



UN PUNTO DE VISTA SOBRE EL PAPEL DE LA PSICOTERAPIA EN LA DEPRESION

Dr. Javier Arteaga.

Cada vez más, el término "depresión" suele utilizarse en forma indiscriminada y poco precisa. Hasta hace unos 70 años, fue un término completamente ordinario sin acepción técnica alguna. Diferentes disciplinas lo han ido incorporando a su lenguaje propio con significados distintos: en meteorología, depresión se refiere a un descenso en la columna que indica el peso del aire en el barómetro, en geografía alude a una falla en el terreno, gramaticalmente tiene muchas otras acepciones, vgr; período de baja economía que procede o sigue a una crisis, etc.

El vocablo apareció implicado ya más directamente con la medicina cuando Kraepelin, en 1898 lo incluyó en sus clasificaciones al llamar "psicosis maniaco-depresiva" a una enfermedad mental. Desde entonces, se ha extendido su conotación profusamente al lenguaje médico y a la jerga popular, aludiendo a un sinnúmero de reacciones afectivas de toda índole. (1)

En forma poco reflexiva, dejándonos llevar por una especie de comodidad perezosa, llamamos depresión inclusive a emociones saludablemente naturales que resultan de circunstancias adversas que afectan el ánimo. Inclusive, criterios con pretensión de científicos llegan a ser de lo más relajados. Algunos incluyen en la depresión "una emoción normal, una reacción natural que todos podemos padecer cuando el medio nos es desfavorable" (Sir Denis Hill). Este criterio no implica un estado patológico, pero utiliza el mismo término con el que otros criterios designan definitivamente a una enfermedad, vgr. el siguiente: "La depresión es un desorden funcional del humor que afecta en for-

ma global a la personalidad. Se manifiesta en la esfera mental por tristeza, - pesimismo, desmoralización, angustia e inhibición generalizada. Se acompaña de perturbaciones del sueño, pérdida del apetito y baja de peso y de síntomas - en diversos aparatos y sistemas". (De la fuente, R.).

Por donde quiera que se le vea, se concluye que no existe acuerdo alguno respecto al diagnóstico, la epidemiología, la clasificación, las causas y los métodos terapéuticos eficaces en este padecimiento y cada quien se refiere a - la depresión, demasiado líricamente. Por otra parte, en lo que si parece ha - ber un acuerdo general, es en que la depresión es un estado morboso ubicuo y universal, que, según parece, es inherente a la condición humana. La impre - sión del término, propicia el llamar de un mismo modo a un simple mal hu - mor normal que a un estado de alteración de calidad diferente, tan grave, que puede llevar a la muerte.

Las publicaciones modernas al hablar de depresión, se refieren a "una de las principales enfermedades de nuestro tiempo"... "la más característica de nuestra sociedad humana y de nuestra época tecnológica". El Instituto Na - cional de Salud Mental Norteamericano, calcula que en 1971 aproximadamente 615,000 sujetos fueron internados en instituciones para tratamiento psiquiátri - co y que 23% de estas admisiones, lo mismo que 30% de las admitidas en unida des psiquiátricas de hospitales generales, correspondían a sujetos enfermos de depresión. Se calcula además, que solo en Estados Unidos, entre 4 y 10 millo - nes de personas más requieren tratamiento, pero no se dan cuenta de tal nece - sidad. Ignoro si en nuestro país hay estadísticas correlativas.

Ante este panorama, hace relieve la importancia de contar con un crite - rio que opere eficazmente en la detección de la enfermedad, y sobre todo, que



delimite lo más precisamente posible sus contornos.

El psiquiatra trabaja de acuerdo a marcos teóricos que circunscriben - las alternativas de opción en el diagnóstico. Luego de un exámen atendiendo a - ciertas reglas, debería poder llegar solo a una conclusión: el sujeto está enfer - mo o no lo está. Para esto son necesarios algunos parámetros bien definidos o una sólida experiencia en el reconocimiento clínico de la enfermedad.

Se circunscribe también su actuación terapéutica ya que se mueve en un terreno reducido justamente por sus marcos teóricos. Contemplemos algunos - de ellos: "La afectividad, considerada como una función cerebral dependiente - de un sustrato anatómico, ha pasado de ser una conclusión meramente teórica, a un dato probado, sobre todo desde Papez (1937). Este autor hizo descansar el estado de ánimo interno, que traduce sus efectos, en hipotálamo, núcleo ante - rior del tálamo, circunvolución del cíngulo e hipocampo. Las interconexiones - de estas estructuras y otras que se agregaron posteriormente, han sido verifi - cadas experimentalmente como sustrato de la emoción incluso a nivel humano, como lo hizo Penfield. La depresión por lo tanto, se halla ligada a una altera - ción de estas estructuras presumiblemente a nivel funcional, pero en todo ca - so, es una manifestación de índole orgánico" (Patiño, J.L.).

