

131

2 es.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

LA DEPRESIÓN DESDE DIFERENTES
PERSPECTIVAS TEÓRICAS.

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A:
HIDALGO SOLÍS RAÚL ALFONSO

DIRECTOR DE TESIS: LIC. CELSO SERRA PADILLA

CIUDAD UNIVERSITARIA D.F.

1998

258099



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Indice

Indice	i
Introducción	ii
Capítulo 1, La Depresión en la Historia	1
1 Definición y Frecuencia Actual de la Depresión.	1
2 La Depresión desde la Antigüedad hasta el Siglo XVIII	5
3 La Depresión en el Siglo XIX.	8
Capítulo 2, La Depresión Desde Diferentes Perspectivas Teóricas.	21
1 El Modelo Psicoanalítico	21
Aplicaciones del Modelo Psicoanalítico	40
2 Modelo Interpersonal-Existencial	48
Aplicaciones del Modelo Interpersonal-Existencial	65
3 Modelo Cognitivo-Conductual	71
Aplicaciones del Modelo Cognitivo-Conductual	79
4 Modelo Médico-Biológico	85
Aplicaciones del Modelo Médico-Biológico	91
Capítulo 3, Conclusiones	95
1 Aplicaciones Terapéuticas de los Cuatro Modelos en las Depresiones Neurótica y Psicótica (unipolar).	95
2 Comentarios Finales	110
Referencias Bibliográficas	114

Introducción

La depresión es el trastorno mental de mayor incidencia en el ser humano, y el más antiguo del que se tenga conocimiento, ya que existen registros sobre esta enfermedad desde hace veinticinco siglos. Representa un serio problema de Salud Pública y es el padecimiento por el que la mayoría de las personas acuden con el especialista en salud mental. Se caracteriza por un estado de ánimo decaído, una profunda tristeza, alteraciones cognitivas, afecciones somáticas (insomnio, pérdida de peso, lentificación psicomotora, anorexia, delirios, hipocondria, etc.), aislamiento social y frecuentemente suicidio o ideas de muerte.

El conocimiento sobre esta enfermedad es aún poco preciso y confuso. Su etiología ha sido atribuida desde demonios y espíritus malignos, la bilis negra, o a la locura; hasta conflictos intrapsíquicos, inadecuadas relaciones interpersonales, fallas cognitivas, alteraciones neuroquímicas, genéticas u hormonales, sin embargo, aún no queda esclarecido su origen. Clasificar la depresión también ha resultado sumamente difícil, se ha intentado hacerlo por su origen (endógeno, exógeno), por su duración (corta=episodio, larga=trastorno), por su profundidad (leve=neurótica o secundaria; profunda=melancólica o psicótica-primaria), si presenta o no oscilaciones del humor o del ánimo (depresión monopolar=solamente depresión, bipolar=con oscilaciones maniacas, o doble=depresión + manía simultáneas), entre otras.

Los tratamientos y los métodos de intervención han ido evolucionando de acuerdo al momento histórico en el que han sido elaborados, los conocimientos predominantes, y a los avances científicos correspondientes a cada época; utilizando desde limpias y exorcismos hasta la psicoterapia, la medicación antidepresiva, la terapia electroconvulsiva, o la psicocirugía.

La propuesta de éste trabajo, inicialmente consiste en revisar la forma en que ha ido evolucionando el concepto de depresión a lo largo de la historia, presentando algunas de las principales definiciones realizadas por algunos investigadores desde la Antigüedad hasta el Siglo XIX. Posteriormente se revisan en el Siglo XX los principales autores, modelos o perspectivas teóricas y de intervención, y se analizan las aplicaciones y efectividad de cada modelo en el tratamiento de la depresión. Dichos modelos son: Psicodinámico, Interpersonal-Existencial, Cognitivo-Conductual y Médico-Biológico.

La forma en que se encuentra organizada la información es la siguiente: Inicialmente se revisa la evolución del concepto depresión a través de la historia, su etiología, clasificación, y tratamiento en la Antigüedad, y en los Siglos XVIII y XIX (Capítulo 1). Posteriormente, durante el Siglo XX (Capítulo 2), se revisan las principales perspectivas teóricas avocadas al estudio de la depresión, dividiéndose para su estudio en los cuatro modelos mencionados (Psicodinámico, Interpersonal-Existencial, Cognitivo-Conductual, y Médico-Biológico), presentando a sus principales autores, enfoques o escuelas, y finalmente se analizan las aplicaciones, el método y la efectividad de cada modelo en el tratamiento de la depresión.

En el Capítulo 3, se analizan comparativamente las aplicaciones terapéuticas de los cuatro modelos entre sí, para la intervención en las depresiones Neurótica y Psicótica (unipolar). Podemos mencionar que en el tratamiento de la depresión reactiva-unipolar, no se encontraron investigaciones que señalaran diferencias significativas entre cada uno de los cuatro modelos, pero sí algunas que señalan una ligera superioridad terapéutica o metodológica del modelo Cognitivo-Conductual. El modelo Médico Biológico muestra una ligera superioridad en el tratamiento de la depresión Psicótica unipolar, bipolar, y en los estados maniacos.

Por su parte, se encontró que los modelos Psicodinámico e Interpersonal-Existencial, han realizado escasas (por no decir nulas) investigaciones en torno a sus intervenciones terapéuticas y aplicaciones.

Existen pocas revisiones o investigaciones que focalizen el estudio de la depresión a partir de los cuatro modelos mencionados, y menos aún que observen los resultados de las intervenciones y aplicaciones terapéuticas de cada modelo para la depresión. Este trabajo pretende ser un punto de partida de diferentes trabajos, e investigaciones en torno a la intervención y aplicaciones terapéuticas en psicopatología y en psicoterapia en general, y en el estudio de la depresión específicamente.

Finalmente (y quizás principalmente), mencionaremos un interés personal en el estudio de la depresión, la evolución de su concepto a través de la historia, los marcos teóricos propuestos por cada modelo y las aplicaciones terapéuticas de los mismos, debido a que desde hace ya casi cinco años, vengo trabajando con un alto índice de pacientes deprimidos en la Comunidad de los Pedregales de Coyoacán (Santa Ursula, Santo Domingo, Los Reyes), en diversos Centros de Trabajo del D.D.F.; y representan una comunidad subdesarrollada no sólo en lo educativo o económico, sino también en servicios de salud mental, y son una sociedad sumamente oprimida, y en consecuencia, "deprimida". Procuero por ello profundizar en una mejor comprensión de la depresión, para así encontrar y utilizar métodos y técnicas eficaces para la disminución de la intensidad y cantidad de los síntomas, y además alcanzar una vida más plena y un significado existencial, considerando que provienen de una cultura y condiciones individuales y sociales muy diferentes a las de los autores de los diversos modelos teóricos y terapéuticos.

Capítulo 1

La Depresión en la Historia

A lo largo de la historia de la Nosología y Psicopatología, ha surgido una enorme dificultad para identificar, definir, clasificar y esclarecer lo que es la depresión, e incluso muchas veces han existido problemas para diferenciarla de la simple tristeza, el duelo o la aflicción, los cuales podrían ser considerados como manifestaciones o fluctuaciones normales del estado de ánimo o del humor. Desde un punto de vista dinámico, homeostático, se considera normal que el estado de ánimo del ser humano oscile de la alegría a la tristeza. Sin embargo se habla de depresión cuando una persona se encuentra fijada o hundida en una tristeza de manera excesiva, profunda y prolongada. Al estado diametralmente opuesto se le conoce con el nombre de "Manía" que se caracteriza por una euforia y alegría exacerbadas, agitación y actividad psicomotora incrementadas.

Actualmente se consideran dos posibles y principales causas que originan la depresión: las de origen endógeno (psicóticas) y las de origen exógeno (neuróticas). Por su profundidad y origen se clasifican en episodio (máximo 2 meses) o trastorno (más de dos meses). Se considera además si presenta graves oscilaciones hacia el estado maniaco (depresión bipolar), o si se manifiesta por depresión únicamente (depresión unipolar).

El origen de la depresión endógena ha sido atribuido a posibles factores genéticos, cambios en las propiedades de las membranas de las neuronas, variaciones en los niveles de algunos neurotransmisores u hormonas, intoxicaciones por abuso de alcohol o de drogas, etc; su aparición puede ocurrir súbitamente, y sin antecedentes familiares previos de la enfermedad.

Las depresiones exógenas se atribuyen a experiencias de duelo o pérdidas traumáticas, continuas experiencias de tristeza y abandono, pobres vínculos afectivos con los padres, incapacidad para modificar el entorno, estrés, conflictos intrapsíquicos, un esquema yoico deteriorado, fallas cognitivas, relaciones interpersonales disfuncionales y todo tipo de problemas sociales, económicos, políticos, culturales, existenciales e incluso religiosos.

Nosológicamente la Depresión Exógena Unipolar (Neurótica o Secundaria), es definida por el DSM-IV (1994) como un trastorno del estado de ánimo, y se consideran los siguientes criterios para su diagnóstico:

A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un periodo de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas (necesariamente) debe ser: (1) Estado de ánimo deprimido o (2) Pérdida del interés o de la capacidad para el placer;

(1) estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p.ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p.ej., llanto);

(2) disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o en casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día;

(3) pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p.ej., un cambio de más del 5% del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día;

(4) insomnio o hipersomnia casi cada día;

(5) agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día;

(6) fatiga o pérdida de energía casi cada día;

(7) 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);

(8) disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión casi cada día;

(9) 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;

Además se considera si los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Para la Depresión Endógena Unipolar (Psicótica o Mayor), se consideran los siguientes criterios diagnósticos (tomado de Bourgeois 1994):

- (1) Pérdida de interés por todas o casi todas las actividades cotidianas;
- (2) Ausencia de reacción ante estímulos habitualmente agradables;

Y tres o más de los siguientes síntomas:

- (1) Cualitativamente distinta del humor depresivo (sin un desencadenante);
- (2) Depresión más intensa en la mañana;
- (3) Insomnio precoz (dos horas menos de lo habitual);
- (4) Lentificación psicomotora evidente o agitación;
- (5) Anorexia o pérdida de peso;
- (6) Culpabilidad excesiva o inapropiada.

Debido a que existen docenas de clasificaciones de la depresión, no serán mencionadas por ser divergentes con los objetivos de éste trabajo. Sin embargo, los interesados en el tema pueden revisar los trabajos de Bauer y cols. (1994), Farmer y Mc Guffin (1989), Hare (1981), Romanoski y cols. (1992), Rush y Weissenburger (1994), Tsuang y Winkour (1992), (citados en la Bibliografía de éste trabajo), en los cuales se presenta de una forma excelente la manera en que han ido evolucionando las clasificaciones estadísticas y experimentales de la depresión hasta nuestra época.

Podemos finalmente mencionar que la depresión es un *trastorno del humor* o del *estado de ánimo*, caracterizado por una tristeza excesiva en duración e intensidad, trastornos somáticos como insomnio o hipersomnia, anorexia, lentificación psicomotora, hipocondría, anorgasmia, impotencia sexual, etc; trastornos cognitivos como disminución de la atención, concentración, memoria y pensamiento (delirios); y trastornos emocionales como culpa excesiva, melancolía, desesperanza e indefensión; trastornos en las relaciones interpersonales como aislamiento social y deterioro laboral, escolar y familiar; y recurrentes ideas de muerte o suicidio y una carencia a veces total de un sentido existencial.

Frecuencia Actual de la Depresión.

De acuerdo a varios estudios de epidemiología, actualmente la depresión es la enfermedad mental de mayor incidencia y representa la enfermedad mental con el más alto riesgo de suicidio. Se estima una frecuencia del 10% al 20% para la población mundial (Calderón 1981, Hirschfield 1994, Keller 1994, Robinson et.al. 1990, Weckel 1985, y Romanoski et.al. 1992), y que al menos la mitad de la población mundial ha presentado algún episodio depresivo a lo largo de su vida (Calderón 1981, Romanoski 1992).

En relación al suicidio en la depresión, se ha encontrado una incidencia del 15% al 20%, siendo más frecuente y más violento en los hombres que en las mujeres, sin demostrarse la influencia de factores como la edad, el nivel socioeconómico o educativo (Bourgeois 1994, Isometsa et.al., 1994, Keller 1994). Se estima además que los individuos con algún trastorno depresivo, constituyen del 13% al 70% de todos los casos de suicidio (Keller 1994). En México el suicidio ocupa el 19no., lugar de mortalidad (SSA 1997), y se estima que al menos un 50% presentaba algún tipo de trastorno depresivo.

Finalmente consideremos que la depresión representa la enfermedad mental por la que la cual se solicitan más los servicios del Psicólogo Clínico y el Psiquiatra (Calderón 1981, Keller 1994). Sin embargo, y a pesar de la alta incidencia de esta enfermedad, a la fecha no existe sino una comprensión parcial de la misma, y quizás aún más grave resulta que no existe una intervención terapéutica relativamente eficaz y confiable, y es muy poco lo elaborado en materia de prevención primaria y comunitaria en nuestro país.

Por otra parte las diferentes perspectivas teóricas y los modelos de intervención desarrollados a la fecha, quedan fuera del alcance de la mayoría de nuestras comunidades debido a diferencias culturales, sociales, educativas y económicas con respecto a los autores y a la población para quienes han sido diseñados. Pero mientras no encontremos un modelo de intervención lo bastante eficaz en términos globales para nuestras comunidades subdesarrolladas (que actualmente representan la mayoría de las comunidades mexicanas), la depresión continuará haciendo estragos en las escalas más bajas de nuestra sociedad.

1 La Depresión desde la Antigüedad hasta el Siglo XVIII.

Los primeros registros que se tienen sobre la depresión datan de hace más de veinticinco siglos. Inicialmente se le asociaba a la locura, a espíritus malignos o simplemente a manifestaciones del estado de ánimo como la tristeza común, el duelo y la aflicción. Sin embargo fueron los griegos los primeros en utilizar el concepto de melancolía proveniente de “melania chole” (μελαιναχολε), traducido al latín como “atra bilis” y a las lenguas vernáculas como “bilis negra” que era sinónimo al de la tristeza, y de conductas loca o nerviosa; su origen era atribuido a influencias de los dioses, que castigaban a los hombres que no rendían adoración o tributo. Se consideraba como formas de reducir la melancolía a la oración, la adoración y las ofrendas tributarias.

La primera descripción clínica de la melancolía (depresión), fue hecha también en Grecia por Hipócrates, en el Siglo IV A.C. quien utilizaba el término melancolía (μελαγχολία) no solamente para designar la “atrabilis” del individuo deprimido originada por influencia divina, sino que éste término se refería ahora a un “desorden mental”, que implicaba un prolongado y exagerado estado de tristeza. (además de la melancolía se consideraban otros tipos de “personalidades o temperamentos” denominados como sanguíneo, colérico, y flemático).

Los médicos romanos continuaron con la idea de Hipócrates y consideraban que esta “bilis negra”, constituía una manifestación de los humores del hombre. Los romanos pensaban que la “bilis negra” era el factor fundamental de la melancolía. Consideraban además la existencia de otra serie de desórdenes “humorales”, que se creía eran causados por la “bilis negra”, a los que denominaron “enfermedades melancólicas”. La “bilis negra” se conocía como “humor melancólico”. Aristóteles consideró que el temperamento o carácter del melancólico era una consecuencia directa de “la bilis negra”, y lo llamó “temperamento melancólico”.

En la Edad Media, Santo Tomás de Aquino y la mayoría de los pensadores y sacerdotes católicos consideraban a la melancolía como una enfermedad originada por influencias demoniacas, espíritus malignos y astros. El “tratamiento” consistía en la práctica de una serie de rezos, exorcismos y penitencias, cuya finalidad era la de expulsar a los demonios y espíritus que se introducían en el “poseído”, y de esta forma eliminarlos.

En el México prehispánico, la depresión fue considerada como un problema médico, de acuerdo a la descripción que en 1552 hizo el médico indígena Martín de la Cruz. Esta descripción fue traducida al latín por Juan Badino, y generalmente se le conoce como código Badiano, aunque su nombre original es "Liebellus de Medicinalibus Indrum Herbis" (Libro de Medicina y Herbolaria Indígena). El código, que aún se conserva en la Biblioteca del Vaticano incluye el título, "Remedio para la sangre negra" (Negri remedium sanguinis), término común del cuadro en la Europa del Siglo XVI, para la que se recomendaba como tratamiento un cocimiento de yerbas y un jugo obtenido de flores de un buen olor, y se sugieren como indicaciones generales las siguientes: *"Ha de andar en un lugar sombreado, y se ha de abstener de trato carnal. Beberá muy moderadamente el pulque y mejor no lo bebe si no es como medicina. Dedíquese a cosas alegres, como es el canto, la música, el tocar los instrumentos con que acostrumbamos acompañar nuestras danzas públicas"* (Calderón 1985 p13).

Diversas formas de melancolía, fueron mencionadas en los textos ingleses del Siglo XIV con relativamente pocos cambios del latín. Términos como "melancolye", "melancoli", "melancholie", y otros, aparecieron como sinónimos de melancolía. En el Siglo XVI y a principios del XVII "melancholie" y "melancholy" aparecieron en Inglaterra como sinónimos de "melancholia" y "bilis negra" (Jackson 1989).

El concepto "depresión" entró relativamente tarde en la terminología de los estados de aflicción. Derivado del latín "de" y "premere" (apretar, oprimir), y "deprimere" (empujar hacia abajo), y de los significados que se derivan de estos términos (empujar hacia abajo, oprimir, rebajado en categoría o fortuna, venido a menos). El término "depresión" (depression) entró en uso del inglés durante el Siglo XVII. Y en ese mismo Siglo ya se dan casos aislados en los que se le utiliza para significar "depresión del espíritu" o "aflicción". Pero fue realmente hasta el Siglo XVIII cuando se le comenzó a utilizar en las discusiones sobre la melancolía, principalmente en los escritos de Samuel Johnson (Calderón 1985).

Hacia 1725, Richard Blackmore menciona la posibilidad de estar deprimido con profunda tristeza y melancolía, o elevado a un "estado lunático y de distracción". En 1764, Robert Whytt relaciona la "depresión mental" con un "espíritu bajo, hipocondria y melancolía". David Daniel Davis traduce del Francés en 1806, el "Traité medico-philosophique sur l'aliénation mentale ou le manie", de Philippe Pinel del año 1801, y menciona una "depresión del

espíritu” por abatimiento, y “depresión y ansiedad habituales” por “habitude d’abattement et de consternation”. En 1808, John Haslam hace referencia a “aquellos que están bajo la influencia de pasiones depresivas”. Y en 1813, Samuel Tuke incluía dentro de la melancolía “todos los casos... en que el desorden está marcado principalmente por la depresión de la mente” (Jackson 1989).

