SPR). <mmiller@ucu.edu.uy>

¿Podemos hablar de depresión en la infancia?

Para hacerlo con propiedad deberemos, en primer lugar, precisar si hablamos de una *experiencia afectiva básica*, de importancia psicológica general, o de una *enfermedad* (síndrome regresivo clínico).

Como experiencia afectiva básica

Entre los autores parece haber consenso en que los niños sufren este *afecto*, que en general aparece relacionado con elementos de desamparo, frustración, miseria o pérdida.

Se lo considera un afecto *básico*, que en todos los individuos deberá integrar la gama de reacciones y que en muchos podrá convertirse en el afecto de *alternativa*.

También se coincide en que, al igual que la angustia, se puede constituir en una *señal* relacionada con las posibilidades de pérdida de objeto.

Es decir que no solamente se considera que existe, sino que además es deseable, ya que, como se verá, resulta un afecto constitutivo de la personalidad.

Como enfermedad

Es de utilidad diferenciar el *síntoma depresivo* (experiencia de tristeza, pérdida del interés o del placer, escasa responsabilidad...), el *síndrome depresivo* (síntomas de estado de ánimo negativo acompañados por ciertos trastornos somáticos, cognitivos o conductuales) y el *desorden depresivo* (persistencia del síndrome). No parecen estar en discusión los dos primeros, pero sí la existencia de un *desorden depresivo*.

Describamos entonces cuáles serían sus manifestaciones y veamos después las diferentes posturas al respecto.

Las *manifestaciones primarias* engloban el núcleo esencial de la perturbación depresiva: la tristeza, la insatisfacción, la ambivalencia, los sentimientos de disminución de fuerza, de energía y del interés por el mundo exterior, la desilusión, la anhedonia, el pesimismo, la apatía, la falta de alegría, el vacío y la inutilidad, la inhibición del yo y el descenso de la autoestima, el desamparo y la inhibición de funciones. En términos metapsicológicos la entenderíamos como un investimento libidinal menor de lo normal en la representación de sí mismo, agresión insuficientemente fundida con la libido y orientada hacia sí mismo, lo que interferiría con el desarrollo del yo.

Las *manifestaciones secundarias* surgen en respuesta a la defensa y a la restitución. Entre ellas se cuentan la búsqueda de nuevos objetos, la adhesión a personas, los intentos obsesivos de controlar el sí mismo y el entorno, la reversión de los afectos, los estados psicósomáticos equivalentes al afecto, el comportamiento antisocial (como negación del desamparo), el insomnio y otros trastornos del sueño, y una serie de respuestas, en apariencia interminables, que representan una disminución crucial de la autoestima: abnegación, vergüenza de sí mismo, odio de sí mismo, autohumillación, autosacrificio e inseguridad, o imposibilidad de aceptar ayuda.

Las *manifestaciones terciarias* implican una participación total de la personalidad, una regresión más completa y una profunda disminución del sentido de realidad.

Como regla general puede afirmarse que las manifestaciones primarias se presentan por sí solas en la etapa infantil; que tanto las primarias como las secundarias son evidentes durante la infancia; y que las manifestaciones primarias, secundarias y terciarias pueden observarse unas veces en conjunto y otras veces por separado a lo largo de la vida adulta.

Las depresiones de la infancia y de la madurez son, por consiguiente, bastante diferentes entre sí desde el punto de vista clínico, y las diferencias se basan tanto en aspectos descriptivos como dinámicos.

De todas formas, la posibilidad de la existencia de desorden depresivo en los niños, sobre todo en los más pequeños, sigue dando lugar a diferentes consideraciones:

1) Aún nos enfrentamos a quienes sostienen que la depresión, en el sentido de enfermedad depresiva, no existe en el niño pequeño por razones de orden estructural. Esta teoría es sustentada, por ejemplo, por Rochlin y Rie. Ambos psicoanalistas se basan en el concepto de que el niño pequeño no cuenta con un desarrollo emocional que le permita responder a la pérdida de objeto sin una sustitución inmediata.

Para ellos, los niños pequeños no serían capaces de dirigir la agresión contra sí mismos, así como tampoco tendrían una representación de sí lo suficientemente estable como para sufrir una herida en su propia autoestima, condiciones ambas imprescindibles para desarrollar una depresión. Carecerían aún de normas e ideales lo suficientemente introyectados para ello, y dependerían en gran medida de la presencia exterior de los padres. Esta falta de estructuración tendría como consecuencia una notable labilidad en los estados de ánimo del niño, que los llevaría sobre todo a movimientos de regresión fáciles y a la búsqueda rápida de sustitutos del objeto perdido.

Según Rochlin, la reacción ante la pérdida suscitaría "una galaxia altamente organizada de fenómenos psíquicos consecutivos", en el centro de los cuales se encontraría el temor al abandono.

2) Otra línea de pensamiento, seguida por Toolan y Glasser, sostiene que la depresión (enfermedad) en el adulto y en el niño serían diferentes: *manifiesta* en el adulto y *enmascarada* en el niño.

Las manifestaciones de una depresión enmascarada (equivalentes depresivos) abarcarían prácticamente todas las manifestaciones psicopatológicas de la infancia: trastornos de conducta, fracaso escolar, síntomas psicósomáticos, hiperactividad, delincuencia, imagen negativa de sí mismo, sensación de ser malo, trastornos de la agresividad, etcétera, por lo que el concepto de *depresión enmascarada* se vuelve muy complejo y de diagnóstico muy difícil.

3) Otra corriente de opinión, sustentada por Poznanski, Carrison y Cantwell y también el DSM, considera que la depresión en el niño y en el adulto *son semejantes* y pueden ser diagnosticadas utilizando los mismos criterios, a saber: por lo menos dos semanas de un cambio permanente en el humor, manifestado por tristeza o irritabilidad y/o pérdida de interés y placer. Además debe haber cambios significativos en los patrones de sueño, apetito, peso, actividad, concentración, nivel de energía, autoestima y motivación. O sea: es necesario que haya un cambio y, además, que ese cambio interfiera en el funcionamiento global del niño.

De todas formas, hoy está aceptado que los trastornos del estado de ánimo en niños y adolescentes tienen una prevalencia elevada y pueden ser de gravedad, ya que generan un deterioro importante en el funcionamiento psicológico. Por ejemplo, se estima que un 1-2% presenta un *trastorno depresivo mayor*, entre un 10 y un 14% padece *distimia*, y entre un 0,25 y 1,2% sufre de *trastorno bipolar*.

Nos preguntamos si estos trastornos infantiles se encuentran desde antiguo entre nosotros pero no habíamos tomado conciencia de ellos, o si se trata de algo nuevo y perturbador, que con las exigencias cada vez mayores hemos introducido en el infante humano.

¿Cómo llegan los niños deprimidos a la consulta?

Paradójicamente, estos niños no suelen ser llevados a la consulta psicológica por la evidencia directa de ánimo depresivo, sino porque resultan irritables, desafiantes, negativistas, con arrebatos emocionales intensos en casa o en la escuela, o con quejas físicas sin causa aparente (cefaleas, dolores de estómago...), o hiperactivos, impulsivos, agresivos. Además, en general niegan tener algún problema.

Es decir que ya desde el comienzo el diagnóstico se vuelve complejo. La presentación no corresponde habitualmente a la idea que las personas no especializadas tienen acerca de la depresión; en consecuencia, no consultan por ella.

De todas formas, se realiza un *diagnóstico clínico* en el que resultan capitales las entrevistas a los padres (entrevistas semiestructuradas en las que se recorre la historia familiar y del niño desde el punto de vista biológico, psicológico y social) y en especial al niño (entrevistas de juego). Pueden aplicarse también inventarios de personalidad bajo la forma de cuestionarios autoadministrados (por ejemplo, Children's Depression Inventory, Beck Depression Inventory, Weinberg Screening Affective Scales).

Se puede arribar entonces al diagnóstico de TDM (*trastorno depresivo mayor*) y a sus variaciones clínicas: *distimia* (DM), *trastorno depresivo no especificado* (NE), *depresión bipolar* o *reacción depresiva*. Cada uno de ellos presenta características específicas que podrán encontrarse en los manuales de psiquiatría infantil y que por razones de espacio no podemos incluir aquí.

¿Cómo considera el psicoanálisis la depresión infantil?

En el psicoanálisis, dos síndromes se disputaron durante algún tiempo el nombre de *depresión*. Debemos por lo menos mencionarlos para luego desarrollar lo que de ellos resulta pertinente para nuestro tema.

a) El clásico *síndrome de Abraham-Freud* tiene sus raíces en la teoría de los instintos, en el narcisismo primario y en el daño narcisista experimentado en la infancia, que daría lugar a la siguiente secuencia: pérdida de objeto amado, dolor moral, falta de interés en el mundo exterior como fuente de placer, pérdida de la estima de sí mismo, ataques contra el objeto internalizado con el consiguiente autorreproche, y regresión libidinal a la etapa oral-canibalística. Se produciría una identificación narcisista con el objeto perdido como forma de conservarlo (Freud: *Duelo y melancolía*). Abraham dice:

El paciente melancólico debe de reprimir la proposición: "No puedo amar al otro, yo lo odio", y la convierte en "Yo soy detestable, condenable, maldito". Ambivalencia del amor y del odio simultáneos, sadismo reprimido, proyectado y culpa con él asociada, e inhibición y pérdida a través de la expulsión anal. La finalidad sexual del melancólico permanecería en la incorporación pura y simple del objeto.

El narcisismo está representado tanto en su forma positiva (autoestima ilusoria) como negativa (odio a sí mismo ilusorio).

b) En el segundo síndrome, el enfoque de la *psicología del yo*, existe un marcado desplazamiento del énfasis desde la culpa y la represión de los instintos sádicos hacia los problemas del desarrollo del yo frustrado, en el cual el papel que corresponde a la oralidad y a la agresión, dirigidos hacia la interioridad del sí mismo, se lleva a cabo de una manera muy insuficiente.

Solo la *melancolía* puede entenderse en términos de la teoría clásica. La mayoría de las demás depresiones, que constituyen la parte más importante, presentan formas benignas, que se manifiestan tanto en los adultos como en los niños (en los cuales se diagnostican como *reactivas* o *neuróticas*) y requieren una teoría explicativa diferente. Se las puede comprender con facilidad en

función del segundo síndrome, cuya enunciación teórica más importante es la de Bibring.

Bibring insiste en que la depresión no está determinada por conflictos intersistémicos entre el yo, el ello, el superyó y el entorno, sino por tensiones dentro del propio yo, que denominaríamos, según la teoría de Hartman, *conflicto intrasistémico*. Afirma que es depresión "todo lo que paraliza o reduce la autoestima del yo sin cambiar las aspiraciones importantes desde un punto de vista narcisista".

Esta teoría reúne un buen número de ventajas especialmente adecuadas a la situación infantil. No hay nada en ella que impida considerar la depresión clínica como posible dentro de la infancia, ya que la inhibición del yo, la autoestima y el desamparo entran en la comprensión psicológica del niño. Todas las dificultades metapsicológicas asociadas con el manejo de la teoría clásica desempeñarían un papel periférico.

La depresión sería entonces un conflicto interno del yo que se relacionaría con el nivel psicosexual y estaría en correlación con las necesidades defensivas, el factor desencadenante y un conflicto central.

La autoestima es el núcleo central de la teoría de Bibring (lo mismo que de la de Jacobson) y su regulación es, por lo tanto, una cuestión crucial en la vida del individuo depresivo. En la infancia, el amor y la autoestima nunca se hallan muy alejados uno de otra. Como expresó Fenichel, "el niño pequeño pierde su autoestima cuando pierde el amor, y la reconquista cuando obtiene de nuevo el afecto". El ciclo de la psicología del yo descrito por Bibring, en el que las aspiraciones elevadas suscitan sentimientos de desamparo y desesperanza y, finalmente, ocasionan la depresión, es más fácil de concebir como episodio psicológico infantil que las complejas secuencias que exige la teoría clásica.

En el contexto de la autoestima, y también en relación con la experiencia del niño, Jacobson realiza una destacada contribución adicional relativa al factor *vergüenza* en el ciclo de la depresión. Para esta autora, una autoestima disminuida no está necesariamente basada en un conflicto del superyó; de ahí que la depresión pueda aparecer en ausencia de culpa (un punto acerca del cual ha habido muchas controversias), siempre que se den sentimientos de inferioridad o de vergüenza, que son también conflictos intrasistémicos. Con bastante frecuencia, ambos se dan al mismo tiempo, y en tales casos la vergüenza oculta la culpa.

Otro punto muy importante en relación con el sistema de la vergüenza es que puede aparecer en los niños pequeños antes de que se establezca el sistema del superyó. Los niños podrían entonces experimentar "depresión de vergüenza" como conflicto narcisista primitivo, antes de ser capaces de sentir "depresión de culpa". El ciclo de la autoestima disminuida, que culmina en la

depresión, debe incluir, por consiguiente, sentimientos de inferioridad, de vergüenza y de autoconciencia.

De todas formas, es importante considerar que la idea de base está referida a una pérdida que no tiene por qué corresponder a una pérdida real, sino a la interrelación de necesidades, deseos, afectos, objetos internos y externos.

Si consideramos la depresión, desde el punto de vista psicoanalítico, como la respuesta del yo frente a la pérdida de objeto, ésta sería muy precoz. Si, en cambio, nos atenemos al sentimiento de desvalorización, de pérdida de autoestima, sería mucho más tardía. Duelo y depresión están superpuestos en el primer caso, no en el segundo.

La depresión en las diferentes etapas de la niñez

De acuerdo con las líneas de orientación trazadas, podría avanzarse un perfil diagnóstico que en muchos aspectos es diferente del de los adultos. Sin embargo, por lo que respecta a sus desarrollos precedentes y posteriores, posee suficiente similitud como para incluirlo en la misma clase dentro de una clasificación. Por otra parte, cabría esperar que cada etapa evolutiva aportase sus modalidades al resultado final. Vayamos entonces a esta consideración:

Depresiones en la lactancia

Está ya suficientemente observado que desde etapas muy precoces los niños pueden presentar depresiones, tanto normales como patológicas.

Los *síntomas* serían: apatía, inhibición motriz, disminución de las conductas prosociales, retardo en el crecimiento, retardo en la adquisición de pautas madurativas, llanto difícil de calmar y, en ocasiones (*depresión anaclítica*), deterioro del estado general y muerte.

Se asocia en general a pérdidas de figuras de apego sin la aparición de un sustituto adecuado y a trastornos en la interacción madre-bebé.

Para estos estados se fueron suscitando diversas explicaciones, pero el psicoanálisis tiene un papel preponderante en su consideración.

En *Inhibición, síntoma y angustia* (1920), Freud observó que desde muy temprano el niño es capaz de sentir afectos muy fuertes y de diverso contenido. Se refería, por ejemplo, a la posibilidad de sentir angustia y reaccionar frente a ella. La angustia se produce cuando el niño queda solo, o en la oscuridad, o cuando percibe una persona extraña en lugar de la que habitualmente cuida de él. Estas tres circunstancias se resumirían en una sola: "la ausencia

percibida de la persona amada", que sería la que generaría en el niño un aumento de las tensiones internas, ante las cuales se sentiría impotente si había ya agotado el recurso de la imagen mnésica en forma de representación alucinatoria del objeto maternal que podría consolarlo. Sería ésta una angustia ante la pérdida y la separación que podría dar lugar al duelo y a la depresión en lactantes. Más tarde, la experiencia le enseñaría al niño que la persona amada permanece y reaparece, pero que es su disposición hacia él la que se modifica. A partir de entonces, la pérdida del amor de esa figura constituye el peligro temido, y la fuente de angustia frente a la que se hace un duelo o se cae en una depresión.

Aquí nos encontramos con uno de los orígenes que el psicoanálisis atribuye a la enfermedad depresiva.

Melanie Klein (1924), por su parte, habla de un "afecto depresivo" normal y deseable durante la lactancia. Describe con el nombre de "posición depresiva" aquella fase durante la cual el niño es capaz de reconocer el objeto en su conjunto. Este objeto, la madre, se vuelve para él la fuente tanto de lo bueno como de lo malo, lo cual lo lleva a sentir una gran dependencia frente a la cual se vive como impotente. La actitud del niño frente a este objeto se vuelve ambivalente y la angustia se centra en su temor a destruirlo (por efecto de sus pulsiones destructivas). Siente entonces aflicción por ese objeto perdido o destruido y culpa por creer que lo ha destruido él mismo. Este es para Klein el contenido del afecto depresivo durante la lactancia. Sería una fase normal, deseable y promotora de la independencia con respecto al objeto.