"Una serie de estudios experimentales realizada por Olds (1962) utili - zando la técnica de autoestimulación cerebral, ha establecido la localización - dentro del circuito límbico-mesencefálico de dos sistemas neuronales funcio - nalmente opuestos: en el humano, al ser estimulado con electrodos de profundi - dad en ciertas regiones cerebrales, se han producido risas, sensaciones pla - centeras puras, desaparición de la fatiga, sensaciones sexuales muy agrada - bles y por esto, a las estructuras que responden por estas emociones se les ha

llamado 'sistema de reforzamiento positivo o de recompensa'. Emociones y -
sensaciones opuestas se han producido desplazando el electrodo a regiones ve-
cinas no muy lejanas. A esta zona cerebral se le ha llamado 'sistema de refor-
zamiento negativo o de castigo'(Hernández Peón, R.).

"Se ha demostrado suficientemente que la llamada barrera hematoence-
fálica se permeabiliza más a las monoaminas durante la terapia electroconvul-
siva; Ketty y Lavinsky demostraron que el electrochoque en ratas aumenta el -
recambio de norepinefrina en el cerebro, lo que probablemente es un factor pa-
ra la mayor acción de esta monoamina sobre su receptor. Es decir, que todos
los tratamientos de la depresión tienen un factor cerebral común; aumentan la-
transmisión de norepinefrina y de serotonina" (Díaz, J.L.).

De este orden son los conceptos que maneja el investigador y el clínico
en psiquiatría. El terreno está cada vez mejor delimitado y ofrece cierto mar-
gen de seguridad y resultados verificables a corto plazo. Si se enfoca a la de--
presión como una enfermedad tan claramente referida a alteraciones neurofisi-
ológicas y metabólicas, se mitiga la anarquía conceptual prevaleciente y puede -
disponerse de un espectro terapéutico basado en aportaciones científicas cada -
vez menos especulativas.

El problema se centra entonces a la precisión en el diagnóstico. Es ne-
cesario disponer de elementos orientadores a modo de integrar un núcleo bási-
co que permita reconocer o descartar a la enfermedad depresiva. Lo que pu-
diéramos llamar: signos y síntomas cardinales o primarios. Levy Valensi, en
entre los clásicos, estima una triada que caracteriza a la depresión: -escases -
en la expresión verbal, inercia, talante de bajo nivel-, es decir, da a estos -
elementos un valor patognomónico, difíciles de hallar en un estado falsamente -



calificado de depresión, donde lo común es lo contrario: por ejemplo, en los frecuentes estados de angustia mórbida.

Hay un acuerdo cada vez más generalizado en considerar algunos signos físicos como cardinales para delimitar el perímetro de la depresión. Independientemente de su significado más profundo, resultan valiosas señales para el diagnóstico. Entre estos, las alteraciones en el sueño se presentan en todos los casos y reflejan desarreglos relacionados con el metabolismo de las catecolaminas durante el ciclo circadiano. A veces en forma de despertares tempranos y la imposibilidad de volver a conciliar el sueño; solo dormita con intermitencias. Otras veces hay gran dificultad para dormirse al principio de la jornada nocturna y en no pocos casos la alteración se manifiesta por un letargo parecido al sueño y que el enfermo arrastra noche y día; algo que lo confina a la cama a veces por muchos días sin que nada lo estimule. La falta de apetito con pérdida de peso es otro signo muy constante, de un alto valor en la consideración del diagnóstico. En las menos de las veces, la alteración es en sentido opuesto y el paciente come demasiado impulsado por la ansiedad (cuando ésta acompaña al cuadro) y el aumento de peso puede contribuir al malestar general.

Una franca alteración en la reactividad a los estímulos emocionales y físicos puede enunciarse como otro signo cardinal. El paciente no se siente afectado por acontecimientos que normalmente le habrían provocado respuestas emotivas. Es tal su embotamiento que puede cambiar su percepción del mundo, de manera que actitudes solidarias o consoladoras se vuelven carentes de sentido u hostiles.

Disminución o abolición en el apetito sexual es la regla. Los hábitos

del sujeto se modifican tan ostensiblemente, que puede concederse categoría -- de signo cardinal a este hecho. Hay también una inhibición psicomotora traducida por lentificación, torpidez y disminución de la actividad tanto física como mental.