Estas breves descripciones sobre estos primeros registros, demuestran que los síntomas de éste desorden afectivo han seguido siendo los mismos durante veinticinco siglos. Sin embargo las clasificaciones nosológicas, las explicaciones que se dan sobre su etiología, y las intervenciones terapéuticas son las que se han ido modificando permanentemente, de acuerdo a la evolución de los métodos de análisis y estudio, y más recientemente al creciente interés científico despertado por la alta incidencia de esta enfermedad, y las todavía relativas posibilidades de “cura”.

2 La Depresión en el Siglo XIX.

Fue realmente en el Siglo XIX cuando se despertó formalmente el interés por estudiar e identificar a la "melancolía" desde un punto de vista médico y científico, apareciendo entonces una gran cantidad de investigadores con experiencia clínica obtenida a través del contacto con una creciente cantidad de enfermos diagnosticados ahora como deprimidos (melancólicos), y por lo mismo se vieron en la necesidad de implementar métodos de intervención terapéutica. La ventaja de estudiar a la "melancolía" desde un punto de vista científico, permitió a los investigadores de la época desechar la idea de que éste trastorno fuera originado por espíritus, brujería, bilibiosidad o locura. Resulta sumamente importante el hecho de que se dejó de enviar a los melancólicos junto a los homicidas, locos y leprosos de los manicomios, y solamente eran conducidos a los asilos cuando existía riesgo suicida.

Fue a partir de estas primeras investigaciones que se comenzó a considerar su posible origen en base a alteraciones biológicas y fenomenológicas, traumas, etc., y las alteraciones del pensamiento, del estado de ánimo o del humor fueron consideradas como consecuencias (síntomas) de semejantes alteraciones. Quizás lo más destacado, es que se comenzaron a considerar algunos casos de melancolía como "curables", por medio de tratamientos somáticos principalmente (descanso, dietas, alcohol, bromuros, opio, etc). Esto se concluyó también debido a que muchos deprimidos llegaban a curarse, mientras que otros permanecían igual o incluso empeoraban, llegando a cometer suicidio. Esta situación inauguró el debate acerca de la existencia de más de un tipo de trastorno melancólico, que podía variar en manifestaciones desde leves a profundas, y desde lentas hasta agitadas.

Philippe Pinel, indicó a principios del Siglo XIX, que el pensamiento de los melancólicos se encuentra completamente concentrado en un objeto (obsesivamente), y que la memoria y la asociación de ideas están frecuentemente perturbadas, pudiendo en ocasiones inducir a suicidio. Como causas posibles de la melancolía señaló en primer lugar, las psicológicas (p.ej. el miedo, los engaños amorosos, la pérdida de propiedades y las dificultades familiares), y en segundo, las físicas (p.ej. la amenorrea y el prauferio).

Haslam hacia 1809 trabajaba en el Hospital Behtlem en Londres, y pensaba que los individuos con "pasiones depresivas" presentan síntomas como: "semblante ansioso y con aspecto sombrío; poco dispuestos a hablar; se ais-

lan recluyéndose en lugares oscuros, y que permanecen en cama la mayor parte del tiempo... Después se vuelven miedosos y fantasiosos; recuerdan sus actos inmorales, o se sienten culpables de crímenes que nunca han cometido... Con frecuencia se desesperan, y tratan de terminar con su existencia, que les parece aflictiva y odiosa" (Calderón 1981 p23).

Durante el Siglo XIX, el uso del término "depresión" y otros análogos, fue incrementándose en los textos literarios, con el significado de "bajo de espíritu", "melancolía" en el sentido médico, y "melancolía" en el sentido coloquial. Sin embargo el empleo de los mismos términos en contextos médicos, fue aumentando gradualmente para referirse a "desórdenes melancólicos del afecto o del humor", pero sin haber adquirido todavía su status como categoría diagnóstica.

Es a mediados del Siglo, cuando Wilhelm Griesinger introdujo el término "estados de depresión mental" como sinónimo de melancolía (malancholie), o para indicar una inclinación del humor. Daniel Hack Tuke, en su "Dictionary of Psychological Medicine" de 1892, utilizó la expresión "mental depression" como sinónimo de "melancholia", y definía a la "depresión nerviosa" como "un término que se aplica a veces a una inclinación morbosa o melancólica de duración temporal", pero a los estados de "aflicción" clínicos los consideraba aún dentro de la "melancholia" (Jackson 1989).

Hacia la segunda mitad del siglo y con un aumento cada vez mayor en el interés por el estudio de esta enfermedad, comenzó a aumentar en el mundo occidental las tendencias a "clasificar" (tendencia que se mantiene hasta la actualidad) los padecimientos con el propósito de poder entablar un diálogo adecuado con los colegas médicos, fisiólogos y neurólogos de la época bajo el contexto de un mismo lenguaje. A dicho campo de trabajo se le denominó bajo el nombre de "Nosología", y fue Emil Kraepelin su principal precursor. Kraepelin consideraba que todas las enfermedades mentales podían llegar a ser claramente clasificadas, y que poseían un causa o etiología identificable, así como su curso, sus síntomas y además, aventurarnos a un pronóstico.

Emil Kraepelin.

Emil Kraepelin realizó una serie de investigaciones relacionadas con la depresión, a partir de las cuales elaboró varios escritos, algunos vigentes hasta hoy en día. En 1883 publicó una primera edición de un compendio llamado "Psychiatre" 1883, un breve libro de texto en 1887, 1889 y 1893. En su primera edición de la categoría principal de estados depresivos, incluía a

la: "melancolía simple" y "melancolía con delirio"; la "melancolía activa" o "melancholia agitada" agrupada con las formas de "manía"; y sus "psicosis periódicas" comprendían la "melancolía periódica" y la "locura circular" con su fase depresiva. En la segunda, tercera y cuarta ediciones, algunos casos de melancolía con delirio estaban catalogados como "Wahnsin" (locuras con delirio) curables, o como "Verrücktheit" (paranoias) incurables. La "melancolía con agitación" (angst melancholie, melancholia agitada, melancholia activa) pasó a ser un subtipo dentro de la categoría "principal melancolía", junto con la "melancholia simplex" y la "melancholia attonita".

Luego, en la quinta edición de su "Psychiatre" en 1896 (Jackson 1989), Kraepelin revisó sustancialmente su obra, introduciendo un sistema nosológico totalmente nuevo. Comenzó el proceso de organización de dos grupos nosológicos, juntando en una categoría las "psicosis" que él consideraba "deteriorantes" y en otro las que consideraba "no deteriorantes". En el primer grupo estaban aquellas enfermedades que pasarían a formar parte (en la sexta edición de 1899), de su idea de la "dementia precox" (hoy esquizofrenia). En el segundo, juntó la "manía" con la "melancolía" y la "locura circular".

En la quinta edición Kraepelin introdujo además una categoría de enfermedades mentales adquiridas" (exógenas), y una categoría de enfermedades mentales que provenían de una "predisposición hereditaria o consitucional morbosa" (endógenas) que incluía las "psicosis periódicas", ahora "insania maniaco-depresiva" como endógenos, si bien mantenía respectivamente el contraste de deteriorantes y no deteriorantes, respectivamente. En la sexta edición substituyó el término "psicosis periódica" por "psicosis maniaco-depresiva", para referirse a un grupo que incluía estados "maniacos", "depresivos" y "mixtos". En estas ediciones quinta y sexta, sólo la "melancholia" (considerada como una de las enfermedades del periodo involutivo), permaneció clasificada aparte como melancólica o depresiva. Kraepelin creó una categoría de psicosis involutivas que incluían a la "insanía delirante presenil" y la "demencia senil", junto con esta melancolía que habría de conocerse con el nombre de "melancolía involutiva".

La insania "maniaco-depresiva", cursaba según Kraepelin con ataques independientes que, o presentaban signos de la "excitación maniaca" (fuga de ideas, exaltación e hiperactividad), o los de una "depresión psíquica" con inhibición psicomotora, o una mezcla de ambos estados. Aquí dejó incluidas "la insanía periódica circular" y la "simple", debido a que no encontró diferencias entre ellas.

Dentro de la insania "maniaco-depresiva", Kraepelin consideraba que podría manifestarse a través de tres formas: maniaca, depresiva o mixta. Menciona que las formas "maniacas" se caracterizan por la excitación psicomotriz, la fuga de ideas con asociaciones sanas, una gran distractibilidad, actividad desahogada, actitud emocional feliz, pero inestable, ideas delirantes inestables, algunas alucinaciones, y en la mayor parte de los casos oscurecimiento de la conciencia. Las "depresivas", se encontraban caracterizadas por el estado de ánimo melancólico y el enlentecimiento psicomotor. Y las formas mixtas se presentaban como una combinación de síntomas característicos de estos dos estados.

Kraepelin posteriormente trató a los "estados maniacos" en una secuencia de "gravedad" creciente: "hipomanía", "manía" y "manía delirante". Luego hizo lo mismo con los "estados depresivos", también en forma tripartita: "retardación psicomotora y mental simple", "retardación con delirio y alucinaciones" y "estados de estupor". Y, por último, trató los "estados mixtos".

El primer grupo de los "estados depresivos" lo denominaba "de retardación simple", y lo consideraba como la forma más leve, sin alucinaciones ni ideas delirantes importantes, dificultad para pensar, tomar decisiones y expresarse. Mencionaba la manifestación de pérdida de interés por lo que le rodea, enlentecimiento en la asociación de ideas, y dificultad para recordar las cosas más corrientes. En la actitud emocional apreciaba una depresión uniforme y frecuentes deseos de suicidio. Citaba una duración oscilante entre unos pocos meses y más de un año.

El segundo grupo de los "estados depresivos", lo consideraba caracterizado por alucinaciones, e ideas delirantes de persecución y autoacusación, un estado emocional de tristeza, retardo psicomotriz, dificultad de pensamiento, síntomas físicos e hipocondriacos (dolor de cabeza, peso en el pecho, taquicardia), falta de apetito y estreñimiento, insomnio y sueños con ansiedad.

Un último grupo de estados depresivos, sería denominado por Kraepelin como "estados de estupor" (hoy depresión melancólica), caracterizados por ideas delirantes casi permanentes, incoherentes y alucinatorias.

Dentro de las "psicosis involutivas" colocó tres formas de enfermedades mentales: "la melancolía", la "insania delirante presenil" y la "demencia senil". La primera de estas tres formas pasó a denominarse "melancolía involutiva", asociada a síntomas tales como: ideas delirantes de autoacusación,

de persecución y de carácter hipocondriaco; obnubilamiento de la conciencia y desórdenes del pensamiento, que terminan en un moderado deterioro mental. Sin embargo, éste diagnóstico de "melancolía involutiva", desapareció en su séptima edición 1909 a 1915 (Jackson 1989), considerando que debería de incluirse dentro del grupo de los desórdenes "maniaco-depresivos". En base a las posturas anteriormente señaladas, podemos citar que Kraepelin fue el principal precursor del Modelo Médico-Biológico de la depresión.

En cuanto al tratamiento de los "estados depresivos", Kraepelin consideraba principalmente un tratamiento somático y sintomático (médico): el descanso, y una separación del paciente de aquellas personas y objetos que lo irritaran, trasladar al enfermo a una casa con una familia feliz, distracciones, y una cuidadosa dieta nutritiva. Para el insomnio recomendaba baños calientes y somníferos como el alcohol, el sulfonal y el tironal, los bromuros o los paraldehídos. El estado de inquietud ansiosa lo controlaba con opio y morfina. Por último, recomendaba tomar toda serie de precauciones contra las tendencias suicidas.

Adolf Meyer

Meyer destacaba la importancia de comprender la historia de toda la vida de la persona, y su fenomenología, para así poder entender el origen de la enfermedades psiquiátricas, por lo que debemos considerar su postura como diferente y complementaria a la de Kraepelin. Meyer concebía los desórdenes psiquiátricos como reacciones frente a malas adaptaciones y experiencias vividas previamente, por lo que lo podemos considerar como el precursor de los modelos psicológicos (en especial el interpersonal-existencial) de la depresión".

En un informe anual para 1904-1905, describió de la siguiente manera los "complejos sintomáticos" más comunes de la depresión:

"(1) Depresión constitucional: caracterizada por un temperamento pesimista, tristeza y desesperación exacerbada. Estos ataques se ven a veces acompañados de marcados sentimientos de ansiedad. Este tipo de depresión es de corta duración y a veces desaparece por periodos prolongados.

(2) Melancolía simple, caracterizada por depresión excesiva o totalmente injustificada, frecuentemente acompañada de sueño defectuoso, dolor precordial e inquietud; preocupación y un sentimiento de maldad, autodepreciación, y de pecaminosidad. Hay generalmente un sentimiento de incapacidad e indescisión para pensar y actuar.

(3) *Otras formas se caracterizan por un malestar "neurasténico" prolongado y un sentimiento de "depresión moral". Una gran tendencia a referir estos sentimientos a influencia de otros, a envenenamiento, hipnotismo, electricidad, a violación nocturna, se presentan quejas hipocondriacas y alucinaciones (citado en Jackson 1989 p185).*"

En cuanto al tratamiento, Meyer excluyó la base de las predisposiciones hereditarias y el pesimismo respecto de la terapia psicológica, que predominaban entre sus contemporáneos (Kraepelin por ejemplo). Destacó la importancia de la investigación del "cuadro reactivo" o desencadenante, para así poder encontrar puntos de modificabilidad, focos para la intervención y el cambio. Consideraba que la terapia de la depresión, debería de basarse en el estudio y utilización de los valores y recursos fenomenológicos del paciente.

Consideraba que el psiquiatra, a través de la organización "biográfica" de la enfermedad del paciente, habría de ayudarlo a restaurar el equilibrio, hasta alcanzar una buena capacidad de autorregulación. Propuso una terapia de "sentido común", llena de matices humanos y que implicaba una investigación y utilización práctica de la historia de la vida y la situación del momento del paciente deprimido. Prestaba además, especial atención al medio hospitalario y a cómo podía encajar o no el paciente en el régimen del hospital y cómo éste podía servirle más óptimamente. En éste proceso citaba problemas como el de la atención a los problemas del sueño y la nutrición, sugería la terapia ocupacional, la hidroterapia y actividades recreativas. Proponía un régimen de trabajo-descanso, juegos de socialización, y discusión con los médicos.

Eugen Bleuler

Bleuler consideraba, a diferencia de Kraepelin, la necesidad de una delimitación más rigurosa del "síndrome maniaco-depresivo", de modo que se excluyera de su diagnóstico cualquier tipo de desorden que implicara síntomas emparentados con los de "dementia praecox" (hoy esquizofrenia). Mencionaba los síntomas básicos de "la insanía maniaco-depresiva" o del "grupo de las psicosis afectivas" de la siguiente manera:

1. *Humor exaltado o depresivo.*
2. *Fuga de ideas o entretardamiento del fluido mental*
3. *Lentitud en la resolución de problemas y en el comportamiento. Euforia, fuga de ideas y actividad bajo presión en la 'fase maniaca'. Depresión, retardación asociativa y centrifuga en la 'fase melancólica'. Frecuentemente se presen-*

tan los síntomas de ambas fases de forma simultánea. Como síntomas accesorios aparecen también delirios y alucinaciones (visuales y auditivas) y manifestaciones 'nerviosas'." (citado en Jackson 1989 p190).

Consideraba que la "melancolía" o "fase depresiva", se caracterizaba porque matizaba de tristeza a todas las experiencias de vida del paciente, y se acompañaba a veces por síntomas como ansiedad y dolor precordial.

En cuanto al tratamiento de la depresión, Bleuler consideraba medidas similares a las de Kraepelin, dando importancia al asilo cerrado, al descanso en la cama, así como una considerable atención al riesgo de suicidio.

Bleuler (Jackson 1989), consideraba además a la depresión como endógena, y observaba una muy baja frecuencia de las "depresiones reactivas". Consideraba que los deprimidos que acuden al psiquiatra, en su mayoría presentan manifestaciones parciales de otras enfermedades, sobre todo de la insania maniaco-depresiva, y de psicopatías o neurosis. Consideraba además un tipo de depresión a las manifestaciones melancólicas de los ancianos (melancolía senil o involutiva).

David Henderson y Robert Gillespie

Significativamente influidos por Meyer y compartiendo sus objeciones a las teorías de Kraepelin, Henderson y Gillespie publicaron en 1927, un libro de texto en Gran Bretaña. Lo mismo que Meyer emplearon la idea de los tipos de "reacción", y clasificaron los "desórdenes depresivos" considerándolos como unos tipos de reacción afectiva, divididas en dos subcategorías principales: la de las "psicosis maniaco-depresivas" y la "melancolía involutiva" (Jackson 1989).

Dentro de la "psicosis maniaco-depresiva", describieron primero a los "estados maniacos", mencionando la tríada kraepeliana de síntomas básicos: humor exaltado, fuga de ideas y actividad psicomotriz (hiperactividad). Consideraban además un continuum de gravedad: "hipomanía", "manía aguda", "manía delirante" y "manía crónica".

Consideraban a los "estados depresivos" de forma similar: "depresión con retardación simple", "depresión aguda", y "estupor depresivo". Subrayan además los tres síntomas básicos de Kraepelin: depresión, dificultad de pensamiento y retardación psicomotriz. Describen tres niveles de gravedad, con o sin, claras fronteras entre sí. Mencionan la existencia de "estados alternantes" dentro de la categoría "maniaco-depresiva", alternando entre depresión y exaltación con pequeños intervalos de remisión o sin ellos, y de

“estados mixtos”, con mezcla de síntomas maniacos y depresivos.

Consideraban que cuando la depresión surge de la nada, es decir, sin ningún factor de precipitación definida, se le denominaría como constitucional o endógena. Cuando existía algún factor precipitante más o menos claro, tanto físico como psíquico, hablaban de excitaciones o depresiones “reactivas”.

Es entonces a partir de los trabajos de Henderson y Guillespe que podemos considerar inauguradas formalmente, las formas de clasificación dicotómicas de la depresión. distinguiéndose principalmente las endógenas de las reactivas, y la monopolar, bipolar o mixta. También las investigaciones psiquiátricas poco a poco fueron cediendo terreno a otra área de investigación: la Psicológica representada a finales del siglo XIX y principios del XX, por las investigaciones psicoanalíticas realizadas por investigadores como Freud y Abraham.

La Manía

Pinel en 1801, clasificó a las insanias en “parciales” como la melancolía, y en “generales” como la manía. Pinel además dividió a la manía en dos subtipos, según se acompañaran o no de delirios. Pinel nombró a la manía sin delirio como “parcial” o también como “locura razonante”.

Concretamente, el término de “manía crónica” no fue utilizado durante el Siglo XIX. Sin embargo, en 1801 Pinel mencionó el caso de un paciente que cayó en una manía permanente; Y Esquirol en 1839, describió a la “manía” como un desorden esencialmente crónico. Esquirol además de clasificar a las insanias mentales como parciales o generales, pensaba que la primera debería de ser llamada “monomanía”, debido a su forma predominantemente alegre.