Spitz (1950) presenta el aspecto patológico del afecto depresivo. Lo conceptualiza a partir de comprobar los efectos en niños pequeños de una prolongada carencia de cuidados maternos durante su internación en instituciones. Él habla de la *depresión anaclítica*, que hace referencia a la ausencia de un personaje que cumpla de forma válida la función materna ante el niño. Se caracteriza por una primera fase de exacerbación de las angustias depresivas, tras lo cual sobreviene un desinterés progresivo hacia el ambiente, pérdida de apetito y un trastorno del desarrollo ponderal y general. Después de tres meses la motricidad disminuye, la actividad autoerótica desaparece progresivamente y se instala el insomnio. Tras una fase de resistencia, el niño entra en un estado de agotamiento que tiene consecuencias irreversibles. Este cuadro patológico de la primera edad está estrictamente ligado a la ausencia real de una madre y por ello es llamativamente reversible (al menos en sus primeros estadios) cuando el personaje vuelve junto al niño. La naturaleza reaccional de este cuadro lo opone a la depresión propiamente dicha en el adulto.

Winnicott (1970) también se refiere a una posición depresiva normal y la une al momento del destete, aunque prefiere llamar a este período "estadio de in-

quietud". Para él la depresión como estado clínico no es este estado de inquietud, sino que está marcado por una dificultad para superarlo en la cual seguramente confluyen su propia incapacidad y la carencia del ambiente.

Kreissler (1990) presenta la "depresión fría", equivalente de la "depresión esencial" caracterizada por Marty para los pacientes adultos. Con síntomas mucho menos notorios que la depresión franca, reviste gran importancia, ya que puede preparar trastornos somáticos benignos o graves en la edad adulta. Se caracteriza por una expresión de indiferencia y de carencia.

También hace especial referencia a las carencias en los cuidados maternos como promotoras de cuadros somáticos que muchas veces esconden una depresión. La sintomatología aparecería en el cuerpo ante la dificultad de esos niños (por sus propias carencias afectivas) de acceder a un adecuado conocimiento de su mundo interno, a un buen nivel de simbolización y elaboración de la conflictiva.

Así, nuevamente nos enfrentamos a la consideración de la depresión como enfermedad o como afecto básico y deseable.

Depresiones de la primera infancia

A medida que los niños van creciendo, sus estados afectivos se vuelven más complejos y también sus interacciones con el ambiente. En esta etapa la depresión se *asocia* a eventos vitales estresantes y a una mayor frecuencia de abuso o negligencia de los cuidadores.

Sus *síntomas* serían: tristeza persistente, anhedonia, desesperanza, pesimismo, pasividad, disminución del rendimiento, aburrimiento frecuente, quejas físicas, dispersión atencional, irritabilidad, mal humor, trastornos del sueño o de la alimentación, robos, mentiras, fugas, ideas de muerte o intentos de autoeliminación.

Según Mahler, se trata de un estado que se origina durante el proceso de separación-individuación. Durante este periodo (próximo a los dos años) el niño se va volviendo más consciente de sí mismo y de sus padres, a los que puede considerar personas diferentes a él mismo y que ya no lo satisfacen en forma completa y permanente. Cuando el niño comienza a notar esos comportamientos que ya no le confirman su omnipotencia, su autoestima se resiente y se vuelve más susceptible de caer en estados depresivos. Cuando esto se fija como respuesta estable, el mundo pierde, junto con el yo, las valencias y el niño pierde interés en el mundo. Por lo general, al mismo tiempo, está enojado con sus padres, pero esta irritación no tiene por qué ser consciente. El niño con este talante parece estar falto de un sí mismo, es menos vital, menos receptivo. Es posible que se queje de que todo es aburrido, carente de interés y de que no hay nada que él pueda hacer.

Los criterios de Mahler para diagnosticar una reacción depresiva preedípica (que puede o no ser precursora de enfermedades depresivas posteriores) son: una predisposición a la tristeza y a la aflicción entremezcladas en la matriz del estado de ánimo en cierto modo abatido, carencia de espontaneidad y alegría, y un sentimiento de no ser amado ni digno de serlo.

Para esta autora, sólo después de la separación-individuación aparecen las estructuras y funciones del yo necesarias para que se presente cualquier manifestación que pueda tener semejanza con la depresión en la vida adulta.

Depresiones en el período edípico

Se caracterizan por dificultades de contacto, angustia, inhibición, incertidumbre, agresividad, enuresis, insomnio, mutismo y onicofagia, miedos nocturnos, crisis de llanto, gritos.

Abraham fue el primero que apuntó la posibilidad de un prototipo infantil de melancolía que tiene su origen en graves contratiempos de la etapa edípica. Esta "paratimia primaria" se caracteriza por furia, resentimiento y resignación a los sentimientos de pérdida y abandono.

Jacobson reconoció que el desengaño era el precursor de la depresión. Ésta no parecía brotar de un poderoso superyó, sino de la debilidad de un yo desilusionado por la pérdida de confianza en la omnipotencia mágica de los padres.

Esta depresión primaria *se muestra* por medio de la desilusión, la tristeza, la apatía y una sensación de vacío, y representa una negación de todo lo que vale la pena tener en cuenta en el sí mismo y en el entorno. Sería la experiencia esencial de todas las depresiones posteriores.

El individuo vulnerable es proclive a mantener relaciones de objeto frágiles, basadas en la dependencia oral, y a proyectar de nuevo imágenes agrandadas del superyó y del ideal del yo sobre el entorno exterior. La historia de este tipo de personas es característica: frustraciones durante el período preedípico; mala crianza seguida de una atención materna deficiente; un comienzo precoz de la relación con el padre; decepciones edípicas por parte del padre y de la madre que propician que el niño se aleje de uno de ellos y se aproxime al otro, suscitando discordias entre ambos; una huida de los padres para sumirse en un retraimiento resentido y narcisista; y finalmente, la caída en enfermedades depresivas.

Estados depresivos del niño al final de la latencia

La sintomatología depresiva se refiere sobre todo a la esfera cognitiva (rumiación, ideas e impulsos suicidas, sentimientos de inferioridad y de depresión); la cefalea es dominante como síntoma psicossomático.

Bernard Penot (1990), tras haber realizado una serie de estudios, sostiene que se trata aquí de "estados depresivos francos" de aparición más tardía. La inhibición ocupa el primer plano del cuadro clínico: inhibición gestual, mímica, verbal y mental bastante constante a lo largo del examen de estos niños. Parecen invadidos por una vivencia de impotencia y de desánimo profundo, a menudo acompañada de negativa a asistir a la escuela, que tratan de justificar con intentos de racionalización de carácter bastante indefinido. El entorno suele hablar de pereza y mala voluntad, y la escuela los considera indisciplinados y provocadores. También aquí, la existencia de dificultades del comportamiento en determinadas circunstancias confiere a la sintomatología de estas depresiones infantiles una apariencia heteróclita y desconcertante, que las distingue en apariencia de las depresiones graves del adulto.

Sin embargo, el sufrimiento moral es muy perceptible. Estos niños parecen encontrar una especie de alivio en la autoacusación y la autodepreciación, a pesar de no mostrar dificultades en los tests de inteligencia.

Nissen informa que, en su opinión, la sintomatología está determinada por la edad y el sexo. Demuestra que las niñas son en general más tranquilas e inhibidas, con tendencia a fluctuaciones del humor y a la rumiación, mientras que los varones se caracterizan por la dificultad de establecer contacto por la tendencia al aislamiento, que combinada con inhibiciones de aprendizaje e irritabilidad puede conducir a dificultades escolares y agresividad.

¿Cuál podría ser el origen de la depresión?

Más allá de todos estos desarrollos psicoanalíticos, debemos plantearnos aún esta pregunta, a la que se han dado diversas respuestas:

a) *Causas biológicas*: alteraciones en los neurotransmisores (serotonina, noradrenalina y dopamina).

b) *Causas familiares y sociales*: patrones negativos de pensamiento, funcionamientos familiares de riesgo, eventos vitales estresantes que representan pérdidas, hándicaps crónicos

c) Los investigadores psicoanalíticos (Abraham, Jacobson, Anthony) constatan una *vulnerabilidad a la depresión* en función de una "constitución instintual" que implica la naturaleza y la intensidad de la dotación de pulsiones y la presencia de "puntos de fijación" tempranos, conectados con determinadas

experiencias ambientales en las primeras etapas de la vida. Para Freud, entre los factores de predisposición se encuentran el incremento constitucional tanto de la ambivalencia como de la oralidad, la experiencia de la pérdida de objeto y una regresión al narcisismo. Klein señala un exceso constitucional de envidia oral-sádica.

Considerando todos los datos disponibles, parece fundada la tesis de que la personalidad depresiva procede de una predisposición motivada por factores genéticos y constitucionales y por determinadas experiencias de los primeros cinco años de vida, y también que la predisposición aumenta de manera constante durante este período con cada nueva etapa del desarrollo.

La predisposición comprende factores genético-constitucionales y una serie de depresiones prototípicas que afectan al lactante, al niño y al preescolar. Como resultado de algún acontecimiento o circunstancia desencadenante, se produce una reactivación de la depresión prototípica en la infancia, en la adolescencia y en la vida adulta, con grados de complejidad creciente.

Para algunos autores posee gran importancia el *componente endógeno* de estas depresiones y el papel desempeñado por los factores hereditarios.

Otros hablan de una *respuesta afectiva depresiva de base*, que puede ser de corta o larga duración, de intensidad más o menos variable.

Otro aspecto de la enfermedad infantil es su estrecha relación con la *situación familiar*. Así, se consideran defensorios la pérdida parental por separación, divorcio o muerte; el rechazo y el desprecio por parte de los padres; la falta de interés hacia el niño; la depresión parental; la exigencia familiar; el manejo no adecuado de la agresión y la hostilidad...

Tratamiento

Para decidir el tratamiento debemos considerar varios puntos: la severidad del episodio, el número de episodios anteriores, la cronicidad, el subtipo de depresión de que se trata, la edad del paciente, y también elementos contextuales como la situación familiar, el rendimiento académico, la exposición a eventos vitales estresantes y negativos, la motivación y adhesión al tratamiento del paciente y de su familia, las respuestas que va teniendo al mismo. Otro punto importante a considerar es la comorbilidad.

El tratamiento más adecuado de los niños y adolescentes es el *multimodal*, que incluye medicamentos, terapia psicológica e intervenciones psicosociales. El objetivo principal será acortar el período de duración del trastorno y reducir las consecuencias negativas que pueda tener sobre la personalidad del niño.

Farmacoterapia

No hay aún investigaciones que demuestren la efectividad del uso de medicación antidepresiva en niños, como sí la hay en adultos. Las investigaciones no muestran diferencias significativas entre el uso de antidepresivos y placebos. De todas formas, la medicación es muy usada, aun cuando, en general, nunca como única alternativa.

Psicoterapia

Hay diversos estudios que comprueban la eficacia de la psicoterapia. Ésta puede ser de diversos tipos que serán elegidos según el caso —familiar, individual, grupal— y de diferentes orientaciones —psicodinámica, interpersonal, cognitivo-conductual, terapia de apoyo—.

En la psicoterapia psicoanalítica —de la que tengo más conocimiento—, dependiendo de la edad y de la entidad de los síntomas se hará una intervención familiar, con padres, o un tratamiento individual, mediante los cuales se buscará *resolver la conflictiva de base*.

El método utilizado en el caso de la psicoterapia individual será el de entrevistas de juego. A través de ellas se promoverá en el niño un mayor conocimiento de sí mismo (establecido sobre la base de las vivencias transferenciales) y un mejor uso de sus recursos psíquicos. Los instrumentos terapéuticos serán el juego, la palabra y el vínculo, por medio de los que se buscará resolver o elaborar conflictos psíquicos y carencias.

Conclusiones

El afecto depresivo, a la vez que resulta una posición existencial, fundamental en la integración del individuo, aparece como una manifestación patológica de diversos grados y con distintas etiologías. El nivel de desarrollo del niño se nos impone como un determinante fundamental para considerar las características de la depresión, así como para indicar el tratamiento de esta afección que, de forma franca o enmascarada, reactiva o endógena, normal o patológica, condiciona la evolución.

Cada etapa del ciclo vital humano está asociada con experiencias de pérdida. Algunas de éstas están implícitas en la estructura evolutiva y son, por lo tanto, inevitables, mientras que otras pueden ser consideradas accidentales o externas; algunas son de carácter psíquico, otras son reales y materiales. El hombre debe enfrentar esas pérdidas y para hacerlo ha creado diversos estilos de duelo. La depresión, en sus aspectos más normales de pesadumbre y tris-

teza, se puede equiparar a ese duelo. La depresión clínica, en cambio, supondría un duelo patológico.

Bibliografía

- ANTHONY, J.; BENEDEK, T.: *Depresión y existencia humana*. Salvat, Buenos Aires.
- ASOCIACIÓN PSICOANALÍTICA DEL URUGUAY: *Los duelos y sus destinos. Depresiones hoy*.
- BIBRING, E.: *The mechanism of depression*. International University Press, Nueva York.
- BOWLBY, J.: *Attachment and loss* (vol. 1 y 2). Basic Books, Nueva York.
- DE AJURRIAGUERRA, J.: *Manual de psiquiatría infantil*. Torray-Masson, Barcelona.
- KREISLER, L.: *La desorganización psicósomática en el niño*. Herder, Barcelona.
- LEBOVICI et al.: *Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente* (tomo III, caps. XII y XIII). Biblioteca Nueva, Madrid.
- MAHLER, M.: *Notes on the development of basic moods: The depressive affect in psychoanalysis*. International University Press, Nueva York.
- PARMELEE, D. X.: *Psiquiatría del niño y del adolescente*. Harcourt Brace.
- WIKS-NELSON, I.: *Behavior disorders of childhood*. Prentice May, Nueva York.

Resumen

El artículo parte de interrogarse acerca del significado del término depresión aplicado a los niños, por cuanto, siendo una experiencia de diferente contenido que en el adulto, se vive de forma especial en cada etapa del desarrollo. Tras considerar a la depresión como una fase normal de la evolución y como un fenómeno patológico, intenta precisar si se trata de una experiencia afectiva básica o de una enfermedad con manifestaciones específicas. En este sentido, da cuenta de las controversias entre distintos autores: algunos sostienen que la depresión como enfermedad no existe en la infancia, o que en caso de existir lo hace de forma enmascarada, mientras que otros afirman que es semejante a la del adulto. El trabajo toma como base la perspectiva psicoanalítica (Freud, Abraham, Hartman, Bibring, Klein, Spitz, Winnicott, Kreisler, Mahler, Jacobson, Penot...) para reconocer las manifestaciones de la depresión en las distintas etapas de la niñez (lactancia, primera infancia, período edípico, latencia), identificar su origen y recomendar un tratamiento.

Depresión: una perspectiva psicoanalítica

por Francisco Ameglio

La depresión como duelo patológico

Pensar la depresión, entender la depresión desde el punto de vista psicoanalítico, llevaría a preguntarnos, por un lado, acerca de la depresión como entidad clínica, y por otro, en sus manifestaciones en distintos cuadros psicopatológicos, ya que puede haber aspectos depresivos tanto en las neurosis más clásicas como en las psicosis.

Una primera aproximación a la depresión llevaría a considerarla como el *afecto doloroso* que acompaña las situaciones de separación y de pérdida.

Desde el psicoanálisis pensamos el proceso de desarrollo del ser humano, del infante al adulto, como un recorrido y trayecto vital jalonado por diversas situaciones de separación y pérdida. Ellas darán lugar a *angustias* que estarán coloreadas por los afectos y problemáticas propios de cada etapa del desarrollo.

Partimos de la premisa inaugural que hace del ser humano un sujeto necesitado de un otro que lo desee y lo constituya. Ese *desvalimiento, desamparo e indefensión* iniciales irán tomando distintas formas y cobrando diferentes sentidos a lo largo del itinerario de la vida.

El autor

*Psicólogo clínico. Psicoanalista.
Miembro asociado de la Asociación
Psicoanalítica del Uruguay. Docente
de la licenciatura en Psicología,
Universidad Católica del Uruguay.
<amegliof@adinet.com.uy>*

Es en el vínculo con ese otro-objeto inicial que se van a jugar los afectos más inherentes a la condición humana, el "te quiero porque estás a mi lado" y el "te odio porque me abandonaste". Amor y odio, pulsiones de vida y pulsiones de muerte.

En esa trama vincular van a ir dándose también las separaciones y pérdidas constanciales a los distintos momentos evolutivos. Así, en la primera infancia surgirá la angustia frente a la separación y pérdida del objeto nutricional primario, modelo y paradigma de las situaciones de pérdida posteriores.

Las separaciones y pérdidas dan lugar al *dolor* psíquico y también al *trabajo de duelo*. En forma acotada diríamos que el trabajo de duelo es el trabajo de elaboración psíquica, el proceso intrapsíquico consecutivo a la pérdida de un objeto, por el cual logramos progresivamente desligarnos de él.

Es un proceso interno que implica por parte del sujeto una *actividad*. Y ésta puede fracasar, como lo muestran los casos de *duelo patológico*.

Por esto es que relacionamos este concepto con una función más amplia de la mente, que es la función de *elaboración psíquica*, entendida como la necesidad del aparato psíquico de ligar las impresiones traumáticas.

El trabajo de duelo se caracteriza por la falta de interés por el mundo externo que se instala con la pérdida del objeto.