La constipación cólica, aumento en la frecuencia de las micciones, dificultad para la respiración, mareos, aumento en la frecuencia cardíaca y desórdenes menstruales han sido encontrados en una proporción que oscila entre -- el 50 y 80% de los casos.

El cortejo subjetivo constituido por síntomas psíquicos es prácticamente -- clasificado ya que cada individuo desencadena un modo de respuesta vital según un estilo individual, de allí que debemos tomar la subjetividad del -- paciente, solo como un escollo en la valoración de la enfermedad. A este respecto, el sentimiento de desesperanza, un pesimismo irracional y la anhedonia (falta de capacidad para experimentar el goce), fungen como síntomas constantes, y el primero, de los que más aproximan al suicidio.

Aunque muchos autores conceden un papel secundario a las manifestaciones -- somáticas que acompañan a la depresión y las sitúan como consecuencias posteriores de la misma, hemos de reconocer que nos dan una buena pauta para identificar nuclearmente a la depresión.

Adoptando cierto nivel de exigencia al diagnosticar la depresión, aplicando un examen que realmente discrimine, no concederemos el "pase" a sujetos que no alcancen una buena calificación. Estaremos así en mejores condiciones para descartar un sinnúmero de casos de pseudo-depresión. Mejor prevenidos a los riesgos de suicidio y también a las frecuentes maniobras manipuladoras a que da lugar la amenaza de suicidarse.



La importancia de diagnosticar adecuadamente la depresión, involucra la responsabilidad del abordaje terapéutico. Multitud de sujetos se declaran deprimidos por "autoevaluación" y acuden al terapeuta en busca de una confirmación de sus apreciaciones. Sugieren ser tratados con medicamentos para una supuesta enfermedad que ellos mismos se adjudican y con eso están llamando a las puertas de una salida fácil; la vía de escape a la toma de responsabilidades mayores; el trámite de una credencial que los acredite como enfermos con todo lo que la condición de enfermo representa para la vida irracional. Si no se hace un diagnóstico responsable y cuidadoso, el terapeuta sucumbe a las expectativas del paciente dándole medicamentos o canalizándolo con alguien que se los de. De este modo congela quizás para siempre, posibilidades insospechadas que podrían haber rendido frutos nutritivos. Puede hacerse cómplice y dar la razón, a sinrazones ocultas, que podrían haber sido removidas con un trabajo que descendiera más al fondo de un simple esquema medicamentoso.

Pero la inversa es más peligrosa aún: cuando el terapeuta no es suficientemente modesto para reconocer que se encuentra ante una enfermedad de índole tan constitucional y endógena como lo es la auténtica depresión, y se empeña en desentrañar a base de filigranas psicoanalíticas o interpretaciones por lo demás profundas, la naturaleza de dicha enfermedad.

Aquí deseo plantear una dificultad surgida cuando estaba amasando el presente trabajo: llevo dentro de mí, un psiquiatra disciplinado en una metodología a través de la cual se circunscribe el diagnóstico, el pronóstico y el manejo terapéutico de la depresión. Conocedor de procedimientos médicos capaces de modificar favorablemente y a corto plazo la evolución de la enfermedad. Pero llevo también un psicoanalista en plena efervecencia dispuesto a poner en

juego procedimientos que, aunque más difíciles de evaluar, cuyos resultados - son a largo plazo y no siempre exitosos, pretenden no obstante ser más radicales en sus resultados. ¿Cuál enfoque desarrollo?...¿Cuál me motiva más profundamente?... ¿A quién le hago más caso?... ¿Realmente se excluyen ambos enfoques?... ¿Pueden conciliarse y aún complementarse?. -De una parte está - la instancia que me impele a plantear la forma de ayudar al alivio del sufri- - miento moral del enfermo deprimido, siguiendo una ruta bien determinada; donde de puede pronosticarse paso a paso lo que va a ir sucediendo, e ir verificando- que en efecto sucede. Pero está otra instancia que me obliga a plantear con to- da claridad el hecho de que tal procedimiento solo ofrece un remedio paliativo; de que puede intentarse un abordaje más profundo, mucho más interesante e intrincado; de que bien puede optarse por un camino en el que las alternativas en lugar de reducirse, se amplían, se complican y dificultan el intento, pero todo esto con una firme esperanza de ayudar en la realización de cambios estruc- turales, modificaciones que transformen incluso la naturaleza depresiva del sujeto a investigar. Cuando emergen mis propias vivencias de frustración, el de- - sencanto de no ver cristalizados muchos anhelos y fantasías de mi fragor juve- nil, el desasosiego de ver languidecer posibilidades latentes en proceso de marchitamiento, el ahogo de verme convertido en un profesionalista de la medicina - y de la psicología en lugar de ser el músico creativo y contento que bien pude - haber sido y no soy, cuando me siento, en fin, paralizado o inútil, las hipóte- sis bioquímicas y neurofisiológicas en las cuales apoyo mi actitud terapéutica - de buena fe, no me sirven de consuelo. A pesar de reconocer la eficacia indis- cutible de la batería farmacológica, y de que cuando la aplico en mis pacientes deposito en ella toda mi confianza, nunca se me ha ocurrido aplicarla en mí -