Griesinger en 1865, investigaba acerca de los estados de debilidad mental, mencionando que la “manía crónica” y la “demencia” constituían la más vasta mayoría de las insanias mentales. Puntualizaba que la manía crónica era siempre considerada un “desorden secundario”, desarrollado fuera de la melancolía o la manía; consideraba que en estas, las emociones de la enfermedad aguda desaparecen; en la manía crónica, los síntomas se caracterizan por una ausencia de sentimientos, indiferencia, ausencia, delirios, y un eventual deterioro hacia la demencia.

Bucknill y Tuke en 1879, mencionaron dentro de su “Manual de Medicina Psicológica”, que el hecho de que la “manía” se vuelva “crónica”, es bastante común. Consideraban a la manía crónica avanzada como escasamente

distinguible de la demencia. Tuke en 1892, en su "Diccionario de Psicología Médica", observó que los pacientes maníacos tenían una tendencia a desarrollar una "demencia crónica" o "manía crónica".

Para Maudsley en 1895, el paciente con manía crónica realiza alucinaciones absurdas, conversaciones sin sentido consigo mismo, actos odiosos, fantasean con enemigos imaginarios, variados delirios y desarrollan un severo incremento en la debilidad mental. Schott en 1904, reconocía la existencia de muchos casos de "manía" en los que después de una sobre-actividad y excitación, terminaba en una evidente "demencia", que podría incluso llegar a ser incluida dentro de la categoría que Kraepelin clasificó como "demencia precoz". Kraepelin, por su parte, en 1899 reconocía que en personas con historias previas de manía, se presentaban posteriormente muchos casos de deterioro mental generalizado, y aceptaba para ellos el término de "manía crónica".

Kahlbaum en 1874, consideraba un tipo de "desorden circular" caracterizado por ataques de excitación y depresión, pero en los cuales, los ataques de manía y melancolía no terminan en demencia, a los cuales denominó como "ciclotimia". Se dirigió a mencionar estados de "depresión pura" y de "excitación" para los cuales propuso los nombres de "distimia" e "hipertimia" respectivamente, los cuales no terminaban en demencia.

Mendel en 1881, publicó un nuevo concepto en su libro "Acerca de la Manía": "Hipomanía". Él propuso éste nombre para aquella forma de manía que es claramente vista en estados medios o poco intensos, y que implican un menor grado de deterioro de la enfermedad, y es frecuentemente curable. Kraepelin denominó a éste tipo de manía como "manía simple", y trataba de diferenciarla de la "manía crónica".

Ya dentro del S.XX, Wertham en 1929, recalca la frecuencia en el uso del término "manía crónica", y reconocía que la fuerza de una prolongada excitación maniaca, daba como posible resultado varios tipos de psicosis. Sin embargo, pensaba que el término debería de ser reservado para una rara condición, desarrollada solamente en personas de "constitución maniaca" y "psique pícnica y benigna" en el sentido que no condujera hacia un posterior deterioro mental. Sin embargo, aceptaba que dentro de estas delimitaciones, tanto los delirios como la reducción mental, son posibles de ocurrir.

Cole en 1913, mencionaba que con el transcurso del tiempo la memoria del enfermo resulta afectada, y desarrolla un proceso tendiente a la "demencia secundaria". Para Yellowes en 1932, la "manía crónica" resultaba

análoga a la “melancolía crónica”, con la diferencia que las personas “maniacas” desarrollan claras evidencias de “degeneración mental severa”. Tredgold y Tredgold en 1943, encontraron que la mayoría de los pacientes con “manía crónica” presentan exacerbaciones, después de las cuales, el deterioro intelectual es usualmente más pronunciado, y eventualmente, después de años de duración, sobreviene la demencia (Hare 1981 p89-99).

El Trastorno Bipolar

Jean-Pierre Falret y Jules Baillarger, ambos médicos del Hospital de La Salpêtrière en París (Francia), fueron dos de los precursores del concepto de “Insania bipolar”. Falret, en 1818, definió su tesis inicial, en la cual criticaba el concepto de Pinel de “Manía sin delirio”, y posteriormente, la nosografía de Esquirol. La tesis de Baillarger, presentada en 1836, inicialmente pensaba que el trastorno bipolar constituía algún tipo de parálisis cerebral. En 1822, Falret escribió un libro “Sobre la hipocondriasis y el suicidio” y Baillarger publicó sus “Estudios sobre la fisiología del cerebro” en 1840 y 1847 (Pichot 1985).

Durante años las enfermedades mentales, y en especial, la “depresión”, era concebida desde la perspectiva de Pinel, quien las consideraba una “perturbación del entendimiento”. Todas las facultades de la mente se consideraban simultáneamente afectadas dentro del “delirio general” o “manía”. Alternativamente, el trastorno podría ser considerado como un delirio directo exclusivamente sobre un objeto en particular, o en series de objetos particulares, mientras que el resto funcionaba normalmente. Esto constituía para Pinel el “delirio parcial” o “melancolía”. En la práctica, se consideraba que el “delirio general” o “manía”, incluía a todos los “estados agudos con agitación” (incluso la excitación esquizofrénica), y los “estados confusionales orgánicos”.

El diagnóstico de “delirio parcial” o “melancolía” aplicado al “síndrome con delirios-no excitado”, implicaba un estado relativamente crónico, semejante a lo que actualmente conocemos con el nombre de “trastornos esquizofrénico y paranoide”. Para Pinel la “melancolía” era frecuentemente asociada con ideas delirantes, entre las que se incluían: el desánimo, el abatimiento y la desilusión, mientras que la cualidad del humor no tenía mayor importancia; el mismo Pinel describía casos de “melancolía con exaltación ó felicidad”.

Esquirol introdujo un cambio en esta perspectiva. Ignoró las bases de

clasificación "intelectuales primarias", y dió mayor importancia al rol de la "afectividad". Esquirol consideraba que la melancolía aparecía asociada a un conglomerado de entidades heterogéneas. Proponía dividirla en dos grupos principales: el primero sería el "delirio parcial" provocado por tristeza, debilitamiento o pasión opresiva; el segundo incluiría todos los restantes "delirios parciales" definidos previamente dentro de la melancolía. Proponía además abandonar el término "melancolía" debido a la ambigüedad del mismo e introdujo dos nuevos neologismos: "lipomanía" (del griego *lupe*, Yo estoy triste) para la primer categoría, y "monomanía" para la segunda. La concepción de Esquirol, revolucionó la noción psicopatológica al considerar que en la lipomanía (depresión), el fenómeno primario es un "desorden del humor", y las "ideas delirantes" son sólo un efecto secundario.

Hacia 1850, Falret mencionaba que existía una forma especial de "melancolía", que podría ser llamada como "circular", y la describía como la "alternación entre un periodo de excitación, y un periodo usualmente largo de depresión". Falret mencionaba en 1854: *"La transformación de manía en melancolía y viceversa, siempre ha sido considerado como un hecho accidental, pero hasta ahora no ha sido valorado como una categoría de la insanía regular y bastante común. Debemos de considerar la importancia de sentar las bases para una forma especial de insanía, a la que llamaremos 'locura circular', porque el curso de éste tipo de insanía corre dentro de un círculo repetitivo de estados patológicos... separados solamente por escasos periodos racionales de corta duración"* (Pichot 1995 p4).

Baillarger por su parte, presentaba en 1853 una lectura para la Academia de Medicina intitulada: *"Una nota sobre un tipo de locura cuyos accesos son caracterizados regularmente por periodos de depresión y excitación"* (Pichot 1995 p5). Dentro del texto, cita brevemente seis casos presentados por Esquirol y Guislain, y propuso provisionalmente el nombre de "locura de doble forma", para referirse a un tipo de locura diferente de la monomanía, melancolía y de la manía. La fase típica consistía de dos periodos: uno de "depresión", y el otro de "excitación", en inmediata sucesión, y su manifestación puede ser súbita o gradual. Los frecuentemente llamados "periodos libres" entre los dos periodos no existen, lo cual podía ser demostrado por medio de una cuidadosa observación. Para Baillarger, el "periodo maniaco" era la "reacción" a una "depresión" precedente y directamente proporcional en intensidad a la misma.

Falret consideraba además que la "locura circular", era una forma de

“trastorno mental”, caracterizado por la regular sucesión y reproducción del “estado maniaco”, el “estado melancólico”, y “periodos de lucidez” más o menos prolongados, e insistía en que debería de ser llamada “forma circular”. Surgiría entonces una discusión bastante acalorada entre estos dos investigadores para lograr esclarecer si esta enfermedad era “doble” (Baillarger) o “circular” (Falret). Esto produciría un debate que continuarían varios de sus alumnos, entre los que se pueden mencionar a Morel, Ribot, Broca y Charcot, entre otros.

El logro de éste debate fue que rápidamente se consideró la posibilidad de la existencia de un trastorno diferente a la “depresión”, que se caracterizaba tanto por “síntomas depresivos” como “maniacos”, y que por lo tanto, requeriría una clasificación, pronóstico y tratamiento diferente a los de las entonces denominadas “monomania” o “melancolía” puras.

Con el tiempo, el concepto de “forma circular” sería el más aceptado en otros países (Alemania, Gran Bretaña y Estados Unidos), y Falret sería a la larga, considerado como el padre de la “locura circular”, y del actual Trastorno Bipolar.

Las dicotomías depresivas y otros intentos de clasificación.

La dicotomía “etiología endógena” (hereditaria) frente a “etiología exógena” (reacción ante un trauma), fue introducida en 1893 por Paul J. Moebius, quien la utilizó como base para la clasificación de los desórdenes psiquiátricos en general. Incluso a principios del SXX, la controversia acerca de las “depresiones endógenas” y “exógenas” se encontraba en su máximo nivel. Por ejemplo Guillespe hablaba de las depresiones “autónomas endógenas” clásicas del tipo “maniaco-depresivo” y las “reactivas” que eran producidas psíquicamente.

Edward Mapother del Maudsley Hospital de Londres, defendía a principios del Siglo XX, la idea de que varios tipos de depresión estaban relacionados unos con otros en un continuo, en vez de ser desórdenes diferenciados, por lo que las “neurosis” y las “psicosis depresivas” estaban asociadas con anomalías corporales, huellas de experiencias desagradables o inadecuadas experiencias mentales en común. Albert Lewis también propuso que las diferentes maneras dicotómicas de diferenciar las depresiones eran equivocadas y que era preferible una perspectiva unitaria.

Mendels y Cochrane, repasaron cuidadosamente una serie de estudios anteriores, llegando a la conclusión de que el factor llamado “endógeno”

podía representar el núcleo de la sintomatología depresiva, mientras que los rasgos clínicos del factor reactivo podían representar las manifestaciones fenomenológicas de la depresión. Heron realiza sus estudios sobre la dicotomía depresiva endógeno-exógeno con la idea de que hay que reemplazar la palabra "endógeno" por "primario", y el conjunto de desórdenes llamados "exógenos" por "secundarios". Sin embargo con esto se consiguió tan sólo el inaugurar un nuevo debate, entre depresión primaria vs depresión secundaria (Jackson 1989).

A finales del siglo XIX comenzó a surgir un nuevo método de intervención, de las enfermedades consideradas hasta entonces como psiquiátricas, las neurosis y los trastornos melancólicos: la cura a través de la palabra o psicoanálisis desarrollado por Josef Breuer, Sigmund Freud, Karl Abraham y Gustav Jung, principalmente.

Capítulo 2

La Depresión Desde Diferentes Perspectivas Teóricas

1 El Modelo Psicoanalítico.

A diferencia de los Modelos psiquiátricos de la depresión que predominaban a principios de Siglo, el psicoanálisis enfatizó en la posibilidad de que las neurosis, y entre ellas la melancolía (depresión), no representaban simplemente una manifestación externa de una patología cerebral, sino un desorden cuyos síntomas partían de un origen psicológico, generalmente una experiencia traumática, y adquirirían un significado que quedaba registrado en la memoria a un nivel inconsciente, debido a la acción de mecanismos de defensa como la negación o la represión del contenido doloroso, o de la pérdida acontecida.

A partir de la teoría general psicoanalítica de la neurosis, podemos mencionar que los primeros investigadores de éste modelo consideraban a la melancolía (depresión), como la manifestación de una regresión en un individuo predispuesto a una fase temprana del desarrollo libidinal (fase oral), durante la cual ciertas experiencias de abandono o de pérdida de figuras objetales, produjeron una profunda fijación debido a una sobre frustración traumática, y una intensa sensación de odio, desamparo y tristeza, que tuvieron que ser negadas y reprimidas a manera de defensa por el entonces neonato.

Se produce entonces en el niño una especie de predisposición psicológica para la vida adulta a reaccionar de "forma melancólica" ante nuevas situaciones de pérdida real o ficticia, o ante simples amenazas.

Sigmund Freud

Hacia 1895, Freud realizaba sus primeros trabajos en torno a la melancolía (depresión) en su "Bosquejo G". Consideraba la existencia de semejanzas muy notables entre la melancolía con la aflicción, y la anestesia histérica (haciendo alusión al caso de Anna O). Concebía sin embargo, el origen de la melancolía a través de la intensificación de la "neurastenia" provocada por la masturbación. La neurastenia ocasionaría la combinación entre síntomas de melancolía y angustia, tales como los sentimientos de aflicción, anorexia, impotencia sexual, inhibición psíquica con empobrecimiento instintivo, dolor generalizado, y anestesia psíquica y corporal. En su forma extrema, consideraba que la melancolía podría además indicar una enfermedad hereditaria, cíclica o periódica.

Quizá lo más relevante de éste primer escrito realizado por Freud en torno a la depresión, radica en que por primera vez y de un modo formal, se comenzaron a considerar las bases psicológicas de esta enfermedad, y dejó de ser atribuida necesariamente a manifestaciones puramente biológicas. Incluso se llegó a considerar que quizás como el duelo o la aflicción, la melancolía constituía una reacción común ante experiencias psicológicas traumáticas, pero que diferían en su magnitud y en su cualidad neurótica. Quizá esta primera concepción de Freud acerca de la estrecha relación entre la melancolía y la intensificación de la neurastenia a través de la masturbación resulta risible en nuestros días, pero debemos de valorarla como la primera atribución formal de la melancolía a un conflicto intrapsíquico y por tanto psicológico, pero que podía ser curado a través de la palabra, y una adecuada satisfacción sexual (para Freud, diferente a la masturbación).

En "Aflicción y melancolía" escrito en 1917, Freud consideraba que la depresión se origina en la etapa oral (o canibalista) del desarrollo libidinal, en donde una forma o estado de identificación del "yo" escoge un "objeto" (madre), y el yo quiere incorporar el objeto a sí-mismo de acuerdo con la fase oral, es decir, devorándolo. Sin embargo, por diversas circunstancias el objeto no satisface las necesidades libidinales del bebé, provocándole una fuerte reacción de angustia y desamparo.

El bebé al ver frustradas sus necesidades libidinales y sus catexias de ob-

jeto se deprime, es decir, tiene que negar sus impulsos debido a la ausencia objetal. Entonces una catexia de objeto es reemplazada por una identificación con el objeto. Luego entonces, debido a que el bebé no diferencía entre yo y objeto, las catexias agresivas dirigidas originalmente hacia el objeto frustrante, son ahora dirigidas hacia sí mismo, constituyéndose así los típicos síntomas depresivos.

Mencionaba que la melancolía podía adoptar varias formas clínicas, difícilmente agrupables en una sola unidad, ya que en algunas de las formas, veía un predominio de afecciones "somáticas" más que "psicogénicas", pero insistía en la existencia de una relación sumamente estrecha entre los estados de "aflicción" y de "melancolía". Observaba que la "aflicción" es la "reacción" ante la pérdida de una persona amada, pero sin embargo, en algunas personas, quizás con una cierta predisposición (fijación en la fase oral), la pérdida produce en ellos "melancolía" en vez de "aflicción".

Consideraba los siguientes "rasgos mentales" de la "melancolía":

1. *Un acontecimiento profundamente doloroso (pérdida).*

2. *Cese en el interés por el mundo externo.*

3. *Pérdida de la capacidad de amar.*

4. *Inhibición para toda actividad.*

5. *Baja en los sentimientos de autoconsideración, autorreproches y autohumillación (expectación frustrante de castigo).*" (ISSSTE 1974 p241).

Según Freud esto se debía a la escisión del yo del individuo melancólico, debido al abandono por parte del objeto, en virtud del cual un sector yoico se opone al otro, lo enjuicia y lo contempla como un objeto externo (objeto amenazante). De estos escritos Freud partiría hacia la concepción de que será el superyo quien enjuicie al yo de una forma punitiva, al haber introyectado al objeto frustrante. La melancolía tomaría prestados, además, algunos de sus rasgos de la aflicción, y los demás del proceso de regresión de la elección de objeto narcisista (narcisismo). Sin embargo, Freud observaba una característica notable de la melancolía: su tendencia a transformarse en manía. Argumentaba que en la manía el yo se recupera de la pérdida del objeto, haciendo accesibles todas las "anticatexias" que la melancolía ha atraído hacia sí desde el "ego". Al reducirse el trabajo de la melancolía, la catexia acumulada se libera manifestándose la manía, debido a una regresión de la libido al narcisismo (que representa una fase primitiva del desarrollo oral).

En su libro "Psicología de las masas y análisis del yo" de 1921, examinó las relaciones del "yo" con el "ideal del yo" (superyo), así como con otras personas idealizadas. Postula que la manía resulta de una fusión entre el "yo" e "ideal del yo", liberándose el "yo" de la censura del "ideal del yo". En la melancolía, el "yo" identificado con el objeto frustrante, queda sujeto a los ataques del "ideal del yo".

En el "Yo y el Ello" de 1922, en un análisis aún más complejo, Freud vuelve al estudio del mecanismo de "introyección" o de "identificación con un objeto catectizado" en la melancolía. Considera que el mecanismo de "incorporar un objeto frustrante", puede ser, de hecho, la manera en que el "yo" del niño va desarrollando su carácter específico, es decir, como una especie de "precipitado de objetos internalizados abandonados". Por lo tanto, la "identificación" o "incorporación" se convierte en el principal mecanismo para vincularse con objetos perdidos, abandonados o frustrantes. Esta internalización es el medio por el cual se anula (niega) una pérdida en el inconsciente. Freud propone ahora, que la "melancolía" es el resultado de una extrema discordancia entre el "ideal del yo" (superyo) y el "yo", en cuyo contexto el ideal del yo manifiesta su rabia contra un yo aparentemente indefenso. Freud realiza una analogía entre el "ideal del yo" punitivo, y su postulado del "instinto de muerte", corroborando en ambos casos que si la agresión no se expresa hacia afuera, terminará por volverse contra el propio sujeto, provocándole la melancolía.