Toda la energía del sujeto parece acaparada por su dolor y por su recuerdo hasta que el yo —por decirlo de alguna manera—, obligado a decidir si quiere compartir el destino del objeto perdido y [...] considerando el conjunto de las satisfacciones narcisistas que impone el quedarse vivo, se determina o se decide a romper el vínculo con el objeto perdido-roto-aniquilado [...].¹

En este sentido, se ha dicho que el trabajo de duelo sería algo así como "matar el muerto".

Este trabajo provoca modificaciones en la forma de vinculación y en los intercambios entre la realidad interna y la realidad externa.

Desde lo vivencial, parecería que el mundo entero queda vacío, tanto el mundo externo como el interno.

Debe subrayarse el hecho de que al principio del duelo sólo se rompen los lazos con el objeto real, al tiempo que se produce una sobreinvestidura o sobrecarga objetual y narcisista del objeto interno. Es decir que por un lado tendríamos un movimiento de desinvestidura y por el otro una sobreinvestidura. Pero estos movimientos no son ni proporcionales ni simétricos, ni consisten solamente en un proceso económico.

¹ Laplanche: *Diccionario de psicoanálisis*. PUF.

Mientras que las mociones tiernas, los lazos tiernos, no tienen dificultad en hacerse un camino hacia el objeto interno idealizado, las mociones hostiles que han sido retiradas del objeto real no pueden ser colocadas en el objeto interno y, por lo tanto, van a constituirse —sobre todo al principio del duelo— en una amenaza para el propio sujeto que experimentó la pérdida.

El trabajo de duelo va a realizarse, pues, sobre el objeto interno, y esta realidad psíquica es la que ocupa todo el lugar en la vida de la persona, ya que el mundo exterior, la realidad, solo volverá a cobrar su importancia y sus derechos hacia la finalización del proceso del duelo.

La naturaleza del objeto interno, su solidez y su constancia condicionan tanto el *desarrollo* como el *destino* del trabajo de duelo.

Es esta instancia la que da cuenta de la importancia de las primeras experiencias vinculares y cómo sus características inciden y condicionan la forma en que se tramitan y elaboran las situaciones de pérdida.

Por cierto, en nuestra práctica nos encontramos con situaciones clínicas en las que precisamente este proceso ha fracasado, en las que el trabajo de duelo en cierta medida no ha sido exitoso.

¿Qué es lo que condiciona el fracaso de trabajo de duelo y da lugar a la depresión?

En *Duelo y melancolía*,² Freud señalaba muy justamente que la pérdida puede ser de una *persona amada* pero que también es pérdida de *ideales*, de una idea abstracta, de una ilusión o de un proyecto vital. Caracteriza a la melancolía con la conocida fórmula: "la sombra del objeto ha caído sobre el yo". ¿Qué quiere decir? ¿Y por qué da cuenta de la depresión melancólica?

La condición para que esto se produzca es que la elección del objeto haya sido de tipo narcisista, es decir, que el individuo sienta al objeto perdido como una parte de su propio self y, por lo tanto, sienta la pérdida del objeto como pérdida de una parte del yo propio.

En la melancolía, el yo se trata a sí mismo como a un objeto y, en consecuencia, se hace víctima del odio dirigido contra este objeto. Se reaviva e intensifica el conflicto de ambivalencia preexistente, es decir, se reaviva el odio que latía junto al amor.

Cuando se produce la regresión a la identificación narcisista con el objeto, el odio se dirige contra el sujeto sustitutivo, es decir, sobre el yo, al que tortura con humillaciones, acusación y críticas, con todo el peso del sadismo de la fase oral-sádica a la que ha regresado. A la vez, el sufrimiento del yo significa una satisfacción de este sadismo desencadenado (similar a lo que sucede en la neurosis obsesiva).

² Freud: *Duelo y melancolía* (tomo XIV). Amorrortu.

Por lo tanto, la libido del paciente melancólico ha experimentado —según Freud— un doble destino: parte de ella retrocede hasta la identificación y la otra parte hasta la fase oral-sádica.³

Depresión narcisista y depresión culposa

Seguiremos el pensamiento de Bleichmar⁴ para conceptualizar las diferencias entre depresión narcisista y depresión culposa. Estas diferencias, relacionadas con el *no cumplimiento de un ideal*, estarían dadas por:

- el *tipo de ideal* que no se satisface,
- la *responsabilidad* que puede o no sentir el individuo con respecto a ese incumplimiento,
- la *preocupación* por el estado del objeto.

En la *depresión culposa*, el *ideal* sería “no dañarás”, “no perjudicarás”, con todas las variantes que pueda asumir esta fórmula.

La *tensión narcisista*, en cambio, se define por un ideal que, en caso de ser satisfecho, permite sentirse perfecto y valioso. Si se cumple este ideal, se está ubicado en un lugar de preferencia ante los ojos de un *otro* significativo, que puede ser el superyó del sujeto.

Pero si no se cumple con ese ideal, el sujeto no se siente amado, elegido, preferido, sino relegado ante un presunto rival triunfante. Él es, en estas circunstancias, *el negativo del yo ideal*.

El ideal narcisista satisfecho permite al sujeto ubicarse en la posición de valor *fálico* (por ejemplo, atributos de belleza, inteligencia, omnipotencia...).

En el *sentimiento de inferioridad*, la angustia está referida exclusivamente a la *representación de sí mismo*: el *yo función* sufre angustias porque el *yo representación* no es como quisiera.

En el *sentimiento de culpa*, el sujeto se vive como responsable por una conducta que va activamente en contra de la norma, violándola.

En la *depresión culposa*, si el ideal es “no dañarás” y el hecho de que el objeto esté indemne, y se siente que se infringió o se atacó al primero en la realidad o en la fantasía, la consecuencia podrá ser que sienta al *objeto dañado* y al sujeto como *malo*.

³ Coderch: *Psiquiatría dinámica*. Herder.

⁴ Bleichmar: *La depresión, un estudio psicoanalítico*. Paidós.

Depresión narcisista

La diferencia entre el *yo ideal* —el modelo— y el *yo real* puede ser creada por lo elevado de las metas o por la minusvalía del *yo representación*.

a) Existen individuos cuya meta es realista y que, sin embargo, se lamentan de no poder ser como los demás. Su ideal no es elevado, aspiran a realizaciones modestas, pero la representación que tienen de sí no alcanza siquiera a satisfacer esas exigencias.

Lo central en estos casos es *la pobre imagen de sí mismos*. Esto puede ser el resultado de una identificación con figuras desvalorizadas (por ejemplo: padres melancólicos).

b) Para otros individuos siempre hay una distancia no obturable entre el *yo ideal* y el *yo representación*, debido a lo elevado de las metas que son anheladas (por ejemplo: personas que aspiran a grandes realizaciones, como ganar el premio Nobel, obtener cargos eminentes, ser reina de belleza...). Aquí la representación del yo es siempre pobre *por contraste con el fin perseguido*.

c) En tercer lugar, hay sujetos que manifiestan su intencionalidad agresiva contra sí mismos mediante la construcción de un ideal que no es elevado de por sí, sino que se hará tan elevado como sea necesario *para* que la brecha con el *yo representación* nunca se cierre. O puede suceder que la representación del yo se desvalore lo necesario para que no alcance la fusión con el yo ideal.

Aquí es la *intencionalidad agresiva* la que construye simultáneamente el yo ideal como elevado y el yo representación como disminuido.

Así como cuando un individuo está enojado busca argumentos para lastimar, de igual manera el sujeto irritado consigo mismo elevará los ideales o disminuirá su yo representación con el propósito de hacerse sufrir. Podría decirse que ello depende de las oscilaciones del amor y del odio que el sujeto se tenga en cada momento.

Esto nos permite entonces comprender por qué la expresión tan común “severidad del superyó” es compleja, ya que puede significar o implicar:

- un ideal elevado,
- una pobre representación de sí, o
- una conciencia crítica que constantemente fabrica y produce una brecha, un hiato *entre* uno y otro.

Depresión culposa

La depresión culposa puede ser producida por:

a) Elevados ideales de no agresión y de bienestar del objeto, visibles en personas que, por ser máximo su ideal de no agresión, cualquier cosa que

hagan las ubica como agresivas y por tanto culpables (por ejemplo: *Hombre de las ratas*).

b) Los que quedan identificados con la representación de sí como alguien malo, agresivo, y por lo tanto deducen que deben de haber agredido.

c) Por último tendríamos aquellos casos en que, por *la agresividad de la conciencia crítica*, ésta crea siempre una brecha entre el ideal de no agresión y la representación del yo como transgresor de la norma.

Lo interesante de esta forma de conceptualizar la relación entre los dos elementos de la depresión culposa es que ubica su origen en que el sujeto se ve como agresivo o bien ve al objeto como dañado.

Basta que la persona que funciona con este tipo de implicación lógica se encuentre ante un objeto dañado o sufriente, para que inmediatamente se sienta culpable de ello.

Además, no resulta necesario que sienta que lo ha agredido, sino que, al encontrar en su camino un objeto dañado, puede sentirse culpable si no hace nada por repararlo.

Diríamos entonces que cada subclase de depresión culposa articulará:

- el elemento representación del yo como agresivo o no, y
- la representación del objeto como dañado o no.

La depresión narcisista y la culposa dependen de una misma condición: la estructura del superyó, y se diferencian en el tipo de ideal en juego: perfección narcisista o bienestar del objeto y no agresividad. Así se entiende por qué es tan frecuente que coexistan en un mismo individuo.

Cuando el superyó se caracteriza por construir ideales elevados o por el sadismo de la conciencia crítica, ese superyó severo podrá tomar a uno o a ambos de los tipos de ideal señalados como base para la exigencia respecto del yo.

En una línea similar, y apuntando profundizar en el estatuto de los sentimientos de culpa, Selika A. de Mendilaharsu⁵ señala:

La culpa aparece como una tensión penosa, como un sentimiento de merecer un castigo por algo que se ha hecho. Así como el tiempo de la angustia es un tiempo de espera, de algo por venir, la temporalidad de la culpa está ligada al pasado, a un suceso que ya ha tenido lugar.

Basándose en la distinción kleiniana de dos tipos de ansiedades: persecutoria y depresiva, la autora postula que el carácter de la culpa está ligado a la ansiedad que la acompaña. La culpa persecutoria es culpa más ansiedad per-

⁵ Acevedo de Mendilaharsu: "Duelo y dolor", en *Los duelos y sus destinos* (tomo I). APU.

secutoria, donde se juegan los temores retaliativos y el sometimiento masoquista del yo con fantasías de expiación e ideas de autoacusación.

La cualidad de la culpa es un elemento importante para diferenciar las depresiones psicóticas de las que no lo son. En las primeras la culpa es casi únicamente persecutoria. La culpa depresiva aparece desprovista de esta ansiedad donde predominan la tristeza y los deseos de reparar características de la ansiedad depresiva.

Dos viñetas

a) María Noel es una joven atractiva de 24 años que empieza su análisis por un severo cuadro depresivo luego de abandonar su tercer año de estudios de medicina. Se lamenta de su fracaso, se siente poco atractiva y se encierra en su cuarto durante largas horas a tocar la guitarra. Nada parece interesarle después del abandono de su carrera, en la que había obtenido excelentes resultados académicos y formado un grupo de estudios en el cual se sentía reconocida.

Su padre es un profesional exitoso y su madre una mujer hipercrítica y poco tolerante. "Está todo el día controlando cómo me visto y criticando mis amigos de la facultad", dirá María Noel en la primera entrevista.

Describe a su padre como alguien que únicamente reconoce en ella su capacidad intelectual y que considera a su esposa como una mujer frívola y poco valiosa: "Solo sirve para las pilchas y para criar a los hijos".

La depresión de María Noel no es la reactivación de un duelo mal elaborado, dado que no hay en su historia episodios de pérdidas dolorosas. Es el resultado de la internalización de esa mirada hipercrítica de la madre sobre ella y de la exigencia de los ideales, en tanto siente que no podrá nunca alcanzar el prestigio profesional de su padre, por lo cual nada de lo que hace le resultaría satisfactorio. Su dolor se acercaría a lo que llamamos una depresión narcisista.

b) José tiene 20 años cuando consulta por primera vez. No puede terminar su ciclo de bachiller, repite sexto año por tercera vez y hace varios períodos que no logrará salvar ningún examen. "Quiero estudiar pero se me viene la fecha de exámenes y no me puedo sentar, me presento, pierdo y me caliento. Me siento inseguro en muchas cosas, en el tema de salir, de encarar una chica. Antes salía más, ahora estoy adentro".

Relata que su padre falleció repentinamente cuando él tenía 15 años: "Yo estaba en el liceo y cuando llegué a casa mi madre me estaba esperando, me abrazó y me dijo que papá había muerto... Yo lo tomé tranquilo, no lloré ni esas cosas raras".

Afirma: "Estoy detenido en el tiempo. Mis amigos ya están casi por recibir-

se y yo sigo detenido". La terapeuta le señala si ese estar detenido en el tiempo no tendrá algo que ver con el proyecto de vida de su padre, que quedó detenido también. José irrumpe en llanto y manifiesta que es la primera vez que habla de ese tema.

"Estaba pensando que cuando se murió mi padre yo estaba paveando con unos amigos... Estaba pensando que yo me estaba divirtiendo cuando murió mi papá y eso es lo que hoy me ha hecho no salir, no divertirme. Es como limitarme de cosas para que no pasen otras".

La terapeuta le pregunta si ese *limitarse de cosas* no tendrá algo que ver con lo de no salvar exámenes. José le manifiesta que esto sería como empezar la carrera y terminarla y como empezar su vida fuera de su familia.

Es en los inicios de su proceso terapéutico que José puede poner en palabras la culpa, el congelamiento del duelo y los afectos dolorosos ligados a una pérdida que durante mucho tiempo habían quedado detenidos en el tiempo, a modo de un duelo congelado.

Psicoterapia del duelo patológico

Intentaremos ahora responder a ciertas preguntas que surgen en la clínica con pacientes que padecen de una depresión:

- ¿Por qué alguien queda fijado a un objeto perdido?
- ¿Cuál es la dificultad para vincularse con un nuevo objeto cuando la realidad lo presenta como disponible?

Estas son las preguntas que desde *Duelo y melancolía* no dejan de estimular la investigación psicoanalítica.

a) Cuando priman los *sentimientos de culpa*, dejar de pensar en el objeto o intentar reemplazarlo es vivido como traición, infidelidad.

La fidelidad al muerto actúa como *mandato superyoico* que obliga a mantener el contacto con él, a no dejar de extrañarlo y a penar por la ausencia.

En cierto modo, el sufrimiento del sujeto, su pena, es una defensa contra los sentimientos de culpa y constituye una forma de mostrarse a sí mismo y al objeto perdido que se lo sigue amando, que está presente aun en el dolor.

La diferencia con un duelo normal está en que en éste hay añoranza por la pérdida pero *no* la obligación de seguir penando como forma de aplacar al superyó culpabilizante.

b) Cuando la pérdida es vivida como *ofensa narcisista* (por ejemplo: abandono de la pareja, preferencia de los padres hacia un hermano, rechazo amoroso), la vida del sujeto puede llegar a organizarse en torno al vínculo de *odio* con el objeto. Se lo ataca para desvalorizarlo.

Nada fija tanto al objeto de amor que ha abandonado al sujeto como el *narcisismo herido*, que obliga a consumir todas las energías en la vigilancia del objeto y en el intento frustrado de eliminarlo, mediante el odio, como objeto atractivo.⁶

En la clínica constatamos el papel decisivo que, en el duelo psicopatológico, cobra la existencia, en el pasado del paciente, de pérdidas en momentos en que la inmadurez emocional y psíquica (desvalimiento) no permitían otra reacción que la de quedar sometido pasivamente a la situación de pérdida (muerte de seres queridos, abandonos, separación).

Lo que queda inscripto en el psiquismo es que nada se puede hacer, más que *penar* por el objeto perdido.

Así, en un duelo no elaborado, la pérdida en el presente vuelve a reactivar el mismo sentimiento de impotencia que se tuvo en el pasado (*après-coup*).

c) Cuando el objeto perdido era indispensable para el mantenimiento del *equilibrio psíquico* del sujeto en varios niveles —balance narcisista, vitalidad, sentimiento de seguridad y protección, etc.—, su desaparición provoca la emergencia de las angustias que su presencia contrarrestaba, al completar funciones y complementar el déficit.

Bleichmar denomina a esta función del objeto perdido *objeto de la defensa simbiótica*:

Es el complemento de un psiquismo que sólo puede funcionar mediante la fusión con otro que aporte aquello de lo que el sujeto carece. Son propiedades del objeto e insuficiencias del sujeto que pueden ser reales o producto de la fantasía.

d) Los déficit —reales o imaginarios—, al necesitar ser compensados a través de la unión con un objeto, pasan a convertirse en un obstáculo importante para la elaboración del duelo. Por lo tanto, la elaboración del duelo supone trabajar sobre los déficit en la representación y en la capacidad funcional del sujeto.