mismo para el alivio de estos y muchos otros sentimientos a veces desolados. Sin embargo, alguna sesión de análisis en un instante crucial, la comprensión íntimamente satisfactoria de un sueño, o bien mío o bien de alguno de mis pacientes, puede hacer cambiar mi estado de ánimo.

Este planteamiento lleva el propósito tal vez, de puntualizar el hecho de que por dolorosos que puedan ser algunos momentos o etapas de la vida, es necesario algo más para acreditar la calificación necesaria de la enfermedad depresiva; aquella que involucra alteraciones neurohumorales en la intimidad cerebral.

Ocurre que el paciente lo primero que expone son sus dolencias morales dándoles una extensión muy subjetiva. Es necesario un examen crítico y la búsqueda de signos y síntomas medulares para no dejarnos llevar por manifestaciones a veces aparatosas y conmovedoras pero que inducen a equivocarse diagnóstico, vgr: accesos de llanto, ansiedad, tristeza, sentimientos de minusvalía, de culpa, de fracaso, etc.

Desearía concluir invitándonos a imaginar por un momento que podemos aplicar un nuevo término con el cual designar ÚNICA Y EXCLUSIVAMENTE al evento patológico que hasta ahora hemos llamado "Depresión". Dispondríamos, claro está, de términos propios para aludir a cualquiera otra alteración emocional de talante bajo, motivada o no por acontecimientos externos o internos: aflicción, tristeza, duelo, mal humor, hastío, ansiedad, soledad, etc.

Gracias a ese nuevo término, que ya nada tendría que ver con el que ha dejado de servir por haberse relajado tanto, podríamos proceder con mucha más claridad en el manejo del paciente enfermo de "Eso". Con la misma con la que procedemos cuando no nos cabe duda de que es diabetes, hepatitis, úlcera duo-

denal o algunas de las otras enfermedades que conceptualizamos con mayor o menor claridad según el avance de las investigaciones médicas. El manejo terapéutico se desprendería entonces de la precisión con que se hiciera el diagnóstico. A pesar de todas las dificultades relacionadas con la comprensión de la naturaleza de la enfermedad, ésta, una vez diagnosticada es uno de los trastornos más fáciles de tratar; con frecuencia se logra acabar con los síntomas y esto puede considerarse un primer nivel satisfactorio.

Expreso mi sentir, como psicoanalista y como médico en general, de que no encuentro ninguna razón verdaderamente válida para privar del beneficio de un tratamiento farmacológico eficaz a quien padece el más intenso de los dolores morales. ¿Debemos abrogarnos el derecho de someterlo a procedimientos demasiado prolongados cuando en nuestra conciencia campea la convicción de que se le puede ayudar en forma rápida y efectiva gracias al avance de la ciencia?.

Y en cualquier caso, volvemos a través de todos los caminos a la Roma del diagnóstico preciso: es indispensable poder discriminar la enfermedad auténtica entresacándola de la anarquía a que ha dado lugar la vulgarización del término. Tomándonos en serio a este respecto, pondremos en su lugar comentarios como: "Sabe Ud. doctor, en esta semana me han dado tres depresiones" o bien: "Pues verá Ud. doctor, ahora vengo medio deprimido". Ante la verdadera enfermedad solo cabrían dos opciones: o se padece o no se padece. En el primer caso, el tratamiento farmacológico ahorra sufrimiento a veces innecesario al paciente y en ocasiones lo permeabiliza a la influencia de la psicoterapia. Un paciente realmente enfermo, no está en condiciones ni siquiera de atender a un diagnóstico. Se halla sumergido tenazmente en sí mismo y esperar ayu-



darle con interpretaciones complejas, por fidedignas que estas puedan ser, no estaría muy lejos de ser una obstinación vanidosa.

- (1) VER: 26 Lecciones de Psiquiatria Clínica. Patiño Rojas José Luis. MEXICO.