Hacia 1926, dentro del texto "Inhibición, Síntoma y Angustia", considera que la situación en que la que un niño pierde al objeto (madre), no es una situación realmente de peligro, sino más bien, una situación traumática, en especial si el niño tiene necesidades que solamente el objeto puede satisfacer. La ausencia del objeto materno y la pérdida de su percepción, representan para el yo del niño una intensa sensación de angustia y depresión. Más adelante las experiencias le enseñan al niño que el objeto puede no necesariamente estar ausente, sino que tal vez puede estar presente pero enojado con él, la pérdida del amor de objeto se vuelve entonces un peligro nuevo y mucho más perdurable, y se transforma en el determinante de la angustia. El dolor, sería entonces una reacción real ante la pérdida de un objeto, en tanto que la angustia sería la reacción ante el peligro o la amenaza de perder al objeto.

Para Freud, siempre aparecerá dolor cuando un estímulo golpee en la periferia del "yo" (por ejemplo, cuando se pierde al objeto), irrumpiendo en los

mecanismos de la barrera protectora contra los estímulos (mecanismos de defensa), procediendo a actuar como un impulso instintivo constante (catexia) contra el cual la acción muscular (que pretende alejarse del estímulo), resulta impotente. Cuando hay dolor físico, ocurre una catexia narcisista (que es una manifestación de energía afectiva) del lugar adolorido, pero esta catexia se incrementa, y tiende a vaciar y a invadir al "yo". La transición del dolor físico al mental, corresponde a un cambio o transformación de "catexia narcisista" a "catexia de objeto". La aflicción (melancolía o depresión), ocurre entonces cuando la persona despojada se enfrenta ante la necesidad real de separarse del objeto (que lo abandonó), ya que éste no existe más. La aflicción pretende entonces realizar esta retirada del objeto, frente a todas las situaciones en las que el "yo" fue recipiente de un alto grado de "catexia" (ISSTE 1974).

Realmente nos encontramos entonces ante la más profunda metapsicología freudiana, y quizás resulta un poco confuso comprender su nueva concepción de la depresión, la cual trataremos de sintetizar de la siguiente manera: El "yo" del niño sufre una profunda herida en la satisfacción de sus necesidades narcisísticas, al no verse atendido y gratificado por la figura objetal. Dicha herida al narcisismo del niño representa una situación traumática ante la cual los mecanismos de defensa (supervivencia en éste caso) del niño entran en acción y aparece una intensa catexia o energía afectiva en la parte del yo en donde se sufrió la pérdida. Sin embargo, dicho despliegue de energía y de mecanismos de defensa (como por ejemplo la negación de la pérdida), resulta insuficiente y el niño asume que él mismo tuvo que hacer algo "malo" para que el objeto se halla alejado de él, por lo mismo llega a sentirse culpable. La depresión sería entonces una especie de "resignación" mal lograda ante el alejamiento del objeto.

En "Nuevas Aportaciones al Psicoanálisis" de 1933, Freud reformula sus últimos puntos de vista sobre la melancolía, mencionando: *"Tan pronto como nos habituamos a la idea del superyo (ideal del yo)... nos enfrentamos con un cuadro clínico que pone de relieve la severidad, incluso la crueldad de esta función, y las vicisitudes por las que pueden atravesar sus relaciones con el yo. Me refiero al estado de la melancolía"* (Arieti 1990 p39).

A partir de éste trabajo Freud pasa a considerar que una parte del objeto de amor perdido pasa a quedar introyectado en la instancia psíquica del superyo del futuro adulto, quedando constituido como un superyo amenazante, lejano y punitivo (como lo fue el objeto), que siempre va a estar criticando y sojuzgando al yo, produciendo los típicos síntomas melancólicos de una baja

autoestima y una fuerte autocrítica.

Quizás hoy en día muchos de los conceptos freudianos de la depresión han sido abandonados por no poder ser corroborados, (en especial aquellos en relación a los mecanismos de defensa ante las amenazas de pérdida realizadas durante las fases primarias del desarrollo libidinal, la universalidad del complejo de Edipo, la primacía de la energía libidinal y el pansexualismo, la concepción del medio interpersonal del ser humano como un medio para la descarga de pulsiones, y la envidia de la mujer por el pene del hombre, entre otros). Pero sin duda Freud revolucionó la concepción de la psicopatología, la psicoterapia y en particular de la depresión, ya que fue el primer investigador en concebirla originada en base a un conflicto fundamentalmente psicológico, y no "médico".

Quizás una falla notable en el trabajo psicoanalítico de Freud, fue que nunca profundizó en un tratamiento específico para los trastornos melancólicos. En los pocos casos con los que trabajó, aplicó el mismo método psicoanalítico que aplicaba a todas las demás enfermedades mentales como la histeria o la neurosis obsesiva. Su tratamiento lo podemos resumir de la manera siguiente: El trabajo terapéutico consistiría en reunir todo el material posible en relación a la pérdida objetal adolecida durante la temprana infancia, para posteriormente y a través de la neurosis de transferencia, reeditar catexias, mecanismos de defensa, pensamientos, sensaciones y emociones aparecidas durante el trauma inicial. Serán evocadas a través de la catarsis, la asociación libre, y elaboradas a través del discernimiento y la interpretación, pretendiendo desbloquear la anulación de cada una de las instancias reeditadas. La cura se relacionaría entonces con la capacidad del paciente para "reeditar y desbloquear", elaborar, discernir e incluso interpretar sus pulsiones, sentimientos de angustia, frustración y tristeza (adolecidos durante la temprana infancia).

Karl Abraham

Karl Abraham en 1911, consideraba que la "ansiedad" y la "represión" constituyen dos elementos fundamentales en la melancolía (depresión). Mencionaba que la ansiedad surge cuando la represión impide la gratificación deseada de los impulsos (aunque la gratificación sea posible). Consideraba que la melancolía se manifiesta cuando el individuo renuncia a la esperanza de satisfacer sus necesidades o impulsos libidinales. Podemos agregar que Abraham consideraba al medio interpersonal de la persona (en éste caso del

niño en el proceso de desarrollo) como un medio para satisfacer sus necesidades y descargar sus impulsos libidinales, que serían el fin anhelado para evitar la depresión.

Abraham consideraba que en la melancolía, no solamente la satisfacción libidinal se encuentra reprimida, sino incluso su búsqueda y por lo tanto, el deprimido no puede dar ni recibir amor. Encontró estrechas semejanzas entre las personas deprimidas y obsesivas, tales como una profunda ambivalencia afectiva hacia los demás, y un bloqueo en la búsqueda de amor debido a fuertes sentimientos de odio reprimidos. Abraham considera que ni el individuo obsesivo ni el deprimido pueden desarrollarse adecuadamente, porque en ambos los sentimientos de "amor" y "odio" se interfieren (Arieti 1990).

Concebía también la existencia de un proceso de "proyección" inconsciente en la melancolía. El individuo deprimido, al encontrarse ante el hecho de no poder amar a las personas, asume que debe odiarlas. El reconocimiento del odio resultaba evidente para Abraham al analizar los sueños de sus pacientes, pero postula que resulta amenazante, por lo que se hace uso de la represión de la consciencia, pero queda de manifiesto en el sueño (donde no hay represión). La hostilidad se proyecta entonces hacia los demás, ya que en ellos no resulta tan amenazante, y el pensamiento consciente se dirige a la aseveración de que las demás personas no pueden amarlo, sino que además lo odian. Si los sentimientos de hostilidad no son reprimidos, surgen en el deprimido fuertes sentimientos de culpa que complican los síntomas melancólicos.

En 1916, Abraham influido por los trabajos de S. Freud sobre el desarrollo psicosexual (1905), consideraba que la depresión puede ser la consecuencia de una regresión a la primera fase de desarrollo psicosexual (oral), en donde el sujeto introyectó al objeto (madre) que lo abandonó, a través de la boca, y además de devorarlo (debido a la profunda sensación de rechazo que le propinó), pretendió arrasarlo y destruirlo. Este deseo de destruir al objeto "oralmente", explicaría principalmente dos síntomas siempre presentes en la depresión: un rechazo de alimentos, debido a una equiparación del alimento con el objeto de amor (rechazante) que el individuo teme y desea destruir; y el temor a morir de hambre.

Observó además en sus pacientes una estrecha relación entre el comienzo de la depresión y el padecimiento de un desengaño amoroso. Abraham consideró a éste desengaño como una repetición (reedición) del trauma surgido a partir de la pérdida de un objeto de amor narcisista (madre) en la infancia, en donde existe una completa identificación (simbiosis) entre el yo y el objeto.

Al no diferenciar entre yo y objeto, al querer destruir al segundo (debido a los sentimientos de odio por el abandono), destruye también al yo, por lo que surgen hondos sentimientos de autodesprecio, típicos de la depresión.

Hacia 1924, Abraham mencionaba en los deprimidos la existencia de un poderoso "factor constitucional" ligado a una excesiva acentuación del erotismo oral (fijación), que resalta ciertos comportamientos orales como el comer en exceso, y una especial susceptibilidad a reaccionar en forma melancólica ante las frustraciones y pérdidas más cotidianas y superficiales, debido a la herida infringida a la autoestima en la etapa oral-narcisista del desarrollo (Arieti 1990).

En cuanto a la "manía", Abraham la consideraba como una manifestación de total desrepresión del contenido libidinal negado durante la fase depresiva, una regresión neurótica a una fase infantil, previa a la etapa de represión libidinal.

Las prouestas terapéuticas realizadas por Abraham son radicalmente similares a las de S. Freud, y considera fundamental lograr la desrepresión y desnegación de los impulsos libidinales, pensamientos y emociones originados a partir de la temprana experiencia de pérdida objetal.

Sandor Rado

Sandor Rado aceptaba las teorías de S. Freud y Abraham en relación al origen de la depresión en la temprana infancia, y consideraba a la melancolía como una manifestación de una regresión a la fase narcisista de la etapa oral del desarrollo libidinal. Sin embargo su principal contribución radica en un estudio más profundo sobre los eventos y circunstancias relacionadas con los episodios depresivos en el adulto.

Sandor Rado hacia 1928, estudiaba la melancolía (depresión) tanto en el niño y en especial en el adulto, en función de una red de interrelaciones entre el "yo", el "superyo" y el "objeto amado". Rado observó que el individuo depresivo suele comportarse con el objeto amado de un modo rebelde, arrogante y agresivo. Cuando el individuo depresivo siente que hay una seguridad, un control del amor del otro, se comporta excesivamente indiferente. Obviamente, quizás y después de un tiempo, el objeto acaba por fastidiarse del maltrato y se aleja, ocasionando en el individuo deprimido, una nueva sensación, de pérdida, semejante a la sufrida durante el trauma de la infancia, pero cayendo ahora en una depresión incluso más intensa, debido a que ahora se ha multiplicado el dolor de ambas pérdidas.

Rado concebía al deprimido como una persona fundamentalmente dependiente de los suministros y de la atención del objeto, su aprobación, amor y admiración. Independientemente de la persona transformada en "objeto amado" (sea la madre, la pareja, el cónyuge, etc.), si no es encontrada por el deprimido, o al perderla, cae en una frustración y en una sensación de soledad, ya que su autoestima depende desmedidamente de los demás. Considera que éste tipo de individuos, solamente experimentan seguridad y bienestar cuando se sienten amados, apreciados y alentados por el objeto, de lo contrario se deprimen.

Según Rado, *"surge un patrón de hostilidad, culpa y constricción que tiene su origen en la temprana infancia, cuando el niño aprendió que podría ser perdonado y recuperar el imprescindible amor de su madre, exhibiendo la adecuada actitud de remordimiento. La secuencia culpa-reparación se remonta a una progresión previa rabia-hambre-amamantamiento en el pecho materno"* (Arieti 1990 p40).

Para él, el individuo depresivo necesita recuperar el amor y la aprobación del objeto, ya que de lo contrario se desencadenaría una profunda melancolía en la que el conflicto interpersonal con el objeto es reemplazado por una lucha intrapsíquica. Como podemos observar, quizás fue Rado el primer psicoanalista en conceptualizar a la depresión como originada en base a una inadecuada relación interpersonal entre la persona y el objeto, sin embargo consideraba básico el proceso de introyección a partir del cual se transformaba en un conflicto intrapsíquico y psicodinámico, por lo cual lo debemos de considerar dentro de los autores de éste primer modelo.

Una depresión profunda representaba para Rado la renuncia neurótica del individuo a la aprobación y los suministros de los objetos externos, y la introyección total del objeto amado en el "superyo" de la persona, fenómeno a partir del cual el "yo" ahora buscará el perdón del superyo. Por lo tanto, las "autorecriminales" del "depresivo profundo", deberían de ser entendidas como la expresión de las esperanzas del yo por lograr el amor del superyo mediante la apropiada actitud de constricción.

Hacia 1951, Rado mencionó que la depresión era un intento de restaurar la sensación y necesidad de ser atendido, de forma análoga a la seguridad que experimenta el lactante puesto al pecho de la madre. Sin embargo, identifica una necesidad del depresivo por expresar una intensa hostilidad hacia el "objeto", pero al depender de éste último, al no poder ser independiente afectivamente, le es despertado un fuerte sentimiento de culpa, por lo que le resulta "más fácil" dirigir su rabia, contra sí mismo (Arieti 1990).

Rado tampoco realizó contribuciones destacadas para el tratamiento de la depresión, pero consideraba fundamental la necesidad de que el paciente haga conscientes su dependencia del objeto, la agresión dirigida hacia al mismo negada e introyectada en el superyo.

Otto Fenichel

Para Fenichel en 1943, la depresión se presenta en todas las neurosis. El depresivo es considerado por éste autor, como una persona "fijada" al estado en que su "autoestima" es regulada por "suministros externos" (lactancia), o a quien los "sentimientos de culpa", lo han hecho "regresar" a ese estado, padeciendo una dependencia patológica de que las demás personas (en especial el objeto amado), le proporcionen tales suministros. Si sus "necesidades narcisísticas" no son satisfechas (p.ej., sexuales y afectivas), su autoestima desciende hasta experimentar una profunda sensación de abandono, angustia y depresión.

Considera que el individuo depresivo es sumamente narcista, debido a que necesita ser amado intensamente para sentirse a gusto, pero paradójicamente, no puede amar genuinamente a los demás ni darles afecto o cosas valiosas. Observó que al depresivo no le importa la personalidad del "objeto", sólo tiene necesidad de sus suministros y no le importa quién se los ha de proveer. Fenichel realiza una especial contribución, ya que, a diferencia de S. Freud, Abraham o Rado, considera que la atención o el suministro disipador de la melancolía, y por lo tanto de la angustia, no tiene que ser necesariamente una persona, el "objeto" puede haber sido desplazado hacia una droga o un "hobby obsesivo", tales como la promiscuidad, la masturbación, el alcoholismo, etc.

Al igual que los demás psicoanalistas, Fenichel considera la etiología de la depresión en base a inadecuadas relaciones de objeto: *"En la vida del bebé alternan las etapas de hambre y saciedad. El hambriento bebé recuerda haber estado satisfecho anteriormente y trata de forzar el retorno de ese estado mediante la afirmación de su "omnipotencia" con el llanto y la gesticulación. Más tarde deja de creer en su omnipotencia. La proyecta sobre sus padres y trata de recuperarla mediante la participación en la omnipotencia de ellos. Tiene necesidad de esa participación del sentimiento de ser amado, tanto como antes necesitó la leche. Ahora la sucesión de estados de hambre y saciedad es reemplazado por la alternación de estados en que el niño se siente solo y por ello experimenta una especie de autodesvalorización (depresión) y estados en los que se siente amado y*

su estima es restaurada (manía)" (Fenichel 1988 p437).

Considera además que en un momento del desarrollo, el "yo" adquiere una capacidad previsor del futuro, utilizando estados de aniquilación menor de la autoestima (episodios depresivos), y así prevenirse de posibles pérdidas de los suministros narcisísticos, reales y definitivos. Posteriormente, al desarrollarse el "superyo", éste adquiere una "distorsionada" regulación interna de la autoestima. Al respecto Fenichel agrega: *"La sensación de ser amado ya no es el único requisito previo para el bienestar, sino que hace falta también el sentimiento de haberse portado como es debido (de lo contrario, surge un profundo sentimiento de culpa). Se desarrolla la función premonitoria de la conciencia. La mala conciencia, crea nuevamente estados de aniquilación menor o de pequeñas disminuciones de autoestima, para prevenirse contra el peligro de la pérdida definitiva de los suministros narcisísticos, esta vez provenientes del superyo. En algunas circunstancias, la señal premonitoria de la conciencia puede fallar y convertirse en la angustiada sensación completa de la melancolía"* (Fenichel 1988 p437).

Podemos observar entonces que Fenichel consideraría a la depresión como una reacción común realizada por el niño en la fase oral del desarrollo, que al verse en la impersiosa necesidad de postergar sus necesidades libidinales y de afecto debido a la ausencia, lejanía o pérdida del objeto, le provoca cada vez más intensos y frecuentes estados de aniquilación narcisista que pueden llegar a ser permanentes (fijación) debido a la introyección del objeto en el superyo. Una depresión grave representa para éste autor un estado en que un "individuo oralmente dependiente" es llevado, particularmente cuando carece de los "suministros vitales" (el alimento en el caso del lactante, y la aprobación o el amor en el adulto). La depresión leve sería entonces para él, una especie de premonición de éste estado, semejante a los estados de aniquilación temporales de la infancia, previas a la pérdida real del objeto y la experiencia traumática.

En una aproximación que podemos considerar como más interpersonal, Fenichel considera a las depresiones neuróticas, como unos evidentes intentos desesperados por obligar a un objeto (a través del llanto), para que le conceda los suministros vitalmente necesarios (amor y seguridad). La depresión psicótica, sería consecuencia entonces de una pérdida efectiva y total, en donde los intentos de regulación se dirigen exclusivamente hacia el superyo.

Fenichel considera que en la melancolía, el objeto es "introyectado", en especial su parte frustrante de abandono, y es incorporada y transformada posteriormente en el superyo del individuo, estableciéndose entonces ahora

una lucha interna no tan sólo entre yo y superyo (como ocurriría en un individuo sano), sino entre "yo" (aniquilado) -versus- "superyo" (punitivo) + "objeto introyectado" (objeto malo). El "superyo" tiene entonces para él, un aspecto doble dentro de la depresión: representa un poder menos protector (debido a la regresión) y más punitivo. El "yo" mientras tanto, no cesa en sus "intentos de reconciliación" (reparar y restaurar la autoestima dañada), y busca dirigir su "hostilidad" hacia el "objeto frustrante", pero al encontrarse introyectado, la agresión se dirige hacia "sí mismo". Al respecto éste autor menciona: *"los autorreproches del depresivo (desde el punto de vista del superyo que hace el reproche), son un intento de atacar al objeto introyectado; y desde el punto de vista del yo (que sufre el reproche), un modo de hacerle la corte al superyo y un requerimiento de perdón, destinados a convencer al superyo hasta que punto sus acusaciones han sido tomadas a pecho"*. (Fenichel 1988 p449).