Sabemos que la *idealización* del objeto perdido constituye para el sujeto una imposibilidad de acercarse al nuevo objeto.

Si el encuentro con nuevos objetos produce angustia persecutoria, si el sujeto tiene una relación hostil con su medio, si tiene problemas de autoestima, si carece de recursos psíquicos, los intentos de acercarse al nuevo objeto se harán difíciles, por lo cual la pérdida será vivida con más añoranza.

Llamamos *fijación primaria* a la situación en la cual la fijación al objeto perdido, la añoranza, la idealización y la culpa impiden acercarse a un nuevo

⁶ Bleichmar: *Avances en psicoterapia psicoanalítica*. Paidós.

objeto. El objetivo terapéutico sería, pues, examinar la relación con el objeto perdido.

La *fijación secundaria* se produciría ante el fracaso del reencuentro con un nuevo objeto. Se retorna entonces al objeto perdido y se empieza a desearlo dolorosamente. Aquí el objetivo terapéutico sería la superación de los obstáculos que no permiten conectarse con el objeto sustitutivo.

No existe un tratamiento único para la depresión, sino que éste deberá adaptarse al tipo particular de depresión.

Supongamos que alguien padece una depresión narcisista que tiene como eje una imagen desvalorizada de sí. El tratamiento apuntará en primera instancia a hacer consciente esa imagen y, en un segundo tiempo, deberá analizar e investigar cómo se originó esa imagen desvalorizada: si es el resultado de la identificación con figuras desvalorizadas o la asunción de la identidad dada por figuras desvalorizantes, cuáles son los acontecimientos que adquirieron significación de ofensas narcisistas...

Es en el presente transferencial donde buscaremos no sólo recordar sino sobre todo resignificar, *crear nuevas inscripciones en el psiquismo*, inscripciones más habilitantes y que hagan posible un reordenamiento identificatorio diferente.

Si algo de esto logramos, también habremos aliviado el dolor del "duelar" que supone toda depresión.

Resumen

La depresión supone el duelo, esto es, el dolor psíquico que acompaña las separaciones y pérdidas. El proceso subsiguiente a la pérdida de un objeto, por el cual el sujeto logra desligarse progresivamente de él, se conoce como trabajo de duelo, actividad cuyo fracaso constituye el duelo patológico. Con el fin de indagar en las posibles causas del duelo patológico, el autor describe, en primer término, el proceso de trabajo de duelo. Siguiendo a Bleichmar, distingue entre depresión narcisista y depresión culposa, y profundiza luego en el estatuto de los sentimientos de culpa, diferenciando la culpa persecutoria de la culpa depresiva. No existe un único tratamiento eficaz de la depresión, sino que éste deberá adaptarse al tipo de depresión en particular.

Reflexiones sobre la perspectiva simbólico-arquetípica de la depresión

Arquetipos, mitos y depresión

por Mario Eugenio Saiz Laureiro

Imágenes, símbolos y mitos, no son creaciones irresponsables de la psique, responden a una necesidad y cumplen una función: poner al descubierto las modalidades más secretas del Ser.

Mircea Eliade (1979)

En "Depresión: un camino de transformación" ¹ me propuse analizar ciertas preguntas básicas en el estudio de este trastorno. Por un lado, cuál es el modelo antropológico y cuáles son las perspectivas epistemológicas desde donde estudiamos y tratamos de comprender la depresión. Por otro lado, cuáles son los aportes de la neurociencia y, en especial, de lo que he denominado *neurociencia psicodinámica*, la

El autor

*Doctor en Medicina. Psiquiatra.
Profesor de Filosofía (IPA). Analista
junguiano. Miembro Individual de la
International Association for
Analytical Psychology (IAAP-Zurich).
Profesor de Psicología Clínica
Analítica y director de Estudios de
Postgrado de la Facultad de
Psicología de la Universidad Católica
del Uruguay.
<msaiz@netgate.com.uy>*

¹ Véase este mismo número de *Prisma*, página 118.

cual nos introduce en una dimensión más compleja de la realidad psíquica: *el universo simbólico*. Así como en el sistema nervioso central la unidad anátomo-funcional es la neurona, en la psique la unidad estructural-dinámica es el símbolo, en tanto estructura de imágenes y sentidos, que tiene una función estructurante del desarrollo de lo específicamente humano.

Jung descubrió cómo los delirios de los dementes evocan un fondo *colectivo* de imágenes y símbolos arcaicos. En 1919 designó, por primera vez, esas imágenes con el término *arquetipos*, a la vez que extendía la noción de inconsciente personal a la de *inconsciente colectivo*.

Jung sugirió que los arquetipos son como patrones de comportamiento, o patrones de organización, en tanto modalidades inconscientes innatas de *comprensión*, que regulan la propia percepción y organizan de una determinada manera todos los procesos intra e interpsíquicos y, por tanto, la conducta y toda acción del ser humano.

Los arquetipos no tienen entidad material; emergen como un patrón de organización en función del todo, y sólo se manifiestan en tanto imágenes simbólicas. Ahora bien, consideremos por un momento cómo la depresión, y su forma extrema, la melancolía, son descritas fenomenológicamente por Karl Jaspers (1977):

[...] su punto central es una tristeza profunda y sin motivos, acentuada por una inhibición de todas las actividades psíquicas. Más allá de ser experimentada subjetivamente de forma dolorosa, es también observable en el comportamiento objetivo de la persona. Todos los impulsos instintivos están inhibidos; el paciente no desea nada. La melancolía va desde la disminución del deseo de movimiento y actividad hasta la inmovilidad completa. Ninguna decisión o actividad puede ser emprendida por el paciente. Faltan asociaciones psicológicas. Nada le viene a la mente, se queja de su memoria perturbada, siente falta de su capacidad productiva y lamenta su insuficiencia, insensibilidad y su sentimiento de vacío.

Analizando estas descripciones fenomenológicas, podemos decir que los trastornos psíquicos que llamamos *depresión* (trastorno bipolar, distimia, enfermedad depresiva) tienen ciertas *características comunes*. Las personas relatan una disminución de su energía vital, una vivencia de pérdidas, una disminución de sus funciones cognitivas y de su expresión afectiva, así como de su capacidad de mantener y de generar relaciones interpersonales.

En la clínica podemos reconocer ciertos síntomas y signos que son comunes a los trastornos depresivos (Hales et al., 2000):

- *Síntomas afectivos*: Culpa, desesperanza, tristeza, pesimismo, pérdida de interés y motivación, pérdida de placer, pérdida de energía y fatiga.
- *Síntomas comportamentales*: Inhibición o agitación, llanto, retraimiento social y comportamiento suicida.
- *Síntomas cognitivos*: Disminución del pensar, de la atención, de la memoria y del aprendizaje, ideación de culpa/suicida.
- *Síntomas vegetativos*: Alteración de la conducta alimentaria, alteración del sueño, pérdida de libido, alteración del tránsito digestivo, etc.

La persona con depresión tiene la vivencia de que todo el presente es sombrío; el pasado siempre fue mejor, más pleno y lleno de realizaciones; las experiencias de cada día confirman, siempre, que lo que se experimenta hoy no es ni sombra de lo que se ha perdido en el pasado. Es como si existiese una especie de poder que se opone a la reunión de lo que fue perdido, un poder opresivo, adverso, inflexible que parece paralizar la voluntad, provocando un sentimiento doloroso de impotencia, fracaso, pesimismo y culpa.

¿Cómo ayudarnos a comprender este fenómeno?

Cuando observamos la repetición de ciertas características y motivos comunes, en esos procesos psicológicos tan frecuentes y tan ricos de emociones como es la depresión, nos vemos conducidos a pensar que nos encontramos en el *campo gravitacional de un arquetipo, en el campo de un patrón de organización de los procesos psíquicos*.

Como no es posible el conocimiento de los arquetipos en sí, debemos buscar algunas manifestaciones de ese campo gravitacional en otras esferas de la expresión humana, como pueden ser la mitología, la alquimia, la tradición hermética, los cuentos de hadas, el folklore y cualquier otra manifestación colectiva de la cultura (Vitale, 1973).

La mitología presenta una posibilidad peculiar de investigación de este campo arquetípico, y para ello recurriremos a una vieja tradición, respetada hasta hoy, que asocia la depresión y la melancolía con el nombre de Saturno. Como en la mitología grecorromana las figuras de Cronos y Saturno se superponen, haremos referencia a ambos mitos, pero con especial énfasis en los *diferentes estadios que atraviesa la propia individuación de Cronos*.

De esta manera, la consideración de los aportes mitológicos, junto a los psicológicos, nos ayudará en la amplificación y comprensión de la psicodinámica de los procesos depresivos.

La mitología griega como expresión arquetípica: Urano, Cronos y Zeus

En la mitología griega, las figuras de *Urano*, *Cronos* y *Zeus* son expresión arquetípica de una conciencia devoradora por parte del padre. Los tres son dioses, pero no dioses comunes, sino dioses dominantes, reyes y gobernantes indiscutibles. Pero, a su vez, no son sólo padres, sino *padres devoradores*. Cada uno de ellos expresa, dentro del modelo arquetípico, uno de los tres aspectos nucleares del padre devorador.

Urano es tal vez el dios más maligno, y ciertamente el más arcaico y feroz de los tres. Si bien él no devora a los hijos directamente, los empuja hacia la madre, *Gaia*, la materia, y allí los aprisiona. Urano, el cielo, defiende su posición manteniéndolos en su inconsciente ligado a la madre, encapsulado en la cotidianidad de la materia. Observamos en esta configuración arquetípica una enorme ruptura entre espíritu y materia, entre padre y madre. La conciencia es colectiva y extremadamente primitiva, mientras la conciencia individual, temporal y autoconsciente aún no ha surgido.

Una conciencia dominada por Urano resulta una conciencia convencional: "siempre fue hecho de esta manera", "esto es lo que me enseñaron de niño"; la persona es inconsciente de sus actitudes, tiene pobreza de percepción interior y falta de autoconciencia. Lo convencional, la tradición y los valores colectivos son inconscientemente asimilados, mientras que lo nuevo, el hijo, el desarrollo creativo futuro, permanece encerrado en la madre.

El hijo sofocado se materializa y, en consecuencia, el cuerpo somático (*Gaia*) se sobrecarga con su peso. Tumores, desórdenes gástricos, síntomas histéricos aparecen misteriosamente, y el sufrimiento físico y material expresa que el cuerpo sufre y que el drama se desarrolla en la oscuridad de la *physis*.

Nuestra reflexión en torno al mito de Cronos parte del relato de Hesíodo en su *Teogonía*, integra los aportes del mitólogo De Souza Brandão (1986) en su *Mitología griega*, así como también los estudios junguianos de los analistas A. Vitale (1973) y M. Stein (1973). Nuestro objetivo es mostrar, de forma didáctica, la historia de Cronos en cuatro fases, a través de las cuales observamos un proceso arquetípico de muerte-renacimiento, característico tanto de la individuación como de los procesos de transformación de los trastornos depresivos.

Primera fase: nacimiento de Cronos y muerte del padre

Cronos es el hijo más joven de Urano (Cielo) y Gaia (Tierra), la pareja original. Urano impide el nacimiento de sus hijos del cuerpo de la madre Tierra. Gaia le da a Cronos una hoz con la cual el hijo castra y mata a su padre, liberando de esa forma a sus hermanos titanes del cuerpo materno. El nacimiento de Cronos resulta de una crisis violenta y revolucionaria, ya que solamente consigue nacer mediante una violenta rebelión contra su padre.

Freud colocó el miedo a la castración en el hijo (Freud, 1997). Nuestro mito lo coloca más propiamente en el padre: es el padre y no el hijo la víctima de la castración. Si el peligro para el hijo (Cronos) es represión y aprisionamiento, la amenaza para el padre (Urano) es castración.

Castración es el acto supremo de des-virilización y humillación. Pero, en este mito vamos más allá: es el acto heroico de liberar a los hijos del cielo de su prisión en la tierra. Significa un proceso de espiritualización, de creación de psique, donde los contenidos hasta ahora encerrados en la materia se vuelven personalidades titánicas.

Cronos, cuyo nombre significa 'tiempo', trae un aspecto esencial a la conciencia del ego. Diferente de Urano, que es el cielo eterno e infinito, Cronos está sujeto a nuestra percepción del pasado-presente-futuro, o sea, a nuestra orientación en el tiempo. La castración de Urano significa el fin de la reproducción ciega a través de la eternidad, de la fecundidad puramente instintiva, de los ciclos que se suceden siempre de forma inconsciente de sí mismo. El instrumento castrador de Cronos se vuelve la hoz del Padre Tiempo.

Segunda fase: reinado de Cronos y muerte de sus hijos

El propio Cronos colocado entre sus padres, el Cielo (Urano) y la Tierra (Gaia), se vuelve rey de los dioses, un ser independiente, contradictorio y peligroso. Prevenido por la profecía de su madre, teme ser destronado por uno de sus hijos, por lo cual, devora a todos los hijos que Rea genera. En el primer estadio Cronos enfrentó la severa prueba de un padre que le impedía nacer del vientre fértil y envolvente de su madre, y ahora, contra la amenaza y el peligro de ser destituido del poder conquistado, desata una violencia desmedida basada en su anhelo de perpetuarse.

Vemos que Cronos, en tanto el primer *puer* y portador del nuevo espíritu, se vuelve rápidamente padre devorador. Trata de resistir la ley de que los hijos

entierran a sus padres. El *mitologema del padre devorador* reposa en el principio de la revolución eterna: el *hijo* sustituyendo al *padre*, el *puer* derrotando al *senex*, lo nuevo destruyendo a lo viejo. Es este un mito de transformaciones.

La estrategia de Urano era mantener a sus hijos, rivales potenciales, en el inconsciente, a través de su represión en la materia. En cambio, la estrategia de Cronos es incorporarlos y así espiritualizarlos o psicologizarlos, separándolos de ese modo de sus orígenes instintivos.

En la primera y segunda fases, la historia de Cronos está esencialmente constituida por una relación *padre-hijo* marcada por la competición mutua, por el desafío y la violencia. Así como en la primera fase Cronos sufre de la dureza del padre en su egoísmo, en la segunda él mismo es el padre amenazado por las posibilidades de sus hijos, sirviéndose también de artimañas y violencias para sobrevivir y conservar el poder.

Una conciencia dominada por Cronos es una conciencia que se ajusta a los valores reinantes y las actitudes del colectivo externo, sea una sociedad secular, religiosa o política. Es una conciencia que separa entre lo espiritual y lo instintivo, entre lo creativo y lo destructivo.

En todas sus formas el arquetipo del padre devorador presiona la conciencia en dirección al convencionalismo; con Cronos la conciencia es devorada por el espíritu de la época, perdiendo contacto con la vida instintiva, con la tierra, con Rea.

Esta ruptura radical entre consciente e inconsciente sirve a los intereses de las fuerzas dominantes, prevalentes en la cultura, separando la conciencia de las reacciones instintivas e inconscientes. Al devorar a sus hijos, Cronos no comprende que el futuro, muchas veces, está contenido en los hijos oscuros, aun cuando ellos sean una amenaza al orden establecido de las cosas; no olvidemos que el destino de un hombre siempre está moldeado por el punto en que reside su miedo, su inseguridad y su culpa.

Tercera fase: destierro de Cronos y nueva generación

Mediante una estratagema de su esposa Rea, los hijos son liberados del estómago de su padre. Rea le da a comer a Cronos una piedra envuelta en una manta, y envía a su último hijo, Zeus-Júpiter, a una caverna protegida en Creta, donde es criado por tres ninfas y protegido por los coribantes. Zeus destrona a Cronos, libera a sus hermanos y se vuelve rey de nueva generación de dioses olímpicos. Cronos es desterrado, enviado al fin del mundo, confinado bajo la tierra; se le observa en un estado deplorable: encarna la muerte, con su hoz en la mano, así como también el aspecto destructor del tiempo.

A través de la mediación de Rea, el movimiento en dirección al cambio, a través del hijo que destrona al padre, provoca un nuevo salto hacia delante. El ciclo es puesto de nuevo en movimiento y, como vemos, el desarrollo en el campo arquetipal no es meramente cíclico: transcurre en forma de espiral, en cada vuelta adquiere nuevas características, que son expresadas sucesivamente por Urano, por Cronos y por Zeus, quien conduce al poder a los dioses olímpicos y encierra al viejo panteón titánico en el Tártaro.

Pero Zeus también revela ciertos rasgos de padre devorador. Su primera esposa es Metis, hija de los titanes Océano y Tetis. Prevenido por sus abuelos —Urano y Gaia— de que un futuro hijo de esa unión podría destronarlo, Zeus engaña a Metis grávida, introduciéndola en su estómago y conservándola en esa situación. Devora así a sus hijos potenciales, y él mismo da a luz a la hija de Metis, Atenea, que nace de la cabeza de Zeus. Ella se vuelve más tarde su consejera sabia y confiable.