En cuanto a la "manía", Fenichel, la considera como un estado en el que desaparece provisionalmente, la diferencia entre el "yo" y el "superyo punitivo". En la manía el yo vuelve a gozar de su omnipotencia, ya sea porque se recobra imponiéndose de algún modo sobre el superyo a través de conductas y actitudes desafiantes (p.ej., conductas delictivas, drogadicción, promiscuidad), o bien por estar unido al superyo y participar de su poder, y por lo tanto, aunque sea de momento, la tensión entre el yo y el superyo cesa. En la depresión en cambio, el yo es enteramente impotente y el superyo es omnipotente.

Sin embargo, Fenichel observó que el superyo del paciente "maniaco-depresivo" continúa siendo ambivalente frente a su propio yo. Es decir el yo se ha liberado de éste tan sólo de forma aparente, temporal o episódica. Considera que, si bien en las depresiones se pone de manifiesto un elemento "hostil" de esta ambivalencia, durante la manía se trae a la superficie el otro aspecto de la ambivalencia: "el extremado amor a sí mismo" (narcisismo). Fenichel consideró al "ciclo maniaco-depresivo" compuesto por periodos de intensificación de la depresión acompañado por periodos temporales de disipación maniaca de los sentimientos de culpa. Lo concebía además como una fluctuación entre sentimientos de aniquilación y castigo (depresión) y de omnipotencia (manía), algo semejante a una regresión al ciclo biológico de la infancia de "hambre y saciedad", es decir, la etapa oral del desarrollo o del "narcisismo primario".

En relación al tratamiento, Fenichel tampoco realizó contribuciones significativas, pero consideraba fundamental ayudar al paciente a superar su

narcisismo, y a disipar la tensión entre el yo y el superyo a través del análisis de la relación entre el adulto y el objeto, y la introyección y aniquilación realizada durante la infancia de la persona.

Melanie Klein

Melanie Klein, una de las primeras mujeres psicoanalistas reconocidas con dicho título por parte del mismo S. Freud, realizó hacia 1940 sus escritos sobre la evolución del desarrollo mental del niño, y hacía referencia específica sobre una etapa del desarrollo mental, a la cual denominaba como posición o etapa depresiva.

Delimitó la aparición de dicha etapa hacia el cuarto o quinto mes de vida, ya que consideraba que era el periodo en el cual el bebé podía comenzar a percibir los "objetos totales" de la realidad que lo circunda.

En éste periodo y a diferencia de una etapa previa (etapa esquizo-paranoide, en la cual el pecho bueno y malo no son diferenciados por el bebé), el niño ya puede reconocer que tanto el "pecho bueno" (gratificante) como el malo (frustrante), pertenecen a una misma persona: su madre. En consecuencia, el niño debe enfrentar el conflicto que le producen las figuras externas (madre), que son al mismo tiempo fuentes de placer (gratificación, amor) y de displacer (frustración, odio), conflicto que se manifiesta en una "ambivalencia afectiva" del niño.

Posteriormente el bebé debe enfrentar su "ambivalencia" y ya no puede expresar su propia hostilidad hacia el mundo externo. El bebé pasa entonces por una crisis de ansiedad, provocada por el temor de que la agresión, (que ahora reconoce como propia), destruya los "objetos buenos" (de amor), tanto externos como internos. Dicho temor fue denominado por Klein como "ansiedad depresiva", es decir, un temor del bebé de ser él mismo el causante de la pérdida o destrucción de su sensación de bienestar (Yalom 1984).

Klein observó que *"el bebé puede adoptar diversas actitudes frente a la posición depresiva: Puede mostrarse inhibido y deprimido debido al temor de que cualquier acción destruya a los objetos buenos; puede recurrir a la denominada defensa maniaca, negando el valor de los objetos buenos e insistiendo en que no necesita de objeto alguno aparte de sí mismo. La resolución normal consiste en que el bebé reconozca que aunque sus acciones o deseos pueden haber causado la pérdida temporal de los objetos buenos, estos pueden ser recuperados mediante las adecuadas maniobras restitutivas"* (Arieti 1990 p49).

Posteriormente Klein, llegó a la observación de que los niños desde muy

pequeños tienen una relación muy íntima con la muerte, relación que antecede con mucho al periodo en que adquieren conocimiento conceptual de la misma. La pérdida o ausencia del objeto representa para el niño, al encontrarse indiferenciado y totalmente identificado con el objeto, una especie de pérdida o muerte propia. Considera que el miedo a la muerte es parte integrante de las primeras experiencias infantiles y constituye un contrapeso necesario para poder sobrevivir, por lo que el bebé al haber sido "abandonado", reacciona con un intenso miedo, coraje y tristeza. De no conseguir el "retorno" del objeto, cae en una profunda melancolía que es el equivalente a su muerte. Klein consideró el miedo a la muerte como la fuente original de angustia (la sexual y la superegoica vendrían después y como derivados).

Una relación inadecuada con el objeto materno acentúa los sentimientos de hostilidad y abandono, y el niño experimenta una especie de muerte en vida, una intensa angustia, y quizás una reacción melancólica permanente. Lo más grave resulta en el intenso miedo que el bebé experimenta ante la posible aniquilación de su vida, y a no ser amado por el objeto, intensificando su sensación de ser devorado, castrado y aniquilado.

Si bien las observaciones realizadas por Klein resultan realmente interesantes, hasta la fecha muy pocas de sus aseveraciones metapsicológicas han podido ser demostradas, e incluso existe evidencia epistemológica que contradice muchos de sus hallazgos. Entre las más evidentes, podemos mencionar los descubrimientos científicos de un destacado investigador del desarrollo cognitivo humano: Jean Piaget.

Jean Piaget demostró hacia 1947 que el bebé en etapas anteriores a los 18 meses se encuentra en una fase preoperatoria del desarrollo cognitivo, por lo que el universo del bebé es un mundo sin objetos (no sólo maternos sino materiales y reales) que consiste solamente en cuadros móviles e inconsistentes, que aparecen y luego se reabsorben totalmente para siempre o para aparecer en una forma modificada o análoga. En esta etapa las percepciones, acciones, esquemas, reflejos e instintos se centran sobre el propio cuerpo y en sus actividades egocéntricas. Es alrededor de los dieciocho meses cuando se opera una descentración, en donde se elabora una construcción del objeto permanente, del espacio, del tiempo, del espacio y de la causalidad (Nicolas 1978, págs 61-100).

Si el bebé es un mundo sin objetos hasta los 18 meses, ¿cómo es que puede percibir, introyectar, disociar, destruir, reparar y distinguir entre objeto bueno y malo en el cuarto mes de vida?

Piaget considera los siguientes niveles comportamentales de la fase preoperatoria del desarrollo cognitivo (0 a 1 año y medio):

“- en primer lugar, el reflejo, entendido como una diferenciación de las actividades espontáneas del organismo y del comportamiento apetitivo general, que comporta los esquemas de asimilación, gracias a reflejos que dan lugar a una asimilación generalizadora;

- a continuación, el instinto, cuyas estructuras lógicas y cuyo desarrollo observó desde el punto de vista estructural y funcional, la asimilación genética y el equilibrio entre la asimilación y la adecuación;

- finalmente la percepción constituye un contacto directo entre el sujeto y el objeto, que pone en evidencia la primacía de la motricidad y el proceso aleatorio de la actividad perceptiva”. (Nicolas 1974 p61).

Resulta interesante el investigar además si el bebé se encuentra lo suficientemente maduro para experimentar miedo a la muerte y las cogniciones y emociones postuladas por Klein, pero ahora desde un punto de vista epistemológico, y corroborar si corresponden a las etapas de desarrollo y tiempos identificados por la misma autora. En relación al tratamiento, podemos mencionar que Klein realizó una valiosa contribución al considerar la posibilidad de la depresión y la intervención terapéutica en los niños, esta última a través de la terapia de juego.

Edith Jacobson

Edith Jacobson en 1954, postula que la “mente” se desarrolla a partir de representaciones de “sí mismo” y de los “objetos”, es decir, a partir de imágenes internalizadas del propio sujeto y de otros individuos. Dichas representaciones resultan “catectizadas” con energía libidinal, agresiva o neutralizada. El tipo de “catexia” de la representación, resulta en los sentimientos del sujeto hacia sí mismo. Si las representaciones de los otros resulta en una “catexia agresiva” (p.ej., a consecuencia de una frustración), y al encontrarse fusionada con la representación del sí mismo, el resultado es una agresión y una desvaloración del sí mismo.

Jacobson considera que los desengaños padecidos durante la infancia (desengaños de amor y de omnipotencia parental), provocan una desvalorización de las imágenes parentales. Una vez más, al encontrarse fusionadas las representaciones del sí mismo y de los otros, la desvalorización de los padres repercute en una intensa desvalorización del sí-mismo, produciendo una “depresión infantil primaria”, que regularmente, se reactiva durante la vida

adulta. La manía vendría a ser un periodo temporal donde se realiza una excesiva valorización del sí mismo y del objeto, simultánea quizás al encuentro de un nuevo objeto sustitutivo.

Jacobson menciona: *"En la depresión se produce una catectización agresiva del sí mismo, con escasa diferenciación superyoica y ausencia de una adecuada separación entre las representaciones objetales y el ideal parental de la infancia. En éste sentido, la depresión podría ser vista como un problema de catectización desde el punto de vista económico, y como una falta de diferenciación desde el punto de vista estructural. El conflicto básico en todos los desórdenes afectivos es el siguiente: la frustración provoca una reacción de rabia, que da lugar a tentativas hostiles por lograr del objeto gratificación deseada. Sin embargo, si el yo (por motivos externos o internos) es incapaz de concretar éste propósito, la agresión se vuelve hacia la imagen de sí mismo. Este apocamiento de la imagen de sí mismo acrecienta la discrepancia con la autoimagen ideal, llevando a una disminución de la autoestima. Es entonces cuando el paciente deprimido, con fines defensivos, puede tratar de fusionarse con un objeto omnipotente o recurrir a un nuevo objeto que reestablezca los suministros libidinales, con el propósito de elevar su autoestima"* (manía) (Arieti 1990 p44).

A pesar de las valiosas contribuciones de Jacobson para la comprensión de los fenómenos de la depresión y en especial de la manía, realmente no se ocupó de diseñar algún modelo de intervención psicoanalítica para los trastornos depresivos, y más bien siguió en la misma línea de aplicación del psicoanálisis ortodoxo diseñado por S. Freud. El tratamiento utilizado por Jacobson se basaba en posibilitar al paciente la regresión transferencial analítica, de forma tal que pueda reeditar las representaciones y catexias hostiles dirigidas inicialmente hacia los demás, pero que debido a la identificación total del bebé, fueron dirigidas hacia el sí mismo. La cura se basaría en la posibilidad de que el paciente pueda estar en contacto con sus sentimientos hostiles, disiparlos, y emprender una lucha por la valoración del sí mismo y de su independencia.

Bibring E.

Bibring hacia 1953 , después de observar a un buen número de pacientes, consideró a la depresión como consecuencia de una serie de experiencias de frustración y tristeza. Consideraba que los individuos deprimidos comparten un patrón básico: una sensación de "indefensión" ante poderes superiores, la sensación de ser un fracaso, y en consecuencia, una baja autoestima. Bibring define a la depresión como la expresión emocional de un estado de indefensión

e impotencia del "yo", independientemente de los factores que la hayan ocasionado (Arieti 1990).

Considera entre otras características de la depresión, el reconocimiento por parte del "yo" de su "indefensión" frente al objeto, el superyo y el mundo, y el surgimiento de intensas aspiraciones narcisistas e irreales, las cuales el mismo yo es incapaz de concretar. En conclusión, para Bibring la depresión es una especie de retirada que el niño realiza respecto del mundo, lleno de figuras de autoridad y de situaciones de peligro, y que representa una derrota para el yo del niño por controlar la regulación y los suministros externos.

Sandler y Jofe

Sandler y Jofe en 1965, consideraron que la depresión, al igual que la ansiedad, es un "afecto básico" inherente a la naturaleza humana. Dicho afecto, es experimentado cuando se desencadena una pérdida (real o ficticia) de algún objeto que es considerado como esencial para el bienestar personal (sea una persona, el amor, una situación de comodidad, etc.), y la persona se siente incapaz de superar esa pérdida a pesar de los esfuerzos que realice.

Dicha incapacidad por superar la pérdida sufrida, produce una profunda herida en la integridad narcisista, y produce una disociación del yo de la persona. Dicha disociación del yo resulta más grave que la pérdida del objeto mismo (ya que el objeto puede ser reemplazado o desplazado). Consideran que cuando se pierde un objeto de amor, lo realmente perdido es el bienestar que estaba implícito, psicológica y biológicamente, en la relación con ese objeto (Arieti 1990).

Sandler y Jofe no realizaron aportaciones significativas para el tratamiento de la depresión, pero introdujeron la noción de la depresión como un fenómeno intrínseco de la naturaleza humana. Consideraban a la depresión como un afecto básico de la naturaleza humana, semejante a la tristeza, el miedo, la alegría o el dolor. Concebir la depresión como parte de la naturaleza humana resultó un enfoque revolucionado pero poco explorado por éste y otros modelos. Pero ¿Qué es la naturaleza humana?

Podemos deducir que la naturaleza humana se refiere a la esencia y características particulares del ser humano, y que lo diferencian de otras especies. Para Darwin una la principal característica de la naturaleza humana serían su inteligencia, su postura bípeda, la utilización del pulgar y su socialización. Para S. Freud, la naturaleza humana es dinámica y consiste en una especie de lucha interna e intrapsíquica de cada persona con su energía libidinal, y con-

tra los instintos de muerte, durante diversas etapas del desarrollo psicosexual. Piaget consideraba al ser humano en relación a su desarrollo cognitivo ontogenéticamente programado, pero con el enorme potencial de trascender su condición en base a su pensamiento y lenguaje creativos. Fromm considera parte de la naturaleza humana en relación a una serie de necesidades interpersonales como las de tener un marco de orientación y devoción, enraizarse, fusionarse, ser infalibles, estimulado y excitado.

Para Sandler y Jofe la depresión sería un afecto natural que acompaña al ser humano en las situaciones más cotidianas de la vida diaria, pero que se manifiesta con mayor intensidad ante situaciones extremas como las pérdidas significativas de objeto, seguridad o bienestar. Sandler y Jofe consideraban la existencia de episodios depresivos en todas las personas (fenómeno esencialmente humano) y no solamente en los trastornos neuróticos o psicóticos. La depresión profunda era para ellos una manifestación pura del individuo por recuperar las situaciones u objetos perdidos.

Kohut H.

Formuló su teoría en 1971, y 1977. Kohut observó que el ser humano necesita durante su infancia la "empatía" del "yo" con el "objeto" (madre), para así lograr el desarrollo normal de su autoestima, ya que de lo contrario, pueden surgir dificultades en el proceso de "separación-individuación". Sugiere que el yo puede resultar seriamente dañado (o destruido), si el objeto establece con el niño una mala empatía, con lo cual el niño se torna no-empático y ausente de la relación "yo-objeto", y como consecuencia, se deprime (Karasu 1990).

Por lo tanto, para Kohut la privación del objeto idealizado (introyectado), da como resultado una depresión empática, caracterizada por una ausencia de autoestima y de vitalidad; o una depresión culpógena identificada por el rechazo encubierto del "yo" y fuertes sentimientos de culpa.

Guillermo Calderón

Calderón es quizás el único psicoanalista mexicano que en la actualidad compila, escribe e investiga en torno a la depresión. Para él la depresión se origina a partir de *"la necesidad de reprimir, distorsionar o desplazar sentimientos de hostilidad, y los sentimientos coercitivos de sexualidad y dependencia que producen una sensación de angustia, generados por un superego demasiado severo y exigente. Al ser estimulada por una situación externa, puede movilizar defensas*

de la personalidad que constituyen los síntomas depresivos" (Calderón 1985 p45).

Considera además que estos sentimientos, por lo general, se encuentran asociados a una serie de "experiencias de pérdida", entre las que se pueden encontrar las pérdidas de objeto (personas, afecto, trabajo), en especial durante la infancia, pero no solamente durante esta etapa, ya que analiza la repercusión de las pérdidas durante la adolescencia y la vida adulta.

Destaca la importancia de un adecuado cuidado materno durante la infancia, ya que si el niño no tiene una relación satisfactoria con su madre, podría volverse reservado y ser incapaz de tener relaciones adecuadas en otras etapas de la vida. *"Tarde o temprano el niño descubre que la madre y él no forman parte de un todo. Con base en una clara diferenciación entre su propio ser y el mundo, el niño aprende a decir "yo" y comienza su autoafirmación. Cuando el niño no recibe el cuidado adecuado por parte de la madre, trata de evitar que ella se aleje, estableciéndose relaciones simbióticas entre niños y progenitores, y al darse cuenta de que sus intentos por un mayor cuidado de la madre son inútiles, entonces se deprime, adoptando características de personalidad pasivo-agresivas (narcisistas)* (Calderón 1985 p47).

Considera a la adolescencia como otro periodo crítico y susceptible a la depresión, debido a que una pérdida de objeto (novio o novia), suele coincidir con la pérdida de la protección familiar, y el abandono por parte del adolescente, de la imagen de sus progenitores como seres omnipotentes. Estas rupturas le originan una profunda depresión, que se manifiesta a través de una reacción de rebeldía y desafío frente a las figuras de autoridad (formación reactiva). Sin embargo, estos trastornos suelen ser transitorios, pues al llegar a la edad adulta, el individuo vuelve a establecer relaciones cordiales con las personas que lo rodean. Sin embargo pueden aparecer factores que le "originen" severas depresiones que podrían llevarlo hasta el suicidio, entre los cuales considera una intensa ambivalencia, en relación con el logro de su independencia, en el inicio de su actividad sexual y en las relaciones con sus compañeros.

En relación a la depresión en el adulto, Calderón la concibe como una regresión en el adulto a las experiencias conflictivas de la infancia o la adolescencia, las cuales son desencadenadas por nuevas pérdidas de objeto, de un ser querido, de una situación económica, de poder o de salud en general.

1-1 Aplicaciones del Modelo Psicoanalítico.

Es de especial interés mencionar dentro de éste trabajo no solamente diferentes perspectivas teóricas o modelos en el estudio de la depresión, sino analizar además las aplicaciones e intervenciones terapéuticas de los mismos.

A manera de resumen podemos afirmar que los autores del Modelo Psicoanalítico revolucionaron las investigaciones sobre la depresión a principios de éste siglo. Anteriormente se consideraba a la depresión originada en base a alteraciones biológicas (aunque sin saber precisamente que tipo de alteraciones) de forma semejante a los trastornos esquizofrénicos o incluso a las psicosis. La grandeza y la principal aportación de los psicoanalistas como S. Freud y Abraham se relaciona con la conceptualización y clasificación de la depresión, como un trastorno neurótico originado a partir de inadecuadas relaciones entre "sujeto y objeto" durante la temprana infancia. Además su genio y creatividad los condujo incluso a aplicar el método psicoanalítico para el tratamiento de las neurosis y la depresión, lo cual parecía inconcebible en los círculos médico y psiquiátrico de comienzos de siglo. Lo mas sorprendente resulta que a pesar de las críticas realizadas al método psicoanalítico (algunas de las cuales mencionaremos mas adelante), gran cantidad de pacientes neuróticos y deprimidos por primera vez se encontraban en la posibilidad de ser "curados" a través de un método puramente psicológico.

Inicialmente S. Freud entendía a la depresión como una manifestación análoga al duelo y la melancolía, difícilmente diferenciable de los estados de aflicción (la reacción ante el fallecimiento de un ser querido), pero en base a las contribuciones de Abraham (entre otros destacados psicoanalistas), comenzó a observar que en algunos individuos las reacciones ante la pérdida eran sumamente exageradas tanto en su duración como en su intensidad. Se comenzó entonces a considerar la posibilidad de que algunos individuos poseían una cierta predisposición a desarrollar una melancolía. En una primera concepción, consideraban a la depresión (en aquel entonces melancolía) como una forma de "neurosis" originada (al igual que todas las neurosis) en base a una excesiva represión de la libido y de la agresión, por lo cual la melancolía sería semejante a la manifestación de un estado de frustración y retraimiento.

A partir de los trabajos de S. Freud y Abraham (y de otros psicoanalistas como Fenichel, Klein, Rado, Jacobson, etc.), se plantearían los fundamentos

de la teoría psicoanalítica de la depresión, en base a la experiencia y observaciones clínicas y a la aplicación del método psicoanalítico. Postularon su origen a partir de una determinada experiencia de "pérdida objetal" durante la etapa oral del desarrollo libidinal. Los psicoanalistas asocian al objeto con la madre, ya que es ella generalmente quien proporciona las gratificaciones y los suministros vitales y representa por ello un objeto "bueno"; de lo contrario representa un objeto "malo".

Para los psicoanalistas la etapa oral es la fase del desarrollo humano (libidinal) en la cual se estructura el "yo", inicialmente en base a una identificación y dependencia absoluta con el objeto, para posteriormente comenzar a diferenciarse y a individuarse del mismo. Sin embargo una pérdida o lejanía produce una profunda alteración del proceso entre el niño y el objeto, y en todo el proceso de "identificación-individuación" y maduración de la persona.

La pérdida o lejanía de la "figura objetal" produce inicialmente en el bebé una profunda sensación de enojo, miedo, desamparo, llanto y tristeza (depresión), reacción que podemos considerar "normal" y como un esfuerzo realizado por el niño para recuperar (a través del llanto) la atención y el "amor" del objeto perdido. El bebé al no ser atendidas sus demandas y sus necesidades, tiene que reprimir su llanto y que negar su enojo y su miedo para poder sobrevivir, pero a cambio se sumerge en una profunda melancolía. Quizá más grave resulta aún el hecho de que el bebé se encuentre totalmente dependiente, identificado e indiferenciado con el objeto, ya que al ser abandonado por el objeto el bebé asume que se ha abandonado a sí mismo, produciéndose entonces una profunda "escisión" en la estructuración de su "yo", destruyendo o alejando al "yo bueno" pero sobreviviendo su "yo malo" (punitivo como la lejanía del objeto), convirtiéndose más tarde en el superyo frustrante y limitante del adulto. Esta pérdida produce entonces una especie de "predisposición" (fijación) para la vida adulta, en donde nuevas experiencias pérdida (de nuevos objetos o del bienestar en general) inducirán una "regresión" a la fase oral del desarrollo. La(s) nueva(s) pérdida(s). Ahora el adulto emplea los mismos mecanismos de defensa negando sus emociones, sensaciones, pensamientos y pulsiones. El "yo" es visto como malo y culpable ahora desde el superyo. De esta manera se constituyen los síntomas típicos de la depresión en el adulto: tristeza, represión, negación, odio y culpa.

Sandler y Jofe complementan esta teoría ya que mencionan que la depresión en el bebé, y en el ser humano en general, es un afecto o emoción

básica e intrínseca de la naturaleza humana tales como el miedo o la alegría, por lo que la depresión sería una respuesta normal ante una experiencia o amenaza de pérdida, no tan sólo del objeto, sino de cualquier persona amada, situación de bienestar o seguridad. Agregaríamos entonces que la depresión además de ser una "emoción básica", su profundidad o severidad se relacionaría entonces con lo temprano de la pérdida, lo significativo de la misma, lo repetitivo de las experiencias o amenazas de pérdida, las formas o mecanismos a través de los cuales el bebé o el adulto asuman o enfrenten dicha pérdida (generalmente a través de la negación y represión), y la medida en que el medio interpersonal facilite una pronta recuperación, o si es limitante y distante.

Sin embargo, encontramos algunas limitaciones en relación a la intervención terapéutica para la depresión dentro del Modelo Psicoanalítico, considerando que fue diseñado originalmente para ser aplicado en el tratamiento de los trastornos neuróticos en general, y no específicamente para la depresión. El modelo de intervención psicoanalítico (ortodoxo) plantea la necesidad de facilitar a través de la asociación libre, y la interpretación de los sueños (en base a la teoría) la catarsis de los impulsos hostiles y libidinales, que de acuerdo a esta perspectiva, constituyen los elementos básicos subyacentes de la depresión, pero que se encuentran negados y reprimidos. La catarsis permitiría ir superando la negación y represión de los impulsos y los afectos, disminuyendo los síntomas. Se busca también propiciar el "insight" de los síntomas por medio de la reedición y la interpretación (en la neurosis de transferencia) de la significancia de las relaciones de objeto durante la infancia del paciente deprimido, de las posibles experiencias de pérdida (o amenazas de pérdida reales o ficticias) con la resultante "neurosis depresiva". De esta manera se pretende hacer consciente la repercusión de las figuras y representaciones de objeto en los síntomas depresivos, que por lo general se encuentran inconscientes.

Una seria limitación surge cuando el deprimido no puede realizar el insight, ni llegar a hacer consciente lo inconsciente, las interpretaciones en base a la teoría no le hacen sentido, ya sea por limitaciones propias del paciente, del terapeuta, y en especial por la falta de estandarización de la intervención psicoanalítica en la depresión. Resulta considerable también si la depresión es de origen endógeno, caso en el cual el modelo psicoanalítico resulta ineficaz.

Otra limitación de la intervención psicoanalítica (ortodoxo) es su larga duración (alrededor de 3 años o más), tiempo en el que muchas veces los

síntomas depresivos se deterioran, no se propicia el insight o la asociación libre, el terapeuta no aplica adecuadamente la terapia al no encontrarse estandarizada (presentándose grandes diferencias entre la interacción de cada terapeuta con cada paciente), o se abandona el tratamiento debido al alto costo y dedicación necesarios para el mismo. Resulta importantísimo el hecho de que en países como el nuestro, solamente una minoría selecta tienen acceso a éste tipo de tratamiento. Debemos recalcar que la intervención psicoanalítica ortodoxa es solamente útil en el tratamiento de la depresión unipolar neurótica.

Existen investigaciones que cuestionan seriamente las intervenciones psicoanalíticas, inclusive en el tratamiento de la depresión unipolar-Neurótica, y es considerada como menos efectiva que la terapia cognitiva conductual, o que la intervención médico biológica, de acuerdo a los resultados de Thompson y Gallager (1987), Robinson et.al. (1990) y Taylor y Mc Lean 1993.

Quizá la principal desventaja de la intervención psicoanalítica de la depresión, es que muy pocos de sus autores y practicantes se han avocado a investigar su efectividad y validez tanto en la teoría como en la praxis, y se basan solamente en la "subjetividad" de sus métodos personales de observación y clínicos. Por otro lado quienes investigan por lo general acerca de esta perspectiva teórica y de intervención, son en general terapeutas, psicólogos, o psiquiatras que provienen de otra formación, perspectiva y modelo, y sus resultados suelen ser muy tendenciosos y "descalificantes".

En la actualidad se han elaborado nuevos modelos de intervención derivados del psicoanálisis ortodoxo, diseñados específicamente para el tratamiento de la depresión unipolar-neurótica: entre ellas se encuentran la terapia "psicodinámica", y la "psicodinámica breve". Las técnicas psicodinámicas actuales, a diferencia del psicoanálisis ortodoxo, son más limitadas en cuanto al número de sesiones (36-40), por lo que resulta mucho más económica y accesible para más gente (aunque no la mayoría todavía); se "focalizan" más en el alivio de los síntomas a través de intervenciones directas, con las cuales se busca su elaboración, confrontación y disminución, asignando además actividades y tareas específicas para una más pronta recuperación. Se otorga un especial énfasis al aquí y el ahora, clarificando la forma en que la depresión repercute y afecta en las manifestaciones vitales y comunes del individuo y la manera en que se repiten "actitudes" frente a las experiencias de pérdida (como con las figuras objetales). No se centra tanto en las reacciones de las pérdidas durante la infancia, sino en la dificultad actual del paciente de

asumir actitudes más sanas ante experiencias similares en la actualidad. Se le presta el "yo" al paciente para facilitar el "insight" de sus vivencias, y finalmente se busca comprender el significado inconsciente de la pérdida (interpretación), presentándole el material integrado y organizado. Se busca también hacer consciente), el hecho de cómo el paciente pretende encontrar un sustituto de su pérdida objetal, y de lo irreal de esta fantasía (transferencia). Todo esto debe apoyarse en el "vínculo terapéutico", y las "áreas libres de conflicto" del paciente.

Estructuralmente, se "focalizan" las distorsiones yoicas (p.ej., excesivos ideales del yo) y a los déficits superyoicos (p.ej., un superyo sumamente punitivo). En la fase inicial del tratamiento, el terapeuta "confronta" las defensas y los patrones de conducta patológicos (p.ej., dependencias), y a la vez busca "fortalecer" su autoestima. Se considera necesario además confrontar la "transferencia negativa". El terapeuta debe propiciar una "catarsis libre" de los afectos agresivos y de la negación, así como de la profunda sensación de abandono, tristeza y miedo para responsabilizarse por las más diversas situaciones vitales.

Karasu (1990) considera cuatro etapas sucesivas en la intervención Psicodinámica breve:

1) La de resistencia primaria, en la cual el paciente "depresivo" se defiende de la "pérdida primaria" (de sus figuras objetales). Entonces debe establecerse una fuerte alianza terapéutica, el terapeuta debe desafiar y clarificar la ambivalencia irresuelta hacia sus padres.

2) De resistencias defensivas por parte del paciente contra el proceso terapéutico. El terapeuta deberá continuar interpretando la repetición de la conducta de resistencia y de derrota por parte del paciente, su miedo al cambio y a posibles represalias de sus figuras objetales (reales e introyectadas).

3) Una fase donde culminan las resistencias. El paciente experimenta una sensación de dependencia del terapeuta y "reedita" actitudes irracionales y primitivas ante las amenazas (reales o ficticias) de pérdidas. Además el paciente expresa mucha hostilidad.

4) La fase de resolución, en donde el paciente experimenta un intenso dolor ante la necesidad de ser independiente del terapeuta. El terapeuta se ocupa del control de los conflictos del paciente, buscando estrategias para su solución, tanto dentro como fuera de las sesiones terapéuticas.

En esencia, el paciente depresivo es ayudado a discernir, el significado

latente de su especial vulnerabilidad ante las situaciones de pérdida, de su disminuida autoestima y de la excesividad de sus demandas (ideales del yo). Se busca establecer la relación entre estas actitudes y sus consecuentes sentimientos de odio, culpa y devaluación. Se resalta la importancia de establecer una relación transferencial empática (entre el terapeuta y el paciente), siendo el terapeuta un modelo que representa tanto los viejos como los nuevos objetos.

Eduardo Dallal y Castillo (1986), propone un método terapéutico estandarizado para la depresión, desde una perspectiva psicodinámica:

1) Recabar información sobre los problemas de autoestima, explorando en la historia del paciente las experiencias en las que fue creando o bien en las que sufrió un deterioro su autoestima.

2) Hay que estar atento a las presiones de una moral posiblemente rígida, que revierten la agresión del individuo hacia el autocastigo o hacia la auto-destrucción.

3) Analizar cuales son las personas objeto de la agresión del individuo, y que se encuentra revertido.

4) Dirigir la atención terapéutica a la sensación de pérdida.

5) Se clarifica la sensación de decepción hacia la vida.

6) El paciente interpreta sus sensaciones de decepción, y la sensación de que no correlacionan los satisfactores con los esfuerzos realizados.

7) Se confronta la actitud de dependencia oral del paciente.

8) Se confronta las actitudes narcisistas del paciente.

9) Se busca desechar el mecanismo de defensa principal, la negación, interpretando constantemente qué es lo que niega el paciente cuando dice sentirse mejor.

Consideramos además que resulta sumamente importante tener en cuenta las "reacciones contratransferenciales" por parte del terapeuta hacia el paciente, si se deprime junto con él o no, si se desespera, si experimenta culpa, o actitudes sobreprotectoras hacia el paciente, ya que en un momento dado se puede obstaculizar el proceso terapéutico. Consideramos además esencial un entrenamiento especializado en el tratamiento de pacientes deprimidos, el utilizar técnicas y recursos de otros "Modelos" o recursos, como por ejemplo el uso de antidepresivos tricíclicos (ADT) o inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) en las depresiones profundas, técnicas de relajación y meditación en las depresiones agitadas o ansiosas, utilizadas con el objetivo de ayudar al paciente a encontrar una más pronta y estable recuperación de su

depresión psicológica, médica y existencial.

Finalmente, presentamos a manera de resumen las principales aportaciones teóricas de los autores del Modelo Psicoanalítico de la depresión:

Freud. La depresión es una manifestación de la regresión a la fase oral del desarrollo, en donde el objeto provocó la negación y represión de las pulsiones, emociones, un cese del interés por el mundo externo, una pérdida de la capacidad de amar, inhibición motora y una expectación frustrante de castigo.

Abraham. La depresión surge cuando la ansiedad surgida a partir de la represión y negación de las pulsiones, llevan al individuo a la renuncia de satisfacer sus necesidades e impulsos libidinales.

Rado. La depresión es la manifestación de una regresión a la fase narcisista de la etapa oral del desarrollo libidinal. Se caracteriza por un patrón de hostilidad, culpa y constricción que busca reconciliar al sujeto con el objeto perdido.

Fenichel. Un deprimido es una persona fijada al estado en que su autoestima es regulada por suministros externos, o a quien los sentimientos de culpa lo han hecho regresar a ese estado, padeciendo una dependencia patológica de que las demás personas le proporcionen tales suministros.

Klein. La depresión surge a partir de la fijación ocurrida por la "pérdida" del objeto bueno entre el cuarto y quinto mes de vida del ser humano, pero de la cual el bebé asumió ser el responsable y en consecuencia comienza a mostrarse inhibido y deprimido, debido a que considera que cualquier acción propia puede destruir "nuevamente" a los objetos buenos.

Jacobson. La depresión se origina en base a una catexia agresiva (debido al abandono) de las representaciones de las figuras objetales, pero que al encontrarse identificado con ellos durante la etapa oral del desarrollo, las catexias agresivas son introyectadas y dirigidas hacia el sí mismo, produciéndose una intensa autodevaluación.

Bibring. La depresión es la consecuencia de la fijación de una serie de experiencias de frustración y tristeza vividas durante la etapa narcisista-oral del desarrollo libidinal, las cuales producen una intensa sensación de indefensión ante poderes superiores, la sensación de ser un fracaso, y una baja autoestima.

Sandler y Jofe. La depresión es un afecto básico inherente a la naturaleza humana, el cual se manifiesta cuando se desencadena una pérdida (real o ficticia) de algún objeto que es considerado como esencial para el bienestar

o la supervivencia personal. La persona se siente además incapaz de superar esa pérdida a pesar de los esfuerzos que realice.

Kohut. La depresión se origina en la infancia, a partir de una inadecuada empatía dirigida del objeto hacia el yo del niño, induciendo un subdesarrollo en la autoestima del segundo, y una alteración en su proceso de individuación.

Calderón. La depresión surge a partir de la introyección de un objeto en un superego demasiado severo que reprime, distorsiona y desplaza sentimientos de hostilidad, sexualidad e independencia, produciéndose en cambio una intensa sensación de angustia.

2 Modelo Interpersonal-Existencial

A diferencia del "Modelo Psicodinámico", que predominó en las investigaciones sobre la depresión prácticamente la primera mitad del Siglo XX, el "Modelo Interpersonal-Existencial" (que aproximadamente se origina a mediados de siglo), no parte de la concepción de que factores intrapsíquicos o dinámicos (conflictos entre el yo y sus ideales, mecanismos de defensa implícitos como la negación, represión etc.), sean la base de la depresión. Para comprender a la depresión partieron de sus observaciones clínicas, investigaciones empíricas y estadísticas, basadas en un análisis minucioso de cómo diversos factores sociales, culturales, comunitarios e interpersonales en general, influyen en la etiología, formación y deterioro de los síntomas depresivos. Los investigadores del modelo Interpersonal-Existencial consideran a la depresión como el resultado de inadecuadas adaptaciones y repetidas experiencias negativas provenientes del medio social del individuo. Podemos mencionar entonces que éste modelo también podría ser denominado como modelo "social".

Los autores del modelo Interpersonal-Existencial consideran que el ser humano no se encuentra previamente programado por sus instintos (como los psicoanalistas), sino que al margen de su temperamento y pulsiones, el niño es un ser humano que se estructura íntegramente como resultado de factores culturales y experiencias interpersonales (la aceptación y aprobación que recibe a través de su experiencia interpersonal) y su estructura caracteriológica vendrá influenciada por la cualidad de interacción habida con los adultos significativos capaces de brindarle seguridad. Aunque no está movido básicamente por los instintos, posee de forma innata una gran cantidad de energía, mucha necesidad de exploración corporal, un potencial inherente de desarrollo y un deseo de capturar en forma exclusiva los deseos de los adultos que ama.

Sin embargo estos atributos no siempre están de acuerdo con las experiencias de los adultos significativos de su entorno, y el conflicto primordial se establece así entre la inclinación natural del niño a desarrollarse, y su necesidad de obtener seguridad y aprobación. Si tiene la mala suerte de que los padres estén inmersos en sus propias luchas neuróticas, que sean incapaces de proporcionarle seguridad al mismo tiempo o de estimularle su propio desarrollo autónomo, sufrirá como consecuencia graves conflictos como

la depresión.

El modelo Interpersonal-Existencial pone además especial énfasis en un tipo diferente de conflicto básico en la depresión: para ellos la depresión no constituye una lucha con las tendencias instintivas reprimidas, ni contra los adultos significativos tras la interiorización de sus figuras, sino de un enfrentamiento del individuo con los supuestos básicos e interpersonales de la existencia (preocupaciones esenciales).