Cuarta fase: muerte y transformación de Cronos

Cronos desterrado es enviado al fin del mundo. Es rey de una tierra muy diferente del titánico campo de batalla anterior. La naturaleza del dios es transformada: se vuelve un soberano sabio y benéfico de los hombres, donde la tierra produce frutos en abundancia y los hombres y los animales viven en armonía. Cronos reina sobre los hombres de la Edad de Oro. Desde la profundidad de la tierra se volvieron buenos espíritus, recorren la tierra como protectores de los hombres y defensores de la justicia. Esta es la última transformación del titánico devorador de sus hijos. Ahora es amigo de los hombres y los guía en caminos de amor y paz.

La paz entre los hombres y los animales en la tierra es el símbolo de un estado de armonía interior, consecuencia de una armonía cósmica, esto es, de las fuerzas arquetípicas del inconsciente colectivo. Cielo y tierra, padre y madre, no están más en conflicto. La madre es ahora la buena tierra, rica en frutos. El padre es el dios-rey, o el dios protector de las buenas leyes. Los hombres viven en armonía porque están en paz consigo mismos. El nuevo hombre ha nacido, la depresión ha concluido su ciclo, la respuesta creativa expresa la unificación de los polos opuestos.

¿Cómo comprender la depresión desde el mito de Cronos-Saturno?

La historia de Saturno coincide con la de Cronos. Saturno es un antiguo dios itálico de la agricultura, cuyo símbolo es la hoz. Destronado por Júpiter (Zeus) encuentra abrigo en la región de Lacio, donde más tarde se volverá rey, en una era remota y de próspera vida, de felicidad y paz. En la mitología roma-

na es un dios más simple y más humano que el Cronos griego; con el cual fue confundándose hasta absorberlo. En Saturno se refleja el tiempo, un hambre devoradora de vida, que consume sus propias creaciones; se refleja asimismo en la inquietud, el estímulo y el implacable dinamismo de la realización de las cosas.

Se representa alegóricamente a Saturno como un anciano que empuña una guadaña y lleva un reloj de arena, una balanza y a veces un remo (emblema de avance). Saturno es considerado por algunos estudiosos de la mitología romana como "el sembrador", un antiguo dios romano de la siembra y la cosecha cuyo símbolo era la hoz. Es un dios de las semillas, una gran divinidad arcaica, destronada por Júpiter; un dios o rey de la Edad de Oro que es conmemorado en las Saturnales.

Así como no podemos describir la función de un órgano sin considerar la función de otros órganos y del organismo como un todo, la figura de Cronos-Saturno necesita ser elaborada teniendo en cuenta otros arquetipos. Las analogías con el concepto físico de *campo* y con el concepto fisiológico de *órgano* pueden auxiliarnos para comprender mejor cómo son realmente las cosas en el reino del inconsciente colectivo. Hoy día, con el cambio de paradigma, podemos concebir al arquetipo como un padrón de organización que forma parte de una red sistémica (Saiz, 1998).

Al investigar profundamente un arquetipo, se ve cómo este gradualmente va perdiendo sus contornos cuando sus fronteras se desdibujan junto a otras figuras arquetípicas íntimamente relacionadas. Todo arquetipo aparece clarificado inequívocamente cuando descubrimos su núcleo estructural y su conexión vital con otros arquetipos, así como también su participación en el proceso de individuación.

Volviendo nuevamente al campo arquetípico de Cronos-Saturno, encontramos que otros dos arquetipos están directamente implicados: el arquetipo del *puer* y el arquetipo de la madre. En la medida en que Cronos-Saturno es el padre, se une y se opone a la madre; en la medida en que es el viejo, el *senex*, se une y se opone al *puer*.

La relación arquetípica: *padre-madre y senex-puer*

El arquetipo de la *madre* está en relación con el del *padre*, pero la *madre* es también aliada con el *hijo* en la lucha de este contra el *padre*, como muestra la historia de Cronos. La *madre* está ligada al *puer*, en una relación cargada de

energía, pero el valor negativo o positivo de esta relación depende de cómo el padre sea constelado.

El padre negativo, opresivo, aparece como una amenaza desde su poder establecido; se vuelve un padre petrificado, un juez, que provoca la fuga del hijo *puer* en dirección a la madre, toda comprensiva y con capacidad de contención y transformación.

De esta manera, el impulso del hijo a crecer está estancado, y muchas veces es el *leit-motif* de su tendencia a la muerte. Pero en este caso, es una muerte diferente de la que surge de la amenaza patriarcal del padre devorador (Saiz, 1989); por el contrario, es una muerte enmarcada en el dinamismo matriarcal, una muerte no temida sino más bien deseada, un suicidio extático, una disolución del ser.

En el *senex* (hombre viejo), el proceso de desarrollo se estanca, por un exceso de diferenciación egocéntrica que agota por completo su potencial de transformación; es el padre devorador que no deja nacer a sus hijos confinándolos en la madre. El hombre viejo se vuelve petrificado, y al detentar el poder, tiende a bloquear y petrificar todo proceso en torno de sí. En ese sentido, Cronos está endurecido por su sed de poder y su miedo de enfrentar lo nuevo.

Una vida constelada por el arquetipo del *senex* se caracteriza por ser controlada, ordenada, racional y responsable. Su desarrollo transcurre desde la conciencia colectiva y grupal a la conciencia individual, reflexiva y autoconsciente.

Por el contrario, el *puer aeternus* (niño eterno), como niño que jamás envejece, caracteriza la vida emocional del hombre adulto que permanece en un nivel adolescente, usualmente asociado a una excesiva dependencia de la madre (Jung). Una vida constelada por el arquetipo del *puer aeternus* se caracteriza por el predominio de la vida instintiva, espontánea, libre, imaginativa, que no acepta límites ni restricciones, desordenada y por momentos extravagante. A su vez, el *puer* representa psicológicamente la necesidad de volver al hombre nuevo, pero sólo podrá conseguirlo en la medida en que se enfrente con la pared petrificada del *senex*. Ambos polos —*senex* y *puer*— son los que interactúan en el mismo campo arquetípico de alteridad.

El *puer* teme al *senex* precisamente porque siente en sí mismo la dureza y la aridez derivadas de la falta de contacto del viejo con *eros*, de su ausencia de instinto y emoción creadora. Naturalmente el viejo-*senex* teme ese hecho, pues lo nuevo tiene un significado contrario a lo que tiene forma, a lo mudable; es lo multiforme, lo aún no construido e individualizado. A su vez, el poderoso impulso de la libido hacia formas definidas es lo que el *puer* teme como su muerte. Podemos decir, en definitiva, que tanto el *puer* como el *senex* proyectan su sombra uno sobre el otro, en tanto no la reconocen y no la elaboran.

De acuerdo con la tradición alquimista, es necesario que, psicológicamen-

te, el elemento petrificado sea disuelto, desmembrado y sepultado en la materia primitiva e informe, a fin de ser capaz de reaparecer como un *hombre nuevo*. Cuando *puer* y *senex* se enfrentan irreductiblemente, la salida del proceso de estancamiento puede ser alcanzada a través de la constelación del *ánima* (*alma*).

La resolución del conflicto *puer-senex* se encuentra en la función mediadora del *ánima*. La resolución del mito de Cronos es la transformación de Cronos-Saturno. Se trata del surgimiento de Saturno como el dios de la agricultura, fundador y gobernante de la Edad de Oro, Señor de los Tártaros que envía buenos espíritus. La relación con lo femenino es fundamental en todo proceso de transformación, donde toda forma completa debe caer, todo poder conquistado debe ser perdido y todo lo que nace debe morir.

El *senex* puede significar que el proceso se detuvo, que la persona no tiene el coraje necesario para sacrificar lo que fue conquistado y no confía en el misterioso y antitético poder regenerador de lo informe, de lo inconsciente, cuyo mensajero es el *ánima*.

Finalmente, en términos de *ánima*, las cualidades que caracterizan esta fase del reinado de Cronos corresponden a los dones de la sabiduría, en tanto posibilidad creativa de revelar una riqueza interior, y de lograr también una justicia, en cuanto capacidad de unidad y armonía entre las fuerzas y necesidades contrarias. Toda constelación arquetípica genera un campo bipolar, desde donde podemos distinguir dos posibles caminos.

La depresión como expresión de la unilateralidad: *senex* o *puer*

Un primer camino es la identificación con el *senex*, es decir, con su propensión a la ley, al orden y a las formas rígidas. Naturalmente, aquí proyectamos la imagen del *puer* en los "otros", que son los anarquistas y revolucionarios, los jóvenes que quieren solamente destruir y huir de cualquier deber. Esta es la situación del individuo que tiende a identificarse con el *senex* y, por tanto, a proyectar el *puer* en el mundo exterior.

Como muestran la mitología, la hermética, los cuentos de hadas y la práctica clínica, hay a su vez una conexión peculiar entre *senex* y *ánima*: esta es prisionera o de alguna forma está sujeta al viejo, al rey, al hechicero o al dios ctónico. Cuando esta *ánima* encarcelada es activada en el inconsciente de la persona, cuya personalidad se halla regida por el arquetipo del *senex*, se presenta bajo la forma de hechicero, malicioso, astuto, y exaltado —indicándonos en esa persona una cierta invasión del *ánima*—. Un segundo camino es cuando nos identificamos con el *puer* y su destino dramático. Entonces aparecerá en

su historia el *senex* proyectado en el mundo exterior como egoísmo, envidia, represión y falta de imaginación, propios de la generación más vieja.

Cuando una imagen arquetípica aparece proyectada en el mundo objetivo de las relaciones interpersonales, el mundo interno del inconsciente no puede permanecer sin efectos. Cuando el *senex* es proyectado en el mundo exterior y el ego consciente se identifica con el *puer*, el complejo materno es entonces activado en el inconsciente.

Debe recordarse que el *puer* significa el nacimiento, de la madre o del inconsciente, de un principio que es básicamente una necesidad de desarrollo, cambio y transformación, y que será detenido por una figura opuesta que significa rigor, dureza, inmutabilidad, necesidad de tener una forma definitiva.

Entonces el *puer* regresa a la madre, a los aspectos regresivos que ella trae: involución, indiferenciación y muerte. Esta activación inconsciente de la madre negativa ejerce un papel en la formación de la sombra del *puer*, es su aspecto melancólico, inevitable como un destino.

La transformación por el ánima: la muerte del *senex* y el sacrificio del *puer*

En la confrontación entre *puer* y *senex*, donde cada uno se identifica con un polo y proyecta el otro, la historia trágica de Cronos-Saturno nos viene a plantear que los dos protagonistas deben encontrar la muerte: el *senex* en la disolución y el *puer* en el sacrificio. Pero ese encuentro con la muerte, ese retorno a la madre, es posible a través de la aparición de una figura redentora (*ánima*) que realiza la transformación de Cronos-Saturno.

La nueva forma de Cronos se caracteriza por la creatividad, que se constituye en una relación positiva con lo concreto y con la objetividad, así como con lo inconsciente y su riqueza de posibilidades. En este caso los dos valores opuestos, *senex* y *puer*, encuentran una síntesis orgánica —donde esa trascendencia hacia una nueva forma viene dada por una imagen arquetípica: el *ánima*.

El *ánima* representa la mediación con el mundo de la madre, que para el *senex* y para el *puer* significan la muerte. Pero para el héroe, que conoce su propia muerte, que experimentó la disolución y el sacrificio, que enfrentó el viaje nocturno a través del mar o el descenso a las profundidades subterráneas, es el encuentro y el casamiento con la novia, una fértil unión de contrarios, base de toda actividad creadora individual.

La depresión como una experiencia de transformación

El *ánima* nacida del inconsciente se presenta como una posibilidad al ego, resultante de la tensión rumbo a la individuación, creada y mantenida por la constelación del *puer* o del *senex*. Este es el origen de lo que Jung denomina *símbolos*, en tanto imágenes del *ánima* que, en cada caso, son presentadas como productos espontáneos del inconsciente.

Así parece culminar la historia del viejo, el padre negativo, que al final revela su potencialidad positiva. Depresión y melancolía pueden ser encaradas como aquella fase del proceso en que la figura del padre es constelada de forma negativa. Cuanto mayor es la oposición al arquetipo, más poderosos y destructivos son sus efectos. Desde una depresión psicótica hasta una depresión neurótica, desde el miedo a la creatividad hasta la personalidad depresiva, las consecuencias de un ajuste inadecuado con respecto a la acción del arquetipo de Saturno pueden expresarse así:

Podemos tener conocimiento, desde hace mucho tiempo, sobre el significado, los efectos y las características de los contenidos inconscientes. [...] La única manera de llegar hasta ellos en la práctica es tratar de adquirir una aptitud consciente que permita al inconsciente cooperar, en vez de ser llevado a la oposición (Jung, 1986).

Estas palabras de Jung constituyen el comentario más adecuado a la potencialidades últimas de la depresión. Cuando ella es aceptada, se puede tornar lo que Ficini llamo *melancolía generosa*. Aceptando la propia soledad cósmica, con su destino temporal y mortal, y superando su falta de significado, se puede descubrir la síntesis entre dos grandes y compulsivas entidades psíquicas que aparecen a primera vista como contrarias: *la necesidad de un estado de libertad siempre mudable que puede "ir más allá" indefinidamente, y la necesidad de bloquear la corriente de la vida bajo formas definidas, concretas y posiblemente imperceptibles*.

En el ciclo de la vida, cuando la necesidad del propio desarrollo obliga al *puer* a tomar una forma definida, la lucha con el *senex*, el padre negativo, ha comenzado. Este es el *principium individuationis*, tal como el *puer aeternus* lo experimenta.

En las manifestaciones clínicas de la depresión melancólica no faltan ejemplos concretos de esa diferente expresión arquetípica según el dinamismo prevalente. Por un lado, el miedo a la culpa y el castigo, propios del dinamismo patriarcal, y por el otro, el deseo de muerte como salida y alivio, propio del dinamismo matriarcal. La muerte tiene para el *puer* el aspecto desesperado y

aterrorizador del viejo con la hoz o, como alternativa, el reino fascinante de la madre. Pero el "cáliz amargo" ofrecido por el padre es también la poción que puede transformar al joven *puer* en héroe.

Entonces la propia muerte puede ser transformada en una "muerte de todo lo que soy ahora para alcanzar todo lo que quiero ser". La transformación y la redención por el sacrificio son la vocación del *puer*. El símbolo unificador y la personificación redentora que pueden aparecer al *puer* es justamente *koré* o *ánima*. Esta actúa como mediadora entre las necesidades que el viejo impone y los valores que la madre representa. Lo encontramos en los cuentos de hadas, donde, si el joven acepta el sacrificio —o sea, la lucha y el riesgo de muerte—, entonces, al vencer puede casarse con la hija del viejo rey —la joven *ánima*, eterna posibilidad creativa contenida como Sofía en el anciano que disuelve [?]. Ese casamiento con la hija del rey puede ser comparado con la Edad de Oro de la agricultura de Cronos-Saturno, cuando este envía espíritus inspiradores desde las profundidades de la tierra.

Reflexiones finales

El mito de Cronos-Saturno pone de manifiesto un proceso arquetípico de muerte-renacimiento, en tanto expresión simbólica de sucesivas transformaciones en el camino de la individuación, en el camino de volverse uno mismo. En todo proceso de salida de la depresión es necesario vivenciar la muerte simbólica como transformación hacia el sí-mismo, hacia la persona total. Rosen (1993) lo denomina *egocidio*, en tanto muerte del yo, muerte del lado *senex* del ego, para luego renacer, por la mediación del *ánima* (alma), a lo nuevo y creativo que trae el *puer*, posibilitando de esta manera el re-encuentro con el self (sí mismo).

La persona deprimida no tiene por qué morirse completamente; sólo debe morir una parte de su psique, es decir, aquel aspecto negativo del yo que añora la vida pasada. La persona debe renunciar, sacrificar o transformar esa parte destructiva de la psique correspondiente a su viejo núcleo de sentido egoico, sin olvidar que la clave de toda transformación radica en poder apreciar la función estructurante del sufrimiento humano como símbolo de transformación.

En definitiva, las cuatro fases descritas en la mitología de Cronos-Saturno ponen de manifiesto el camino arquetípico de su individuación, mostrándonos cuatro momentos constitutivos en la transformación del ser que busca re-nacer a una nueva vida desde su estar deprimido.

Se trata de comprender el proceso arquetípico implicado en este desarrollo mitológico, el cual comienza con el nacimiento del hijo (Cronos) a partir de la muerte del padre (Urano); dicho de otra manera, es la emergencia del *puer* a

partir de la muerte del *senex*. Luego, consolidado en su poder, el *puer* se transforma en un padre-*senex* (Cronos-rey) que resiste toda posibilidad de cambio, todo nacimiento de lo nuevo, porque no quiere perder lo conquistado, porque se siente amenazado, en su poder constituido, precisamente por los hijos de una nueva generación (Zeus-olímpicos). Estos dos estadios iniciales del desarrollo muestran psicológicamente la ruptura radical entre las fuerzas conservadoras, socialmente establecidas, y las fuerzas de un nuevo orden heroico, entre el núcleo del viejo ego y la renovación proveniente del self.