El "Modelo Interpersonal-Existencial" es integrado por los trabajos de varios investigadores (Meyers, Hopkins, Sullivan, Fromm, Frankl, Perls, Horney, entre otros), y parten de la premisa básica que considera que el individuo siempre debe de ser considerado como parte del "sistema interpersonal-existencial" en el que está participando, ya que de lo contrario, lo consideraríamos como un ser gregario y aislado del mundo y los objetos, y con una vida carente de sentido en donde lo importante es lograr la gratificación de las necesidades libidinales, como postula el modelo psicoanalítico.

Consideran que en base a los sistemas interpersonales como la familia o la comunidad, la persona elabora un "rol personal", a partir del cual construye una determinada noción de la realidad, y elabora determinados supuestos básicos de la existencia. Sin embargo, si la familia o la comunidad influyen para que la persona construya disfuncionalmente dichas nociones e interrelaciones, en consecuencia es probable que el individuo realice varias "creencias disfuncionales" acerca de la realidad, de sí mismo, y de los demás (los otros), y experimente serias dificultades frente a los conflictos básicos de la existencia (la muerte, la libertad, el aislamiento y el significado vital). Dichas creencias disfuncionales inciden pues en una profunda y generalizada alteración del "proceso fenomenológico" del individuo, incurriendo entonces en la depresión.

Adolf Meyer

A pesar de haber sido mencionado dentro de los autores más sobresalientes del Siglo XIX, Meyer resulta quizá el padre del Modelo Interpersonal-Existencial de la depresión. Fue el primer psiquiatra en considerar a las enfermedades mentales como resultado de malas adaptaciones biológicas o sociales y a experiencias vividas previamente.

Aunque no investigó específicamente a la depresión, aplicó en general a la psicopatología el concepto de Darwin de la "adaptación biológica". Consideraba el origen de los trastornos mentales en base a alteraciones psicobiológicas

y fundamentalmente, como consecuencia de inadecuadas adaptaciones sociales, es decir, como consecuencia de intentos fallidos del individuo por adaptarse a su alrededor. Consideraba la etiología de la depresión en base a experiencias de privación y poco afecto durante el desarrollo temprano y en base a la interacción e influencias de la familia y el ambiente en el niño. Consideraba a dichas experiencias como los factores críticos de la persona (Karasu 1990).

Alfred Adler

Alfred Adler fue otro de los pioneros del Modelo Interpersonal-Existencial, ya que analizó los efectos de los síntomas de la depresión en las personas que rodean al enfermo, así como las ganancias que éste obtiene de los demás a través de su enfermedad. Es decir, estudiaba la influencia de la depresión en el medio interpersonal de la persona.

En su libro "Melancholie", escrito en 1914, Adler mencionaba que los deprimidos son personas sumamente dependientes respecto de los demás, y que tienden a exagerar sus debilidades para reforzar su dependencia, sin importarles las molestias que produzcan en los demás. Consideraba que es a través de la "autocompasión" como el deprimido busca extorsionar a los demás provocándoles conmiseración, y pretendiendo forzarlos a complacer sus deseos y a sacrificarse por él.

Adler observó que los "melancólicos" tienden a perseguir metas inalcanzables, exageran las dificultades con las que se encuentran en la vida cotidiana, y posteriormente culpan a los demás o a las circunstancias de su vida por la no consecución de sus finalidades y propósitos.

Podemos considerar entonces que Adler postula que el deprimido canaliza toda su energía para evadir sus responsabilidades sociales y manipular a su medio interpersonal. Consecuentemente, pretende protegerse del aislamiento al lado de "otros significativos", y pretende que tanto éstos como las demás personas confronten por él las diferentes vicisitudes frente a la vida y la muerte, aún a costa de su propia libertad y la del otro. El sentido vital estaría entonces depositado en la significancia narcisista que el otro dominante le pueda proporcionar al deprimido (Hall 1984).

En relación al tratamiento, consideraba en general, que el neurótico es una persona con un profundo complejo de inferioridad, debido a su naturaleza orgánica o mental, y en relación al deprimido consideraba que había vivido primero una infancia llena de "mimos", que después le fueron privados,

o que padeció un abandono durante la niñez. Pero Adler no pudo alejarse totalmente de su formación como psicoanalista, y consideraba la necesidad de cumplir con ciertos principios como parte intrínseca de la naturaleza humana, pero que en el deprimido se encuentran negados pero que deben de ser desarrollados durante el proceso terapéutico (Morales 1990):

- principio del yo creador, que representa un paso más allá del estilo de vida reactivo y mecánico, y que crea además de una personalidad, un "yo".

- principio del yo consciente, que se basa en la necesidad del hombre de superar su inconsciente, sus debilidades, sus partes desconocidas, para poder así dirigir su conducta de una forma plenamente consciente.

- principio de metas fantasiosas del futuro, más allá de ideales debe de estar constituido por una fuerza que opere en la conducta diaria del hombre. Basado en su yo creador, el hombre debe elaborar sus propias metas, imaginadas mediante sus capacidades naturales, y su propia experiencia interpersonal.

- principio del interés social mediante la identificación, la empatía y la cooperación con los demás en el mundo. Sólo de esta forma se logrará la superioridad personal, en base a adecuadas relaciones interpersonales.

El paciente deprimido experimenta serias dificultades para cumplir adecuadamente con estos principios, debido a que es sumamente dependiente.

Otto Rank

Rank fue otro de los terapeutas derivados del psicoanálisis ortodoxo, e incluso en alguna vez alumno de S. Freud, y miembro de la Sociedad Psicoanalítica Internacional, pero que debido a profundas diferencias teóricas y de intervención con el método psicoanalítico, rompe en 1924 su relación tanto con la sociedad como con S. Freud. Parte del rompimiento se originó porque a Rank le interesaban más los resultados terapéuticos que los modelos de la mente o del determinismo psíquico. Consideraba que un trabajo encaminado a descubrir cómo las influencias históricas e inconscientes tal como sucede con el psicoanálisis ortodoxo, sólo puede traer como resultado que el paciente evite las responsabilidades de su vida, y pierda cada vez más capacidad para la acción. Según él, S. Freud elevó el inconsciente a una función disolvente de la responsabilidad.

S. Freud consideraba al ser humano como dominado por sus pulsiones e instintos libidinales, en donde los demás sólo son un medio para cumplir la gratificación homeostática. Rank en cambio eligió un homúnculo de funciones

ejecutivas, a las que denominó "voluntad". Continuó empleando el concepto de las pulsiones instintivas, pero las puso bajo la jurisdicción de la voluntad, entendiéndola como una organización positiva y orientadora que, al mismo tiempo, utiliza creativamente y controla las pulsiones instintivas. Creía en el desarrollo de la voluntad a partir de los impulsos instintivos y en su control.

Para Rank la configuración de la voluntad depende de la manera como los padres (y el medio interpersonal en general) manejen la educación de los impulsos del niño. El niño en un primer momento responde a las restricciones paternas mediante una contrafuerza o "voluntad negativa". Gradualmente comienza a ejercer un control sobre sus impulsos, y decide por ejemplo, controlar sus impulsos agresivos sobre el amor a sus padres.

Rank consideraba que la vida emocional se desarrolla también en relación con los impulsos. Las emociones son diferentes de los impulsos, ya que a los segundos los procuramos descargar, pero a las emociones procuramos prolongarlas y canalizarlas (las placenteras, pero no las disfóricas). Por lo tanto la vida emocional corresponde para éste autor a una vida instintiva completamente inhibida o canalizada.

La vida emocional sería un reflejo de la vida impulsiva, pero la voluntad es una entidad con poderes separados. La voluntad sería un impulso productivo activo, más al servicio del yo, y no un impulso bloqueado como la emoción. Más adelante se refirió a la voluntad como un impulso del yo:

Rank señaló tres etapas en el desarrollo de la voluntad:

- a) *La contravoluntad u oposición a la voluntad del otro.*
- b) *La voluntad positiva que consiste en desear lo que uno debe.*
- c) *La voluntad creativa, que es desear lo que uno desea" . (Yalom 1984*

p358).

La depresión sería para Rank originada en base a la represión del impulso vital y de los primeros signos de voluntad (ya sea contraria o negativa). Si los padres le enseñan que la expresión libre de cualquier impulso es indeseable, y que toda la voluntad contraria es mala, el niño sufre dos consecuencias: la supresión de toda su vida emocional y la atrofia de toda voluntad con propensión a la culpa, que constituyen los síntomas básicos de la depresión.

En relación al tratamiento de la depresión, Rank no hizo señalamientos específicos, pero podemos deducir a partir de sus premisas básicas que el tratamiento consiste en ayudar a la persona a reconocer sus emociones en relación al impulso reprimido que reflejan, y más allá de una contravoluntad, a ejercer una voluntad positiva y creadora. A partir de estos procesos el

paciente podría estar más en contacto con sus propias emociones, y superar sus sentimientos de culpa, dolor y tristeza, y desarrollar nuevas metas de desarrollo interpersonal y existencial.

Karen Horney

Fue quizá la primer mujer en oponerse a las ideas de S. Freud, en especial la referente a la relación entre la anatomía sexual y el destino. Una idea inherente a la psicología freudiana es que las mujeres son inferiores a los hombres, e incluso envidian el pene de ellos. Horney se oponía además a la teoría de la lucha del ser humano por el control de sus impulsos como la fuente básica de angustia. La idea de Horney era que un núcleo de ansiedad básica se observa cuando las personas se sienten aisladas e impotentes en un mundo hostil, sentimiento arraigado desde la niñez. La ansiedad básica hace que las personas con problemas exageren su modalidad única de interactuar con los demás (Coon 1987).

Según Horney, en base a ésta ansiedad todos podemos aproximarnos a los demás dependiendo de ellos por amor, apoyo o amistad; podemos apartarnos de los demás aislándonos, actuando como solitarios o siendo fuertes e independientes; o podemos dirigirnos en contra de los demás, atacándolos, compitiendo con ellos o buscando ejercer poder sobre los mismos. Horney creía que la salud emocional requiere un equilibrio entre la ansiedad básica y estas tres direcciones con respecto al medio interpersonal. Sin embargo, las personas deprimidas experimentan serias dificultades en el control de estas tres modalidades.

Consideraba además a la depresión originada en la infancia, cuando el niño es enfrentado continuamente a situaciones adversas ante a las cuales se ve inhibido e impotente, y las figuras de su medio interpersonal (en especial los padres) no le facilitan el desarrollo de sus potencialidades (Hall 1984).

Debido a la influencia de la adversidad y del medio interpersonal, el niño va perdiendo la noción de su "ser potencial", desarrollando una imagen negativa del sí-mismo, e idealiza en cambio una imagen del yo (yo idealizado) hacia el cual dirige todas sus energías vitales, pero el cual es imposible de ser alcanzado a pesar de los esfuerzos realizados, incrementando su sensación de indefensión y depresión. Dicho conflicto con el "yo idealizado" es una especie de precio pagado por no cumplir con su destino, que acarrea además una profunda sensación de culpa que caracteriza a los síntomas melancólicos.

La depresión sería para Horney una especie de alienación, una escisión

de lo que uno es realmente, la negación de los propios sentimientos, deseos y anhelos genuinos; una discrepancia entre lo que uno es y lo que podría ser que conlleva a un sentimiento de autodisgusto y distimia. Representa además una falla en los procesos de aproximación, alejamiento y contradirección hacia el medio interpersonal.

Victor Frankl

Victor Frankl fue un singular personaje dentro de la historia de la psicoterapia, debido a que desarrolló su teoría existencial entre las décadas de los 40's y 50's, siendo preso dentro de un campo de concentración nazi durante la segunda guerra mundial. Consideraba que logró sobrevivir al campo de concentración, debido a que, aún en una condición extrema como la reclusión y la privación de su libertad, su "psique" era libre, y pudo encontrar el significado vital de su existencia: ayudar como psicoterapeuta a los demás a encontrar el propio significado de sus vidas. Consideraba que sin éste sentido existencial, resulta imposible sobrevivir no tan solo en condiciones de reclusión, sino en la vida en general.

Para Frankl la falta de sentido vital constituye la tensión existencial fundamental, que da origen a enfermedades como la depresión, que representa una especie de abatimiento, y una ausencia completa de significado de la propia vida. El ser humano necesita un significado, y el hecho de vivir sin él, ni metas, valores e ideales, provoca grandes trastornos y puede llevarnos incluso a la decisión de poner fin a nuestra vida. Paradójicamente, considera que solamente los individuos que se enfrentan con la muerte pueden vivir "mejor", y si están dotados de un propósito lo pueden hacer además con mayor plenitud y entusiasmo. Postula que necesitamos "principios absolutos" e ideales firmes que nos permitan aspirar, así como guías para configurar nuestras vidas.

Según Frankl (1985) la depresión sería algo semejante a una profunda falla en la lucha del individuo por confrontar las preocupaciones esenciales de la muerte, la libertad, el aislamiento y la carencia de un sentido vital. Podemos mencionar que Frankl considera también que el ser humano puede verse confundido para aceptar lo relativo tanto de la vida, como de cada una de las cuatro preocupaciones esenciales mencionadas anteriormente. Por ello considera que a pesar del medio interpersonal, y de las contingencias ambientales, cada ser humano debe de construir su propio yo, su mundo, y sus situaciones dentro de ese mundo. No existe ningún significado universal, diseño o guía

para vivir, que no sea el que crean a cada momento los propios individuos. Es decir, Frankl considera que cada ser humano debe de construir sus propios valores éticos, normas de conducta, finalidades y objetivos, esencialmente en base a la reflexión de cada una de las cuatro preocupaciones básicas.

Finalmente, Frankl considera a la depresión originada en base a una falla en la búsqueda de la trascendencia. A diferencia de S. Freud, Frankl considera que el propósito de la vida humana trasciende el fenómeno homeostático de la satisfacción de las pulsiones y las necesidades libidinales, debido a que observaba a pacientes que aunque tuviesen satisfecho su equilibrio interno, no son felices, más bien se encuentran profundamente deprimidos en un tipo especial de neurosis al que denominó como "noógena" (neurosis de falta de sentido), y consideraba que constituía al menos el 20% de sus casos clínicos. La teoría del placer se derrota a sí misma, debido a que entre más se persigue el placer y la felicidad, más se nos escapan de las manos. Debido a ello considera que el placer no es la meta final del ser humano, sino el producto derivado de la lucha por la búsqueda de significado, que sería la primera fuerza motivacional del hombre.

La trascendencia como fuerza motivacional del hombre se fundamenta en:

- a) Lo que uno logra o entrega al mundo en forma de creaciones propias.
- b) Lo que uno toma de lo humano en términos de encuentros y experiencias interpersonales.
- c) La propia posición hacia el sufrimiento y a la imposibilidad de cambiar la propia suerte.
- d) Los significados de la creación, la experiencia y las actitudes.

Finalmente Frankl consideraba a la depresión originada en base al vacío existencial o a la neurosis existencial, que constituyen dos etapas diferentes en el síndrome de carencia de sentido. El vacío existencial se caracteriza por un estado de aburrimiento, apatía e inutilidad, una sensación de cinismo, carencia de objetivos y depresión o distimia. La neurosis existencial desarrolla una falta de sentido vital, un terror psicológico al vacío, y una ausencia de cualquier sentido existencial, carencia que los síntomas depresivos tienden a llenar.

En relación al tratamiento de la depresión, Frankl consideraba fundamental buscar un compromiso frente a la falta de sentido vital, las inconsistencias lógicas de la existencia y la desesperación. Todo esto se busca a través de la reflexión de las cuatro preocupaciones esenciales: la muerte, la libertad, el aislamiento y la carencia de significado existencial (Frankl 1985).

Harry Stack Sullivan

Sullivan (1974), desarrolló la Teoría de las Relaciones Interpersonales, en base a la cual, considera que la personalidad del ser humano es consecuencia de la interacción en la relación interpersonal. Plantea además el origen de la angustia en la relación primaria con los progenitores, a la que denominó: falla en la seguridad básica.

Un tema central de su teoría gira alrededor de la ansiedad humana, a la que considera como un motor primario, y como constructora de un sistema del yo, y una gran educadora de la vida. Considera que el hombre vive en continua lucha contra un sistema de tensiones en el mundo. Considera que las tensiones provienen de dos fuentes: las necesidades orgánicas y la inseguridad social, y ambas producen una profunda ansiedad. La individualidad se manifestará entonces en la forma en que la persona confronte dichas tensiones.

Además se necesita un sistema del yo para poder evitar o al menos reducir la ansiedad existente en el mundo moderno. De ello se deduce que una necesidad del mundo moderno consiste en controlar el sistema del yo. Dentro del sistema del yo, Sullivan considera principalmente dos funciones: las personificaciones y las experiencias cognoscitivas.

Las personificaciones son en primer término las imágenes del yo, y en segunda instancia las imágenes de los demás. El yo del niño desplaza las características de un individuo significativo a otro, junto con todas sus pensamientos, sentimientos y actitudes. El primero es una figura del pasado (p.ej. un progenitor), y la persona se relaciona de la misma manera con una persona actual (p.ej. cónyuge). Sullivan considera entonces que cualquier persona que se parezca al concepto de la original personificada (figura significativa de amor o de autoridad), adquiere la reputación de "buena" o "mala" de la original.

Las experiencias cognoscitivas, consisten en tres formas jerárquicas de pensamiento que relacionan a unos seres humanos con los otros:

- experiencia prototáctica, que nos permite acercarnos al mundo a través de las sensaciones y de los sentidos.
- experiencia paratáctica, que encuentra relaciones causales entre dos o más fenómenos simultáneos, exista o no esa causalidad.
- experiencia sintáctica, que es el más elevado tipo de pensamiento, basado en la construcción y utilización de símbolos y signos. También se le denomina

como pensamiento abstracto.

En base a dichas personificaciones y experiencias cognoscitivas, el bebé necesita la facilitación de tales procesos por parte del medio interpersonal, ya que de lo contrario, puede desarrollar profundas fallas disfuncionales en la estructuración de la personalidad. En la infancia (0-18 meses), el bebé necesita que el medio interpersonal le proporcione sensaciones adecuadas que le faciliten una posterior diferenciación entre el yo y los otros. Posteriormente el niño organiza la información de acuerdo a los niveles paratáxico y sintáxico, y llegará incluso a conocer los roles sexuales. Posteriormente la escolarización, las amistades, las relaciones de intimidad, la vida en pareja, y el desempeño familiar y laboral, ente otros, facilitarán o impedirán el desarrollo de la personalidad, siendo el segundo el caso de la depresión (Sullivan 1974).

Sullivan destacó además que en la depresión se manifiesta una clara tendencia autodestructiva repetitiva y estereotipada, problemas de concentración, y un retardo de los procesos vitales, debido malas relaciones interpersonales establecidas desde la infancia hacia la persona y por la persona. A esto se suman inadecuadas relaciones sociales y una falta de comunicación con las figuras paternas durante la vida infantil del individuo, y y a pocos o pobres vínculos afectivos con diversas figuras de autoridad, significativas, familiares o comunitarias (Karasu 1990).