El ciclo de muerte-renacimiento se perpetúa. Las dificultades del crecimiento y el miedo de Cronos a aceptar la transformación necesaria para su desarrollo, para su individuación personal y colectiva, constituyen la base para la caída del orden establecido y para su propio destierro, que dará origen a una nueva generación de dioses olímpicos.

Finalmente, Cronos, desterrado en la profundidad de la tierra, en contacto con las fuerzas arquetípicas inconscientes re-nace transformado y se vuelve un soberano sabio y benéfico de los hombres. El ego re-nace, la depresión ha concluido su ciclo, y la respuesta creativa expresa la unificación de los polos opuestos o, por lo menos, el re-encuentro entre lo viejo y lo nuevo, entre el *puer* y el *senex*, entre el ego y el self. Ha nacido simbólicamente un nuevo hijo: Cronos "el sembrador". Ha nacido un nuevo ego, un *alter-ego*. La temporalidad ha sido restablecida (Saiz, 1986). La creatividad de la vida vuelve a fluir nuevamente bajo la forma de *eros*.

Esta es la historia mítica de la muerte y transformación de Cronos-Saturno. Es la historia de la vuelta a los orígenes, a la madre-tierra, adonde el ser humano deprimido vuelve para re-conectarse con su ser más profundo, con la vida misma, y así poder habitar creativamente esta tierra, en tanto habita poéticamente su alma. Pero, sin olvidar —como lo ha expresado Einstein— que la cosa más sublime que el hombre puede experimentar es el misterio, y que es esta la emoción fundamental que está en la raíz de toda ciencia y arte.

Resumen

El autor parte de que los diferentes trastornos depresivos tienen un núcleo común que corresponde a un campo y una dinámica arquetípicos que se encuentran expresados en el mito de Cronos-Saturno. Analiza cómo este mito aporta una comprensión simbólica sobre los trastornos depresivos y, en consecuencia, sobre las posibilidades de abordar la depresión, desde la mitología, como un camino de transformación de la persona humana, en términos de

alcanzar una experiencia simbólica de muerte y renacimiento a un nuevo sentido de la existencia.

Referencias bibliográficas

- BYINGTON, C. (1996): *Pedagogía simbólica*, San Pablo, Rosa dos Tempos.
- DE SOUZA BRANDAO, J. (1986) *Mitología griega*, vol. 1, Petrópolis, Vozes.
- ELIADE, M. (1979) *Imágenes y símbolos*, Madrid, Taurus.
- FREUD, S. (1947): *Obras completas*, II. Madrid, Biblioteca Nueva, pp. 2091-2100, 1973.
- HALES, R.; YODOFKY, S.; TALBOTT, J. (2000): *Tratado de psiquiatría*, Barcelona, Masson.
- HESÍODO (1978): "Teogonía", en *Obras y fragmentos*, Madrid, Gredos.
- JASPERS, K. (1977): *Psicopatología general*, Buenos Aires, Beta.
- JUNG, C. G. (1966): *Collected works*, Nueva Jersey, Princeton University Press, CW 16, 366
- STEIN, M. (1973): "Padre devorador", en J. Hillman, E. Neumann et al., *Father & Mothers*, Dallas, Springt Publications.
- ROSEN, D. (1993): *Transforming depression*, Nueva York, G. P. Putnam's Sons.
- SAIZ, M. E. (1986): "Simbolicidade e Temporalidade". *Junguiana*, nº 4, 79-97, San Pablo.
- SAIZ, M. E. (1989): "Carlos Byington e la comunità delle genti, en *Psicologia analitica contemporanea* a cura di Carlo Trobetta, Milán, Bompiani.
- 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.
- VITALE, A. (1973): "El arquetipo de Saturno o la transformación del Padre", en J. Hillman, E. Neumann et al., *Father & Mothers*, Dallas, Springt Publications.

Reflexiones fenomenológicas sobre la depresión

por *Lucas del Valle*

Más allá del diagnóstico, buscamos comprender a la persona que sufre la depresión. ¿Para qué? Para poder acompañar. En eso consiste la terapia para Binswanger.

Dos obstáculos a superar son: el planteo de la depresión como enfermedad, asimilándola al concepto médico, y la concepción dualista del hombre.

La depresión es un modo de ser-en-el mundo que involucra al hombre entero y que intentamos comprender desde unas estructuras transcendentales a priori.

La línea vertebral de estas páginas viene dada por la búsqueda del sentido, por el significado de la depresión para el ser humano. ¿Puede tener sentido un modo de ser-en-el-mundo que se caracteriza por la pérdida de futuro y que cuenta con la inhibición como uno de sus síntomas importantes?

La depresión y el enfermar

Nos hemos acostumbrado a considerar anormales una serie de eventos que en realidad nos acompañan durante toda nuestra vida: el sufrimiento, el dolor, la muerte misma son elementos integrantes de nuestra existencia. Nada más nacer ya estamos lo suficientemente maduros para morir. Hay un *bien-estar* (generalmente silencioso) que llamamos *salud* y un *mal-estar* (sumamente elocuente) que llamamos *enfermedad*. La misma palabra hace alusión a lo no

El autor

*Religioso dominico. Docente de la Licenciatura en Psicología, Universidad Católica del Uruguay.
<lucas@ucu.edu.uy>*

firme, a una situación de la naturaleza que continuamente nos ubica como limitados.

Cada una de las que llamamos enfermedades pronuncia su propio discurso, y a otro nivel, por debajo de ellas, está el fenómeno del enfermar como posibilidad del ser humano que nos habla del carácter sombrío de la existencia.

La depresión será la que mejor exprese es *mal-estar* del hombre y su carácter paradójico: esa luminosidad, verdad, bondad, etc. y el lado oscuro de la existencia. Como planteaba un filósofo, es la contracara del deseo de felicidad.

Con el enfermar se ponen en cuestión: 1) la misma existencia, 2) la identidad, 3) la sociabilidad y 4) se quiebran los proyectos (pérdida de sentido). Decimos que la depresión nos enseña sobre el enfermar porque de manera directa quedan afectados estos cuatro puntos.

La crisis existencial

Heidegger ya planteaba: ¿por qué el ser y no la nada? Y nosotros a otro nivel decimos: ¿por qué existimos y para qué?

Tellenbach, al hablar del tipo melancólico, planteaba dos constelaciones: la *includencia* (tiene que ver con la espacialidad) y la *remanencia* (hace referencia a la temporalidad). Esta última constelación nos habla de un deseo de perfección y, por otra parte, de una incapacidad para completar la acción, de donde se deduce una culpa que cierra el futuro, dejando a la persona en un pasado sin posibilidad de salir de la misma culpa.

Hay en el depresivo una pérdida de esa confianza original básica y una pérdida de su mundo. El *Dasein* es un ser en el mundo, todo él está volcado al mundo; desconocer el mundo es desconocerse a sí mismo; únicamente se encuentra a sí mismo encontrándose hacia delante. Puede haber momentos en la vida en los que se borran las diferencias y experimentamos la nada. Esto nos muestra la angustia. Es la experiencia de vacío existencial, donde perdiendo el mundo me pierdo yo.

Hay una persona que cada poco viene a decirme: “¿ahora qué hago?”, “no tengo nada que hacer”. Esta vivencia de la nada está referida sobre todo a *nada que ser*. La misma existencia queda puesta en cuestión; la tensión entre lo que somos y lo que debemos ser es vivida de manera desmesurada.

Inseguridad frente a la propia identidad

El *nada que ser* nos lleva a la inseguridad frente a la propia identidad. Si no tengo nada que hacer, nada que ser, entonces ¿quién soy?

Husserl, al hablar de la identidad, va más allá de la corporalidad y funda su sentido en el reconocimiento de la propia mismidad en el curso de las vivencias.

El planteo husserliano supone experiencias de conciencia y la vivencia temporal. Ese impulso vital hacia el futuro queda detenido (planteamos la inhibición como síntoma fundamental) y todas las pérdidas por las que sufre apuntan a una pérdida mayor: la posibilidad de experimentarse en el mundo como trascendencia.

El depresivo, además de sufrir diferentes culpas, él mismo es culpable y se sumerge en el remordimiento. El remordimiento ata al pasado; el arrepentimiento supone el futuro. El depresivo se siente culpable sin posibilidad de redención, porque perdió el hilo de la temporalidad.

El hombre desea estar bien, pero la vida misma le enseña la dificultad de compaginar ese deseo con el continuo perder que supone seguir viviendo. Cada elección supone una pérdida, un sufrimiento. Es el mismo hombre el de los altos pensamientos y el de los rastros pensamientos de Benavente. Esa experiencia se expresa en la melancolía, el carácter paradójico del hombre.

Todas esas pérdidas son la contracara de nuestras posibilidades. Cuando se dificulta su elaboración, queda en entredicho nuestra propia identidad.

Pérdida de las relaciones sociales

El mundo de *Dasein* es un *mundo-con* otros seres. El planteo de ciertas culpabilidades del depresivo nos puede llevar a la idea de preocupación por los otros, pero analizándolas observamos que en realidad no le interesan la intencionalidad del acto ni la falta, sino las consecuencias. *Si yo no hubiera... no habría sucedido*. De esta manera, atrapando el futuro en el pasado, se sitúa más allá del mundo. Su presencia pasa a ser una *presencia vacía*, en frase de Rovalletti.

Se da una alteración de la estructura de la temporalidad constituyente con la consiguiente desestructuración de la temporalidad del yo y del mundo. Un mundo empobrecido dice de unas relaciones empobrecidas.

Y si consideramos el movimiento de la corporalidad, no se da esa expansión comunicativa, sino que se vuelve hacia adentro en sus preocupaciones hipocondríacas. Es una corporalidad encogida.

Pérdida de sentido

En los estudios sobre las respuestas de movimiento en el *Roschach*, el depresivo revela las de movimiento hacia dentro correspondientes a las personas sin proyecto.

Binswanger acude a las categorías temporales que planteará Husserl, a la *retentio*, *praesentatio* y *portentio*, para mostrar la alteración que sufre el depresivo. Esa alteración incapacita para un verdadero sentido; esa corriente vital hacia delante queda detenida.

Sin futuro no hay proyecto ni sentido. La carencia de actividad, deseo, esperanza, están afectado directamente a los fenómenos que constituyen el futuro en las esferas del existir y del tener (Minskowski) (otra cosa habría que decir de la esfera del *pertenezco a*), y sin futuro no hay sentido ni proyecto.

Conclusión

El vaciamiento afectivo, la desconexión del mundo y de sí, ese ser extranjero a sí mismo (Camus) hablan del ser humano, de uno de sus aspectos que muchas veces permanece en la sombra pero que siempre está ahí.

En nuestro caminar hacia la meta de la vida, normalmente lo experimentamos como un *llegar a ser más*, pero a veces se convierte en un *llegar a ser menos*, que es lo que le pasa al depresivo.

La depresión me lleva a comprender al hombre como ser limitado y su situación paradójica. La verdad es que vida y muerte, felicidad y desdicha, alegría y tristeza, día y noche, aunque sean contrarios, se necesitan mutuamente para existir.

Una moneda, cuanto más grande es su cara, mayor es la cruz.

Resumen

El enfoque médico que considera a la depresión como patología y la concepción dualista del hombre, que lo divide en alma y cuerpo, son los principales obstáculos a la hora de aproximarse al fenómeno de la depresión. La depresión es un modo de ser-en-el-mundo que involucra al ser humano entero y que es necesario comprender desde una perspectiva trascendental de búsqueda de sentido. Abordar la depresión conduce a concebir al hombre como unidad en situación paradójica, tensionado siempre entre luz y sombra, vida y muerte.

Técnicas de *biofeedback* en el control del estrés

por *Luis Crispino, Guillermo Pérez y Pablo García*

El término *estrés*, que proviene de la física y se refiere a la tensión a la cual se somete un material, fue utilizado por Walter Cannon en 1914 y luego en 1935 en relación con el mantenimiento de la homeostasis, nominación que él mismo acuñó para describir el proceso estudiado en los mamíferos enfrentados a situaciones de apremio. Estos estudios se

basaron en los trabajos de Claude Bernard que describen la constancia del "medio interno" y los mecanismos por los cuales se obtiene. En las situaciones de apremio se ponen en marcha procesos que preparan al individuo al enfrentamiento o la huida, con gran demanda de energía e importante activación del sistema nervioso autónomo, particularmente el simpático. Constituye así una respuesta normal, fisiológica.

No obstante, la palabra *estrés* se utiliza también para describir una situación patológica en la cual la mencionada respuesta se vuelve autoagresiva.

Los autores

Luis Crispino, Guillermo Pérez.

Facultad de Psicología, Universidad Católica del Uruguay. **Pablo García.**

Facultad de Ingeniería, Universidad Católica del Uruguay.

Fisiología y fisiopatología del estrés

El investigador canadiense Hans Selye elaboró la noción de estrés como elemento patológico, a partir de la observación de una respuesta unívoca y no específica en animales sometidos a agresiones agudas, que llamó *síndrome general de adaptación*.

En dicha respuesta se ponen en marcha una serie de mecanismos neuroendócrinos que preparan al sujeto para una respuesta adecuada, que va desde un simple ajuste adaptativo hasta la supervivencia. Si bien la respuesta es automática, es susceptible de modificaciones por aprendizaje.

En el ser humano, particularmente en la cultura occidental y más aún en las grandes ciudades, los elementos de "agresión" son incontables. Prácticamente y casi sin percibirlo el hombre recibe cientos de dichas agresiones al cabo del día, por lo cual, en el mejor de los casos, su sistema de alarma se va adaptando y responde cada vez con más umbral por lo que reserva para situaciones realmente comprometedoras.

No obstante, no todos los individuos se comportan del mismo modo; algunos siguen siendo susceptibles a estímulos que no sugieren gran peligro, o mantienen y autoperpetúan las reacciones de alarma más allá de lo necesario, provocando un desgaste de su organismo.

Por esta razón, como veremos con más detalle, es importante la evaluación de la situación por el sujeto en cuestión, para medir el alcance de sus respuestas y su posible papel patógeno. Como en esto tiene un papel relevante el sistema nervioso central, veremos brevemente su funcionamiento en estas situaciones.

La corteza cerebral interviene durante los procesos intelectuales y afectivos puestos en marcha para apreciar la situación estresante, a través de varios mensajes recibidos por los sistemas sensoriales. De esta apreciación depende en gran parte la respuesta fisiológica o fisiopatológica del organismo. Por otra parte, las áreas asociativas interpretan y valoran estos mensajes. De este modo, las reacciones no dependen solo del estado actual de un sujeto dado, sino de sus antecedentes, sus aprendizajes adquiridos en situaciones similares, y su memoria.

Dos sustancias liberadas en el sistema nervioso tienen particular importancia en la reacción al estrés, porque su sobreacción produce efectos deletéreos en el organismo facilitando la aparición de otras enfermedades. Ellas son las monoaminas adrenalina y noradrenalina y los glucocorticoides. El hipocampo, parte de la corteza cerebral más antigua filogenéticamente, posee receptores para los glucocorticoides. Uno de ellos, el tipo I, es sensible a las modificaciones moderadas del ritmo circadiano de cortisona, y el otro, el tipo II, es sensible a

las grandes concentraciones de glucocorticoides, como las liberadas en situaciones de estrés. De esto se puede inferir que una situación de agresión o estrés agudo favorecerá la activación de los receptores tipo II, pero un estrés crónico llevará a la hiposensibilidad de los tipo I, con la consiguiente falta de adaptación.

Sistema simpático y médula suprarrenal

En situaciones de estrés, la activación del sistema simpático y medular suprarrenal está en la primera fase de la reacción de emergencia y tiene como consecuencia la liberación de monoaminas, específicamente las catecolaminas adrenalina y noradrenalina. Esta respuesta dura algunos minutos y en el hombre ha sido estudiada en sus aspectos fisiológicos en la competencia deportiva. Estas catecolaminas preparan al organismo para el esfuerzo que deberá realizar, ya que aumentan rápidamente la frecuencia y la intensidad de la contracción cardíaca y la tensión arterial, con redistribución de la sangre en beneficio de los músculos pero en desmedro de las vísceras. El miedo se comporta de igual manera, al igual que cualquier situación amenazante.

El sistema hipotálamo-hipófisis-corticosuprarrenal

La estimulación aguda del sistema hipotálamo-hipofisario-corticosuprarrenal durante una situación de estrés provoca una liberación importante de hormonas glucocorticoides por la glándula suprarrenal.

El hipotálamo, por intermedio de los núcleos paraventriculares, es el primero en intervenir, segregando un factor liberador, la corticoliberina, que se fija en receptores específicos de las células de la hipófisis encargadas de segregar las hormonas corticotropas (adenocorticotrofina ACTH), desencadenando su liberación. Estas hormonas actúan en la suprarrenal, provocando la liberación de glucocorticoides, entre otras sustancias. El propio nivel plasmático de estas hormonas constituye un indicador en el proceso de retrocontrol que equilibra el sistema favoreciendo o limitando la secreción hormonal final de corticoides.

Las reacciones descritas duran un tiempo variable en cada sujeto, pero en promedio no sobrepasan las dos horas. La prolongación del estímulo (real o supuesta por el sujeto) o el mantenimiento de la reacción invierte su efectividad, llevando a variaciones descontroladas de la liberación de las sustancias mencionadas que provocan el desgaste de los distintos sistemas.

Los corticoides, por ejemplo, evitan la reactividad de los otros mecanismos que participan de la reacción de estrés, como la liberación de insulina, de vasopresina y las reacciones inflamatorias e inmunitarias.

Otras sustancias también alteran su secreción, como la melatropina y los péptidos opiáceos como la beta-endorfina, que juega un papel importante en el umbral del dolor. La hormona de crecimiento disminuye su liberación en el estrés crónico y se ha postulado su relación con la baja talla en niños estresados.

Las hormonas gonadotrópicas también sufren distorsiones en su secreción, como lo demuestran las amenorreas y ciclos anovulatorios, lo que podría incidir en la infertilidad.

Estos mecanismos mencionados muestran que la reacción al estrés, si bien es beneficiosa, no es un mero reflejo sino una conducta que depende del estado previo biopsicológico del sujeto y de su competencia para manejar las situaciones de estrés, y sobre todo ponen de manifiesto su carácter plástico, es decir, la capacidad que mediante aprendizaje se puede adquirir para modificarla en beneficio del individuo.

Consideraciones sobre la valoración del estrés

Los *cambios* provocan *crisis*. Las *crisis*, desde un punto de vista existencial, son consideradas un medio necesario para crecer. Producen una desacomodación general en la persona y el entorno, obligándola a recomponer el orden perdido, acción de la cual resultan nuevas situaciones y una forma de ser distinta.

Las personas de mayor edad relatan que las *crisis* de su época eran diferentes a las de ahora: "Antes las cosas iban más despacio", expresan.

Hoy presenciamos cambios tan acelerados que aparentan anular la capacidad de dar respuesta a las necesidades que generan. En vez de ser desencadenantes de desarrollo, se asemejan a sembradores de enigmas que paralizan.

El estrés parece ser un concepto concebido para dar captura al fenómeno descrito. A grandes rasgos, hace referencia a *cambios que se dan en todas las dimensiones de la persona y denomina variaciones que pueden tener una cualidad positiva o negativa indistintamente*.

Los efectores de estrés no pueden ser universalizables. Ocurren acontecimientos que ponen en riesgo la vida de las personas, como las grandes catástrofes. Pero estas situaciones no afectan de igual manera a todos quienes las experimentan. Al considerar experiencias no tan extremas, los distintos tipos de respuesta son aún más disímiles.

Es común observar que, frente a determinado suceso, algunas personas reaccionan de forma desadaptada a las necesidades que plantea la nueva si-

tuación. Por otra parte, frente a experiencias semejantes hay quienes reaccionan con neutralidad, sin resultar afectadas. ¿De qué depende que frente a una situación estresante el resultado de la respuesta elicitada [?] sea adaptativa o desadaptativa?

Una propuesta para resolver tal cuestión refiere a cómo valoramos la situación y cuál es nuestra capacidad de manejarla.

Se postula que dicha valoración se realiza en dos etapas. Primero *interpretamos* el potencial de amenaza o de pasividad de un suceso y luego, en caso de considerarlo de riesgo, *evaluamos* la acción necesaria para contrarrestarlo (Sarason y Sarason, 1996).

Interpretación y evaluación son dos procesos cognitivos puestos en juego que llevan a considerar que el éxito de la respuesta (adaptativa) es directamente proporcional a la capacidad de resolución de problemas del sujeto que experimenta la situación estresante.

De ser así, estaríamos frente a un elemento claramente diferencial entre el ser humano y otras especies. En el hombre lo instintivo se pondría al servicio de un mecanismo de complejidad superior, coordinado por la actividad cortical del sistema nervioso central (ver figura 1).

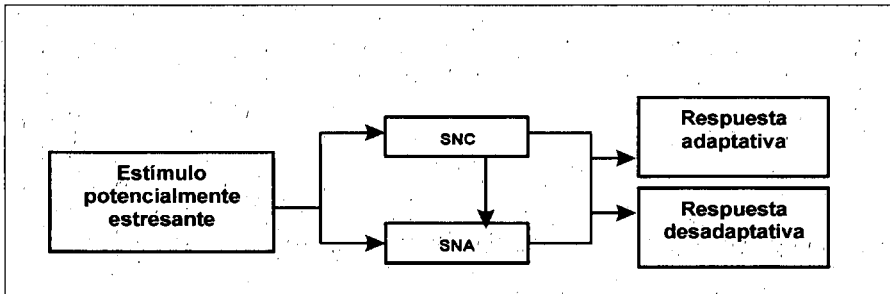


Fig. 1. Sistemas implicados en el procesamiento de estímulos.

Esta apreciación nos introduce en los fundamentos de la técnica de *biofeedback* (retroalimentación, *vide infra*), que se propone en este trabajo como instrumento invaluable a la hora de capacitar a las personas para reaccionar de forma adaptativa al ambiente poliestresante en el que están inmersas.

El esquema de la figura 1 enseña que, frente a un estímulo potencialmente estresante, que afecta simultáneamente al sistema nervioso central (SNC) y al sistema nervioso autónomo (SNA) —sin dejar de considerar que altera a la persona en su totalidad—, el primero cumple una función de *interface* [¿*interfase* o *interfaz*?] *cognitiva*, que “interpreta” y “evalúa”. El resultado de tal procesa-

miento afecta al SNA y de tal interacción resulta una respuesta adaptativa o desadaptativa.

La sobreestimulación a la que hoy día están expuestos ambos sistemas provocaría en el SNC errores de procesamiento, y en el SNA respuestas simpáticas y parasimpáticas que no alcanzarían sus fines naturales.

Biofeedback

Usamos el término *biofeedback* del inglés, dada su difusión, para referirnos a las técnicas cognitivas que implican aprendizaje instrumental utilizando una variable biológica debidamente registrada y objetivada por diferentes métodos (visuales, auditivos), a fin de que pueda ser manipulada por el propio sujeto. Se trata de poner en evidencia variables que habitualmente no consideramos y no podemos medir en la vida cotidiana, como la frecuencia de los latidos cardíacos, la tensión muscular, etc. Luego de un período de aprendizaje, es posible modificar respuestas y mantenerlas en los niveles deseados.

El *biofeedback* colaboraría con el SNC al brindarle información inmediata sobre el éxito o fracaso en el procesamiento de información y en las respuestas del SNA.

El primer tipo de información sería inferido; el segundo es brindado directamente a través de los múltiples registros que se pueden realizar (frecuencia cardíaca, tensión muscular, temperatura, presión arterial, etc.).

El sistema es muy sencillo (figura 2). El estímulo estresante actúa en primer término. Luego de registrar las respuestas de la persona, se brindan las instrucciones necesarias para regularizarlas. Las respuestas que ocurren frente a dicho estímulo estresante son monitorizadas y recibidas por el paciente, pudiendo la persona "entrenarse" hasta lograr una respuesta adaptada.

Una primera etapa de entrenamiento ocurre en una situación experimental. Luego se extrapolará tal experiencia a la vida cotidiana, donde la persona pondrá en funcionamiento las estrategias aprendidas.

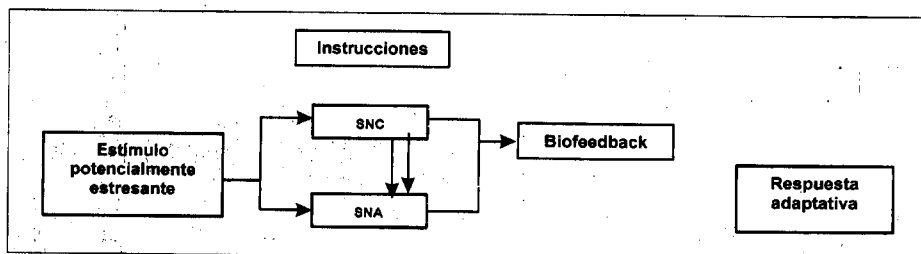


Fig. 2. Sistemas implicados en el procesamiento de estímulos. Entrenamiento y biofeedback.

Procedimiento

Hemos desarrollado en el laboratorio un sistema de registro de la frecuencia cardíaca basado en la actividad pletismográfica que está directamente relacionada con el latido cardíaco. Dicha actividad es ingresada a un PC, donde un *software* especialmente diseñado detecta y cuenta la frecuencia y la devuelve en pantalla en forma gráfica para que el sujeto la evalúe fácilmente. Llamamos a este procedimiento *biofeedback* (BFB).

En condiciones basales se entrena al sujeto, en unas 6 a 10 sesiones, para modificar la frecuencia cardíaca, apoyado con el BFB y estrategias de control como la relajación muscular y la respiración.

Luego de dicho entrenamiento se procede a someter al individuo a estímulos estresantes. Para ello se ha diseñado una serie de secuencias de sonidos que varían en intensidad, frecuencia o comprensibilidad. Estos estímulos pueden ser una alternancia de sonidos armónicos de bajo volumen que bruscamente aumentan de volumen y se tornan disonantes, o conversaciones con la señal de audio distorsionada en las cuales la comprensión de palabras se hace dificultosa y, al pedirle al sujeto que las interprete, dichas dificultades elevan el nivel de estrés. Simultáneamente se le presenta el BFB de su actividad cardíaca y se lo entrena nuevamente, con estrategias similares, para controlar dicho efecto.

Resultados

En primer término observamos los registros basales de la frecuencia cardíaca (FC) sin someter al sujeto a BFB (figura 3). Como puede apreciarse, esta actividad fluctúa en torno a un nivel promedio en el sujeto en reposo, atendiendo a modificaciones normales provocadas por el ritmo respiratorio. En cada sesión se permitió alcanzar el estado basal antes de utilizar el resto del procedimiento.

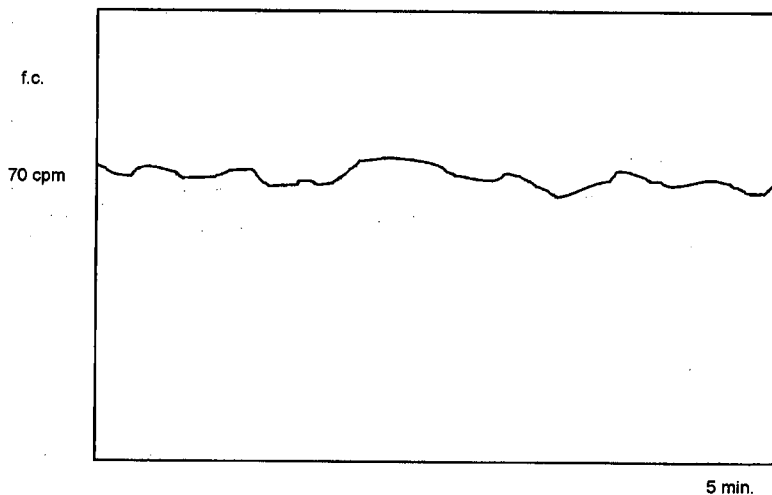


Fig. 3. Registro de la frecuencia cardíaca basal (f.c.) Tiempo de análisis 5 minutos.

Se presenta el BFB indicando al sujeto estrategias de modificación, como el cambio de la frecuencia y amplitud respiratorias y la relajación muscular activa. De esta forma se observa un decremento significativo de la frecuencia cardíaca, mantenible por tiempos variables para cada sujeto, dependiendo de la capacidad para sostener la concentración en el sistema (figura 4).

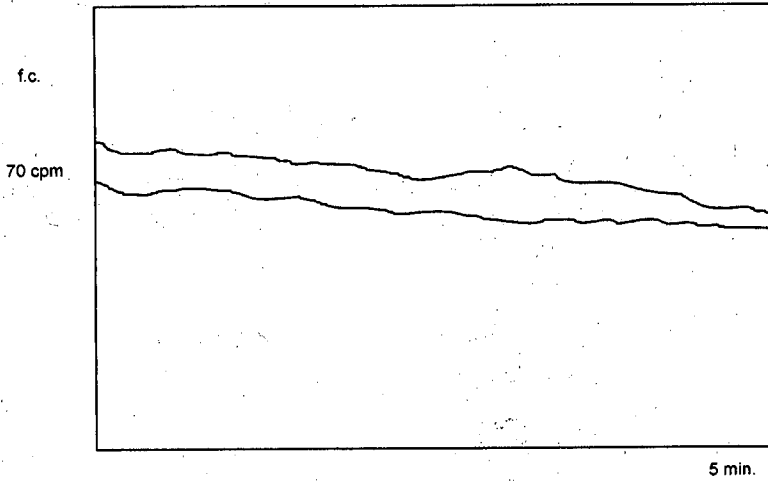


Fig. 4. BFB de frecuencia cardíaca. Nótese el decremento de frecuencia y la disminución de la variabilidad en dos registros consecutivos de 5 minutos cada uno.

Una vez realizada esta primera fase del entrenamiento, se instruye al sujeto para modificar la FC ante estímulos estresantes que demostraron ser capaces de elevarla como mecanismo natural como respuesta refleja autonómica (figuras 5 y 6).

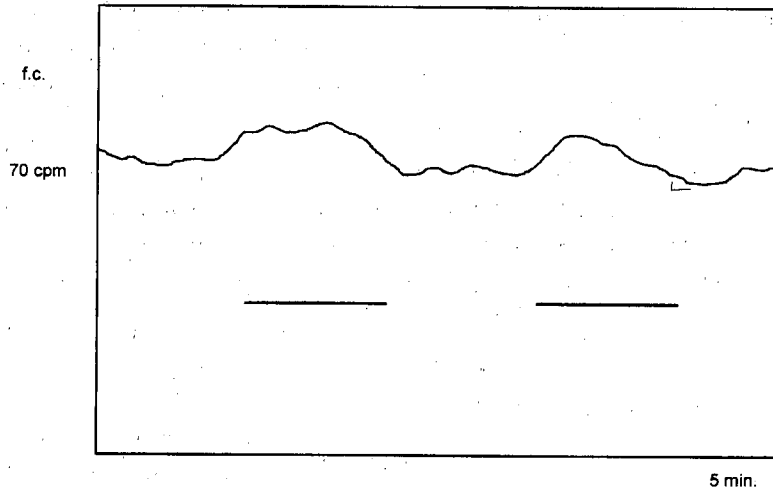


Fig. 5. Aumento de frecuencia cardíaca frente a estímulos estresantes sin BFB. Los estímulos fueron auditivos y se representan por barras.

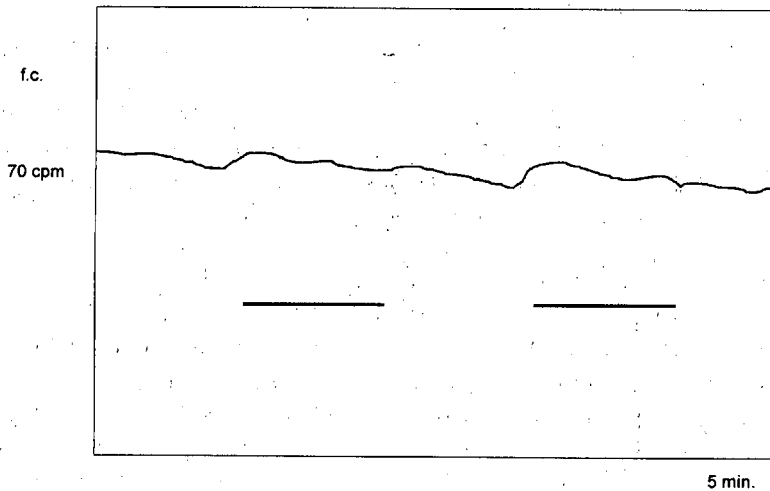


Fig. 6. Efecto del BFB sobre la frecuencia cardíaca ante estímulos estresantes auditivo. Nótese que al comienzo de los mismos aparece un leve aumento de origen reflejo (trasitorio) que luego es atenuado.

Los resultados ponen en evidencia la capacidad del sistema nervioso de modificar una respuesta, cuando dispone de las señales adecuadas, en virtud de su plasticidad y las posibilidades adaptativas.

Discusión

Si bien en este caso la magnitud de la modificación es pequeña, la importancia radica en que la carga sobre el aparato cardiovascular puede atenuarse durante el estrés. Con el entrenamiento en esta técnica pueden esperarse en el largo plazo disminuciones de los efectos de patologías como la hipertensión, la enfermedad coronaria, etc. Estas patologías tienen varios factores etiológicos y predisponentes que merecen especial atención y tratamiento. No obstante, en algunos casos es beneficioso disminuir la actividad cardíaca, contribuyendo así a los tratamientos específicos.

Por otra parte, es necesario considerar en efecto general del *biofeedback* y sus repercusiones en el sujeto como un todo, y el fenómeno del estrés como un efecto sistémico y como alterador de la homeostasis. En este sentido debemos reconocer que no todas las personas responderán de la misma forma ante estímulos estresantes semejantes. Es preciso reconocer que hay sujetos que muestran mayor predisposición que otros a una respuesta exagerada o inadaptada.

El cambio de cualidad y magnitud de las respuestas de un paciente estará en función de elementos más globales que se postulan como *factores de riesgo*.

Se dice que, a mayor *vulnerabilidad*, mayor es la probabilidad de ocurrencia de una respuesta desadaptada frente a una situación estresante. La vulnerabilidad a estímulos estresantes estaría influida por los aspectos de conducta de una persona (sobre todo sentimientos y emociones) que presentan un grado significativo de consistencia a través del tiempo de una situación cotidiana a otra, lo que se denomina *temperamento*.

También influye la forma que nos caracteriza al manejar las dificultades, que condiciona cómo identificamos y tratamos de resolver los problemas. Se ha llamado a esto *capacidades de afrontamiento*.

Por último, destaca el papel de la experiencia de quienes consideran que pertenecen a un sistema social. El grado de conciencia de pertenencia parece ser directamente proporcional a la seguridad y confianza que sienten en sí mismos a la hora de poner a prueba nuevas estrategias y reforzar sus capacidades para el afrontamiento. Hablamos aquí de *apoyo social* (Sarason y Sarason, 1997).

Experiencias de alta carga emocional, enfermedades, factores medioambientales, consumo de sustancias tóxicas, factores hormonales (pubertad, sín-

drome premenstrual, posparto, menopausia), factores inmunoalérgicos, etc., pueden ser considerados también factores de riesgo que favorecen la aparición de respuestas desadaptativas.

Los estímulos estresantes pueden tipificarse como *agudos* —conceptualización próxima a *cambio* o *acontecimiento*— o *crónicos* —que nos acerca al concepto de *tensión* o *sobrecarga*.

El último tipo descrito parece ser capaz de poner en riesgo la integridad del organismo, de manera actual o potencial, temporalidad que depende de la intensidad.

Así mismo, el carácter que se le asigna de problema o tensión que debe ser resuelta, de no acontecer tal desenlace, puede acabar provocando daño y deterioro.

Todas estas modulaciones interfieren con la identidad personal afectando la autoestima, responsable de otras consideraciones personales vitales para la subsistencia.

Se postula que el “estrés crónico” participa en la aparición y el mantenimiento de los siguientes síndromes y trastornos.

- Trastorno de estrés postraumático
- Trastorno por estrés extremo (DES)
- Síndrome de Burnout
- Síndrome de acoso moral o *mobbing*
- Síndrome de los cuidadores

Algunas de las respuestas desadaptativas que puede provocar se manifiestan en:

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">- La esfera psicológica | <ul style="list-style-type: none">- sentimientos de perturbación- incapacidad para concentrarse- humor irritable- disminución de confianza en sí mismo- preocupación- dificultad para tomar decisiones- pensamientos recurrentes- distractibilidad |
| <ul style="list-style-type: none">- La esfera orgánica | <ul style="list-style-type: none">- pulso acelerado- palpitaciones- aumento de la sudoración- tensión muscular- trastornos respiratorios- bruxación |

- La esfera conductual
 - deterioro de la efectividad del desempeño
 - consumo de sustancias
 - propensión a sufrir accidentes
 - tics
 - onicofagia
 - trastorno de la alimentación
 - trastorno del sueño

Por otra parte, al hablar de *estrés agudo* hacemos referencia a un trastorno transitorio y grave, que aparece en un individuo sin otro trastorno mental conocido, como respuesta a un estímulo físico o psicológico excepcional y que por lo general remite en horas o días (OMS, 1992).

Como factores de riesgo se postulan las situaciones de agotamiento físico o disminución de la capacidad orgánica. Los ancianos y los niños son más propensos a experimentar este tipo de estrés.

Cuadros premórbidos parecen ser facilitadores, como las tendencias disociativas, la distonía o hiperactividad neurovegetativa y los estados disfóricos.

El comienzo es generalmente brusco. La evolución puede configurarse como:

- Resolución más o menos completa en un lapso que varía entre algunas horas y varios días, no más de un mes.
- Puede evolucionar hacia un trastorno de estrés postraumático o hacia un síndrome de transformación de la personalidad tras experiencia traumática.

Por último, puede presentar una evolución hacia un síndrome amnésico, que se caracteriza por inaccesibilidad al recuerdo de las circunstancias traumáticas, con ocasional sintomatología conductual ansioso-depresiva.

Si consideramos que el estrés es uno de los factores de riesgo cardíaco, estamos realizando una tarea preventiva en personas sanas y en quienes ya tienen diagnosticada una condición cardíaca.

Dado que las estrategias utilizadas favorecen el mejor funcionamiento de otros sistemas, el beneficio se extiende a otras probables manifestaciones patológicas. En estados de relajación se obtiene una mayor secreción de péptidos opiáceos endógenos como las beta-endorfinas, que se sabe que producen analgesia endógena, además de mejorar otras condiciones metabólicas celulares a través de los llamados segundos mensajeros (GMP'c y AMP'c).

En vista de estas consideraciones, el *biofeedback*, que en este trabajo se utilizó para modificar la frecuencia cardíaca, pero que acepta muchas posibilidades, es una herramienta útil en el tratamiento y prevención de varias patologías con expresión psicósomática.

Entre esas aplicaciones se encuentran el BFB EMG-muscular, en el tratamiento de disfunciones del músculo esquelético como la cefalea tensional,

disfunciones esfinterianas, rehabilitación neuromuscular, etcétera, o el BFB de tipo autonómico, como, por ejemplo, la respuesta galvánica de resistencia cutánea.

Resultaría de utilidad incluir estas técnicas en equipos multidisciplinarios de salud como parte del tratamiento de varias enfermedades, especialmente las relacionadas con el estrés crónico y sus manifestaciones.

Bibliografía

- BERSTEIN, D.; Th. BORKEVEC, Th.: *Entrenamiento en relajación progresiva*. Bibl. Psic. Desclée de Brouwer, 1986.
- BUDZYNSKI, T.; J. STOYVA, C. S. ADLER, y D. MULLANEY: *Psychosom Med* 35: 484-496, 1973.
- BUDZYNSKI, T.: *Biofeedback & Self regulation* 3: 409-434, 1978.
- CRISPINO, L.; J. HADJEZ L.MONTI, A.KAPLAN: *Electroenceph. and Clinical Neurophysiol.* 63:39P-40P, 1986.
- CHANGEUX, J. P.: *Selecciones de Scientific American*, Blume, pp 271-281, 1965.
- CHAPMAN, S. L.: *Pain* 27: 1-43, 1986.
- FLOR, H.; HAAG, H., y TURK, D. C.: *Pain*, 27:195-202, 1986.
- GARCÍA, P.: "Uso de un microcomputador como instrumento de medida", *Anales del Encuentro y Taller Latinoamericano "El microcomputador en la enseñanza de la ciencia"*, Univ. Católica de Valparaíso, 1989.
- GARCÍA, P.; CORREA, J.; DÉDALO: *Interface para uso en experimentos de física*. Pe-deciba, Montevideo, 1991.
- HOLMES, D.; BURISH, T.; *J. psychosom Res.* 27: 515-532, 1983.
- KERTESZ, R.: *El manejo del stress*, IPPEM, Buenos Aires, 1982.
- MILLER, N.: *Psychology Today* 2: 54-59, 1985.
- RICAGNI, F., y CRISPINO, L.: *Electroenceph. and Clinical Neurophysiol*, vol. 75:126, 1990.
- RUCH, T., y PATTON, H.: *Physiology and Biophysics*, Saunders, pp. 53-117, 1979.
- SCHULTZ, J. D., y LUTHE, W.: *Autogenic Therapy*, vol 1. Grune & Stratton, Nueva York, 1969.
- TOMPKINS, W. J., y WEBSTER, J. G.: *Design of Microcomputer-Based Medical Instrumentation*. Prentice Hall, Nueva Jersey, 1981.
- TURK, D. C.; MEICHENBAUM, D.; BERMAN, W.: *Psychol Bull*, 86: 1332-1338, 1979.
- TURNER, J. A., CHAPMAN, C. R.: *Pain*, 12 :1-22, 1982.

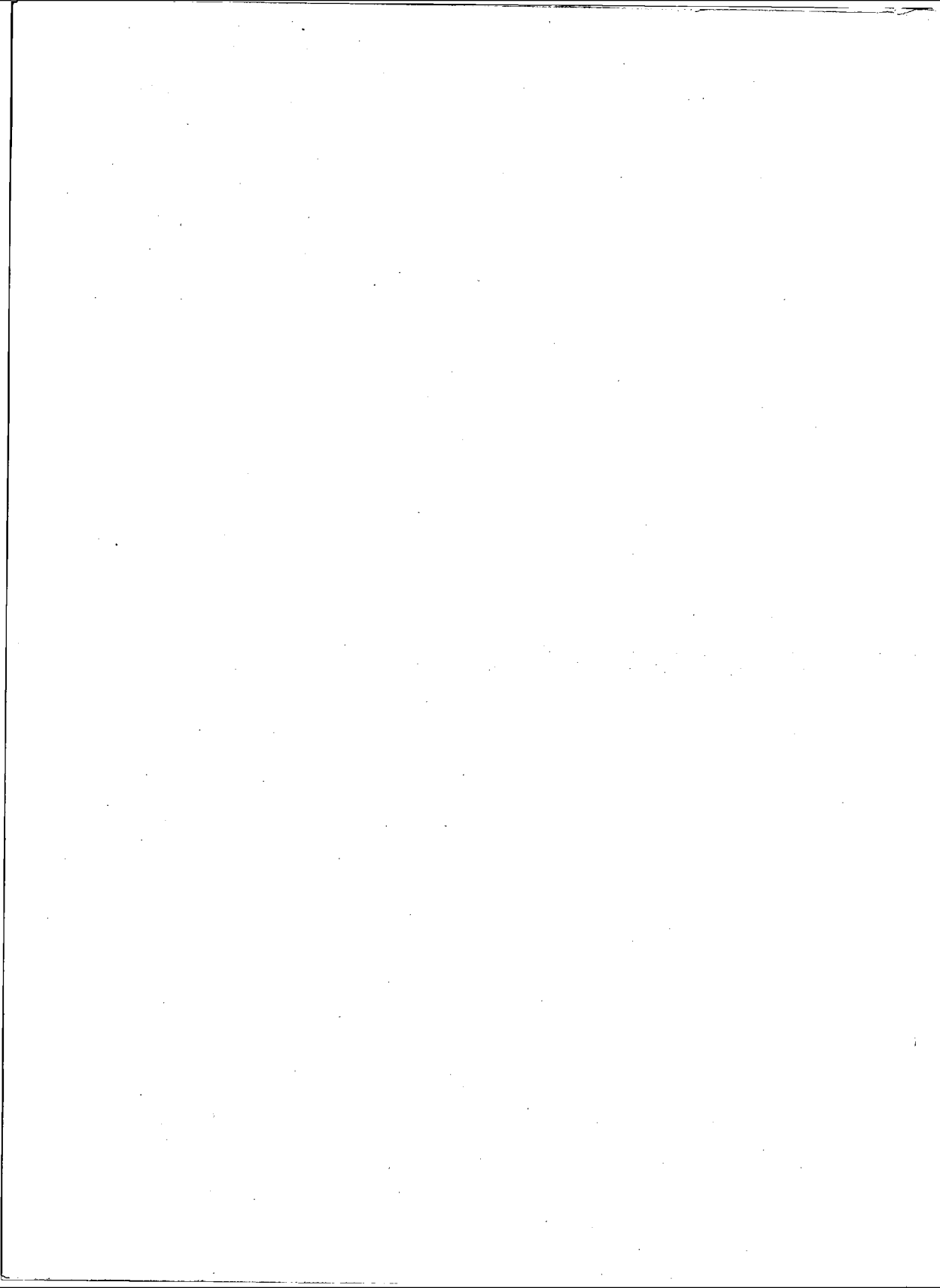
Resumen

El fenómeno concocido como estrés puede constituir una respuesta normal ante situaciones de apremio o bien un cuadro patológico en el que la respuesta se vuelve autoagresiva. Ciertas técnicas, sin embargo, permiten que el propio suje-

to modifique estas respuestas y las mantega en los niveles deseados: son las que engloba el término biofeedback. El artículo comienza por ofrecer una descripción fisiológica y fisiopatológica del estrés, para luego presentar y discutir algunos resultados experimentales del biofeedback en la modificación de la frecuencia cardíaca. No obstante, se trata de una herramienta que puede emplearse en el tratamiento y la prevención de varias patologías con expresión psicosomática.

Líneas de investigación Facultad de Psicología

Línea	Área	Responsables
Utilización de técnicas de evaluación psicológica en egresados de Psicología	. Evaluación Psicológica . Metodología	Prof. Reina Coral García, Prof. Graciela Ardoino, Prof. Lilián R. Daset, egresados y estudiantes de grado en Psicología.
Baremación del test de eficacia lectora	. Psicometría . Psicología Educacional . Psicología del Aprendizaje . Evaluación Psicológica	Prof. Ariel Cuadro, estudiantes de postgrado en Psicología Educacional y egresados.
Baremación del test de matrices progresivas	. Psicometría . Evaluación Psicológica	Prof. Graciela Ardoino, Prof. Beatriz Santín y Prof. Daniel Sucazes <i>Proyecto ganador de concurso de la Universidad</i>
Desarrollo e instrumentación de técnicas de control mediante el uso de Biofeedback	. Neuropsicología	Prof. Luis Crispino y Prof. Pablo García (de la Facultad de Ingeniería) <i>Proyecto ganador de concurso de la Universidad</i>
Evaluación y organización didáctica de la asignatura Pedagogía Familiar que se dicta en la Universidad Católica	. Psicología Educacional	Prof. María del Luján González y docentes de la Universidad Católica de Lovaina.
Padecimientos psíquicos en niños y adolescentes, habilidades y factores sociodemográficos	. Evaluación Psicológica . Psicopatología . Psicología Clínica . Psicología Preventiva . Intervención Psicosocial	Prof. Lilián R. Daset, egresados y estudiantes. Investigación transcultural con Universidad de Murcia y red de universidades que trabajan en el tema.
Análisis de los procesos lectores	. Psicología del Aprendizaje . Psicología Educacional . Evaluación Psicológica	Prof. Ariel Cuadro, egresados y estudiantes de postgrado en Psicología Educacional. Investigación transcultural con Universidad de Murcia y red de universidades que trabajan en el tema.
Depresión	. Evaluación Psicológica . Psicopatología . Psicología Clínica . Intervención Psicosocial	Prof. Lilián R. Daset, Prof. Mario Eugenio Saiz, Prof. Pilar Amézaga, estudiantes de postgrado en Psicología Clínica Analítica y estudiantes de grado.
Calidad de vida	. Evaluación Psicológica . Psicopatología . Psicología Clínica . Intervención Psicosocial	Prof. Lilián R. Daset y estudiantes de grado en Psicología.
Maltrato	. Evaluación Psicológica . Psicopatología . Intervención Psicosocial	Prof. Lilián R. Daset y estudiantes de grado en Psicología.
Procesos de aprendizaje en el cálculo matemático	. Psicología Educacional	Prof. Ariel Cuadro y estudiantes de grado en Psicología



Contenido

Presentación

Tema central

Tema central:
Depresión: trastorno del mundo contemporáneo
Perspectivas y abordajes

Jornadas sobre depresión

- Pilar Amézaga
- Pedro Bustelo
- Guillermo Castro
- María Pía Ciasullo
- Lilián R. Daset
- Alejandro De Barbieri Sabatino
- Mariano Galve
- María Teresa Pereira Spilman
- Mario Eugenio Saiz
- Verónica Tafernaberry

Seminario sobre depresión

- Francisco Ameglio
- Lilián R. Daset
- Fredy da Silva
- Lucas del Valle
- Margarita Dubourdieu
- Delfina Miller
- Mario Saiz

Técnicas de biofeedback en el control del estrés
Luis Crispino, Guillermo Pérez y Pablo García

Temas centrales de *Prisma*:

1- Sistema de enseñanza superior y desarrollo; 2- Ética y comunicación social; 3- Políticas sociales; 4- Globalización, descentralización y territorio; 5- El empleo en la sociedad contemporánea; 6- En torno a la democracia; 7- La empresa uruguaya frente a los desafíos contemporáneos; 8- Gestión cultural; 9- Las representaciones simbólicas de la integración; 10- Cultura y cambio en las organizaciones contemporáneas; 11- Nuevos temas en la educación; 12- Filósofos Vivos; 13- Imagen, territorio y organización; 14- A la búsqueda de Francisco Bauzá (1849-1899); 15- Opinión Pública y elecciones; 16- Relaciones laborales, mercado de trabajo y desarrollo empresarial; 17- Arielismo y latinoamericanismo.