Sullivan consideraba además que en la depresión, el aislamiento corresponde a un fenómeno de la separación de la persona consigo misma, al que llamó como disociación, el cual se encuentra implícito en todas las manifestaciones melancólicas. La disociación tiene lugar cada vez que uno niega sus propios deseos y sentimientos, y acepta los mandatos de las figuras significativas como si fueran los anhelos personales, desconfiando de los juicios personales, y enterrando las propias capacidades y potenciales.

Jozef Cohen

Cohen junto con Sullivan fue uno de los pioneros en E.U.A. en el estudiar a la depresión a partir de la influencia del contexto cultural y de las relaciones interpersonales. Para ello utilizó resultados de investigaciones de antropología, sociología y psicología social.

Cohen y sus cols., consideraban que determinados "roles familiares disfuncionales", propician la depresión. Hacia 1949, y 1954 Cohen y sus cols., observaron minuciosamente a doce familias de pacientes depresivos, encontrando una serie de patrones en común:

Encontraron en cada uno de los doce casos, que la familia del deprimido se retraía de la comunidad, o era obligada por otros a hacerlo (debido a segregación racial o económica principalmente), quedando la familia gravemente afectada por el aislamiento. En respuesta, la familia realizaba grandes esfuerzos por ser aceptados por su comunidad, siendo los hijos en la mayoría de las veces dirigidos a la tarea de restaurar el prestigio de la familia. Dicha tarea consistiría en el logro de grandes metas (para los hijos), como ser un gran triunfador y tener éxito en la vida. Sin embargo, Cohen y cols. encontraron que la utilización de los hijos como instrumento para mejorar la posición social de la familia los desvaloriza como persona por derecho propio, provocándoles una profunda depresión, sea que logran o no la consecución de las metas.

Se encontró que la madre era la figura que más exigía el logro de dichas metas, en especial la de restaurar el prestigio de la familia, además de solicitar una estricta obediencia y cualidades sobresalientes en los hijos. El padre, en cambio, era en casi todas las familias un individuo social y económicamente fracasado, víctima de las críticas y el desprecio de su mujer dentro del ámbito hogareño, quien sugería a los hijos que se alejaran de él y no siguieran su ejemplo; el padre era solamente un ejemplo de lo que podría sucederles si no cumplían las ambiciosas metas fijadas por la madre. La trampa es entonces que si el individuo asume las metas de la madre, se deprime porque se niega como persona; si no las asume, se deprime porque es dependiente de la aprobación de la madre, es condenado al "destierro", y a su desaprobación porque para ella es un fracaso, por lo tanto, se asume como un fracaso.

Cohen y cols., encontraron además un patrón común en la infancia de éstos individuos: las madres solamente habían disfrutado de su relación con ellos mientras estos habían sido bebés, ya que les disgustaban las actitudes de individuación e independencia posteriores a esta etapa del desarrollo; *"A las madres les complacía la franca dependencia del bebé, pero no soportaban la rebeldía del niño pequeño, de modo que se valían de amenazas de abandono para controlar el comportamiento indócil. Contrariamente a S. Freud y Abraham, ... no se observó en la historia infantil de los pacientes depresivos experiencias de pérdida ni episodios depresivos. Encontraron en cambio la constante amenaza de abandono erigida contra la manifestación de un comportamiento normal y espontáneo"* (Arieti 1990 p53).

Para Cohen y cols., el factor más común de los individuos deprimidos es el miedo al abandono y a la desaprobación de los "otros significativos"

de su medio interpersonal (en especial de la madre), así como la búsqueda de la realización de metas inalcanzables idealizadas, para ganar "el cariño" de los demás, y así compensar una sensación interna de vacío, debido a la permanente necesidad de apoyo y dependencia de figuras externas. El peligro reside en la descompensación que se produce cuando estos individuos rompen el "vínculo" con la persona de quien dependen. La depresión sería una forma de reclamar y de llamar la atención de la persona de quien se depende.

Sullivan y Cohen sentaron formalmente las bases para la comprensión interpersonal de la depresión ya que focalizaron en su etiología la influencia de diversas unidades culturales o sociales (como la familia o la comunidad) y de diversos eventos ambientales macroscópicos (tales como la urbanización o la influencia de las clases sociales).

Los seguidores de estos autores (Escuela de Washington), consideran a la unidad a la familia como el grupo primario de observación de las relaciones interpersonales del sujeto, ya que constituye el primer vínculo del paciente con uno o más otros significantes (padres, hermanos). Más específicamente, se focalizaron en el estudio del círculo social del individuo deprimido, sus más íntimas relaciones familiares y de amor, la escuela, sus amistades, el trabajo y el impacto comunitario. Por lo común, las aproximaciones interpersonales al estudio de la depresión, utilizan además los conocimientos surgidos en torno a la misma a partir de la etología, la investigación experimental en la conducta de los animales, estudios del desarrollo infantil, exámenes epidemiológicos, e investigaciones clínicas sobre la psicopatología de los adultos. Además utilizan estudios sobre las relaciones entre madre e hijo, los vínculos de adherencia, el estrés, las relaciones de intimidad, y exploraciones clínicas de las relaciones sociales de los pacientes depresivos adultos.

Los resultados empíricos de estos estudios, destacan algunos de los conceptos básicos asociados con éste Modelo:

- 1) La relación entre la depresión, y experiencias de "abandono" de estos pacientes y su repercusión en relaciones sociales débiles por un lado, vínculos y adherencias disfuncionales por el otro (lazos maternos pobres durante la infancia, pérdida o abandono de figuras significativas en el niño o el adulto, exposiciones del niño a abusos o negligencias, disputas familiares y antecedentes de trastornos afectivos familiares);
- 2) La noción en los pacientes deprimidos de la necesidad de relaciones de intimidad y dependencia, como formas de protección frente a sus síntomas;
- 3) La alta correlación entre la depresión y eventos estresantes des-

encadenantes (disputas maritales crónicas, divorcio, separación);

4) La alta correlación entre la depresión y el deterioro en todos los aspectos del funcionamiento social (p.ej., mala comunicación, divorcio, etc.) (Karasu 1990) .

Finalmente, podemos resumir varios puntos en común en las intervenciones terapéuticas tanto de Sullivan, como de Cohen. Sullivan considera fundamental para el tratamiento de la depresión la incidencia en el medio interpersonal del paciente, a través de la facilitación para que el paciente, en base a su ansiedad, confronte las tensiones de la vida tanto biológicas como sociales, y pueda alcanzar su individualidad. Cohen consideraba básico ayudar al paciente a superar su dependencia del otro significativo, y de las figuras de autoridad, ya que de lo contrario, todas las energías del paciente serán desperdiciadas en la búsqueda de la aprobación y gratificación del otro significativo, en vez de ser dirigidas hacia las propias finalidades, para ello se debe de partir de los propios recursos del paciente.

Fritz Perls

Fritz Perls fue uno de los pioneros de la teoría Gestalt, que podemos considerar como parte del modelo interpersonal y existencial de la depresión. Consideraba que la depresión en el ser humano se origina a partir de una falta de aceptación de las responsabilidades interpersonales, y de completar su "gestalt" o totalidad como ser, debido a la disociación y a la represión de sí mismo.

Perls hacia 1969, consideraba esencial que el paciente aceptara la total responsabilidad de que él mismo producía todos sus síntomas, y buscaba identificar la manera en que el deprimido origina su propia enfermedad y moldea la propia existencia. Concebía fundamental para el tratamiento la necesidad de entrar en contacto con pensamientos, sensaciones, emociones y síntomas, y en la medida en que se establezca dicho contacto comenzará, el crecimiento propio, la integración, y desaparecerá la depresión (Yalom 1984).

Para combatir la depresión, Perl consideraba indispensable identificar en el paciente los modos de evitar la responsabilidad, y buscaba que tradujera su sentimiento de desamparo en sentimiento de mala gana, y le exigía que se hiciera responsable de su propia vida y de sus síntomas, de cada gesto, estado de ánimo y pensamiento, utilizando el ejercicio: "yo asumo la responsabilidad de lo propio". Al ser responsable de todos sus conflictos, el paciente los puede poner fuera de sí y entonces confrontarlos. Perls buscaba ayudar a sus

pacientes a reconstruir su sentimiento, su pensamiento y su comportamiento en totalidades integradas (gestalts).

Parte de la tesis de que elegimos cada uno de nuestros síntomas, los cuales representan sentimientos inconclusos o inexpressados, los cuales salen a la superficie a través de expresiones autodestructivas e insatisfactorias. La terapia gestalt consiste en completar los asuntos inconclusos, la conciencia a medias, y la huida de las responsabilidades. Se busca además que el paciente produzca o exagere un síntoma, facilitando la aparición en la conciencia de la responsabilidad de los mismos. Al producir deliberadamente un síntoma, el paciente comprende que es suyo, que es su propia creación.

A través de los sueños también buscaba la facilitación de la adopción de la responsabilidad por parte del individuo. Perls definió al sueño como el mensajero existencial, ya que es la posibilidad a través de la cual el paciente puede no sólo experimentar su inconsciente, sino captar toda la responsabilidad de su vida. Pretendía llevar el sueño a la vida (hacerlo consciente): hacía que el paciente repitiera el sueño en tiempo presente, y que después lo dramatizara, actuando como director, auxiliar y actor. Le pedía que representara todos los personajes y objetos que intervenían en la manifestación onírica, facilitando reunir todos los fragmentos perdidos del sueño, y por lo tanto del sí mismo y de la personalidad, siendo éste el camino para completar la "gestalt" individual.

La asunción de responsabilidades significaría ser responsable de los propios sentimientos proyectados, reprimidos, y negados en la depresión, aceptando las partes repudiadas del sí mismo, enriqueciendo la experiencia del individuo, que de éste modo puede sentirse dentro de sí, y en su mundo. Para evitar las manipulaciones del paciente, le decía además (excepto en pacientes muy enfermos): *"...si usted quiere enloquecer, suicidarse, mejorar o ponerse a obtener una experiencia que cambie su vidas es asunto suyo. Yo me ocupo de mis responsabilidades y usted de las suyas, si no le agrada esto, mejor váyase"* (Yalom 1984 p303).

De acuerdo a nuestra revisión, no encontramos investigaciones relacionadas con las intervenciones gestálticas en el tratamiento de la depresión, ni aquellas relacionadas con la sistematización, estandarizadas, efectividad, ni su confiabilidad en la reducción de los síntomas. Tampoco se ha comprobado la validez científica de la teoría gestaltica ni en el caso de las neurosis en general ni para la depresión específicamente.

Erich Fromm.

Fromm fue otro destacado autor del modelo Interpersonal-Existencial, pero desafortunadamente no habló directamente de la depresión, ni de psicoterapia. Sin embargo, podemos clasificar al paciente deprimido dentro de lo que él concebía como las orientaciones improductivas del carácter, particularmente la de tipo "receptivo". El deprimido sería una persona con carácter receptivo, narcisista y dependiente de los suministros externos de las figuras de autoridad, y del medio interpersonal en general, incapaz de socializar y de establecer relaciones maduras y productivas con las demás personas. Cuando un individuo con éste tipo de carácter ve frustrados o negados los suministros externos de dependencia, entonces experimenta una profunda sensación de desamparo en la que se manifiestan muchos de los síntomas melancólicos típicos del deprimido. Los suministros externos pueden ser materiales o afectivos, en especial los de amor. Como mencionamos, el problema radica en que estas personas sólo tienen disposición para recibir, pero no para dar amor. Al estar solos sienten que nada pueden hacer, porque necesitan ser ayudados y entran en crisis (Fromm 1986).

Fromm (1974), consideraba al deprimido-receptivo como un individuo que experimentó serias dificultades al emerger del mundo infantil, en especial debido a la influencia del medio interpersonal y de las figuras de autoridad, que de alguna u otra manera obstaculizaron y obstaculizan (incluso en el aquí y el ahora) su separación y diferenciación como ser humano. Las figuras de autoridad y el medio interpersonal han influido directamente en el deprimido al otorgarle suministros materiales, emocionales y afectivos, incluso cuando éste no los necesite o los demande, y a la vez reprimen cualquier intento de independencia y autosuficiencia reforzando así su receptividad. Posteriormente el sujeto incorpora ésta aparente situación de "comodidad" en lo más profundo de su carácter, transformándose en un ser pasivo y receptivo. Sin embargo, por alguna u otra razón el medio interpersonal y las figuras de autoridad se alejan paulatina o repentinamente, provocando en el individuo receptivo un momento en el que se da cuenta de que está sólo y que irremediablemente constituye una entidad separada de todos los demás. Dicha separación, en comparación con la propia existencia individual es aplastante, fuerte y poderosa, tan amenazante y peligrosa que le crea un fuerte sentimiento de angustia, indefensión y por primera vez y quizás de forma permanente, la depresión.

Considera que mientras el ser humano en general, y el receptivo en particular, forma parte integral del mundo (a través de la dependencia materna), y no se da cuenta de las posibilidades y responsabilidades de la acción individual, las cuales en condiciones normales no debería de temer. Sin embargo, cuando el ser receptivo experimenta un profundo pánico a estar sólo y de cara al mundo, por lo que busca incorporar a su vida nuevas figuras de autoridad de las que ahora pueda depender (p.ej., el cónyuge), debido a que teme a la vida en todos sus aspectos, desde los más peligrosos hasta los más sublimes. Sin embargo al ser receptivo y dependiente renuncia a una genuina relación interpersonal, a la creatividad, la productividad y la biofilia, dirigiéndose en cambio al ostracismo, el temor, la impotencia, la improductividad, necrofilia y depresión.

Fromm consideraba además que el deprimido utilizaba una serie de mecanismos de sobrevivencia para hacer frente al ostracismo, el miedo y la impotencia:

- Un marco de orientación y devoción, que representa una especie de mapa cognitivo y espiritual de dependencia de las figuras de autoridad.
- Busca enraizarse a un lugar específico, por ejemplo el hogar de los padres, o de las figuras de autoridad que lo hacen sentir seguro.
- Una fusión con nuevas figuras de autoridad para que le brinden los suministros narcisísticos, pero sin poder dar nada a cambio (p.ej., amor).
- Pretende que éste mundo de receptividad y dependencia sea infalible.
- Busca que el medio interpersonal le excite y estimule permanentemente, y sin reclamo alguno.

A diferencia de S. Freud, Fromm considera a los impulsos del hombre como la expresión de una necesidad fundamental y específicamente humana: la necesidad de relacionarse con el hombre y la naturaleza, y de confirmarse en esa relación. Sin embargo en el deprimido dicha necesidad se encuentra negada, aplazada y reprimida. Es una persona incapaz de relacionarse con su semejante, salvo para establecer una relación de dependencia, no logra estar en contacto con su propia naturaleza, y le resulta imposible confirmarse en esa relación.

En relación al tratamiento de las neurosis en general, y quizá de la depresión, Fromm concebía tres etapas básicas del proceso terapéutico:

- Una fase inicial en donde se reúne a través de una buena empatía y un fuerte vínculo terapéutico, toda la información necesaria relacionada con los filtros sociales, los marcos de orientación y devoción, y las autoridades a los

que el paciente se halla ligado.

- Una fase intermedia, en donde a partir de la información recabada, se pretende que el paciente confronte las diversas vivencias, experiencias, sentimientos y pensamientos, para ir rompiendo con los filtros sociales, marcos de orientación y devoción, para que entre en contacto con su propia naturaleza humana.

- Una fase final, en la que se hace gran uso de la confrontación y de la interpretación de sueños y situaciones diversas, a partir de los cuales se pretende que el paciente pueda elaborar y trascender sus síntomas, así como su propia historia y naturaleza humana.

Sin embargo, para la depresión no se han realizado investigaciones que certifiquen la validez teórica y terapéutica de los postulados frommianos.

Bonime W.

Para Bonime en la década de los 60's , la depresión además de ser una enfermedad, constituía una práctica de dependencia como una modalidad cotidiana e interpersonal de interacción. Cualquier interferencia con éste tipo de interacción, provoca en el individuo dependiente una exteriorización de depresión clínica, manifestándose además una especial tendencia a coaccionar al ambiente, dirigidas con el fin de que se le permita reestablecer las actitudes habituales de dependencia. Entre algunas características esenciales de éste tipo de enfermos, se encuentran sus tendencias manipuladoras, una aversión a la influencia de los demás, la renuencia a demostrar afecto sino más bien hostilidad, y una constante vivencia de ansiedad.

La depresión se origina a partir de una infancia básicamente carente de estímulos, de cariño y de respeto por parte de los padres. Cuando niño, las necesidades emocionales del sujeto fueron ignoradas o sofocadas, provocando que el deprimido crezca sintiéndose defraudado y busque una especie de compensación en los demás a través de la depresión, debido a las carencias de que adoleció durante la infancia (Arieti 1990).

Klerman G.L.

Klerman et.al. en 1984 (Karasu 1990), reconocen cuatro áreas o "problemas interpersonales mayores", que generalmente se encuentran asociados con la depresión mayor:

1) Una reacción anormal frente al dolor (luto inusualmente intenso ante la muerte o el abandono de un "otro significativo");

- 2) Disputas interpersonales de roles (exageradas expectativas de los roles sexuales y sociales de los otros significativos);
- 3) Dificultad para trasladar roles (débiles resultados en el manejo y aceptación de diferentes experiencias de vida, ya sean positivas o negativas, tales como el matrimonio o el divorcio, tener un hijo, graduarse de la escuela, cambiar de carrera o jubilarse), y;
- 4) Déficits interpersonales, incluyendo una mala adaptación social y una larga historia de aislamiento y de relaciones humanas superficiales.

2-1 Aplicaciones del Modelo Interpersonal-Existencial.

Podemos considerar que el "Modelo Interpersonal-existencial" posee elementos tanto teóricos como terapéuticos de las aproximaciones "psicoanalítica" y "cognitiva", e incluso muchas veces no ha sido considerado como un modelo diferente o como una nueva línea de investigación dentro de la psicología. Sin embargo el "Modelo Interpersonal-Existencial de la Depresión" (a diferencia de los modelos psicoanalítico y cognitivo), pone un especial énfasis en la influencia de organizaciones sociales como la familia, la comunidad, etc., en el desarrollo, mantenimiento y deterioro de los síntomas depresivos, y en la incapacidad del individuo para confrontar las diversas situaciones existenciales más comunes.

El psicoanálisis en general, considera al ser humano como un parte de un sistema relativamente cerrado, en donde lo importante es satisfacer las necesidades, e impulsos libidinales, y el sistema interpersonal representan solamente un medio en el cual va a realizar su descarga. Los "otros" son tan sólo objetos que deben de procurar una adecuada gratificación y evitación de las frustraciones del mundo narcisista de la persona, mientras que las relaciones de intimidad solamente tienen como finalidad la descarga. La depresión es para muchos psicoanalistas, la consecuencia de la incapacidad del individuo para satisfacer sus necesidades y de las malas gratificaciones de los padres en la infancia del individuo. Sin embargo, los autores del Modelo Interpersonal-existencial no conciben a la depresión como resultado de un "conflicto intrapsíquico" inconsciente, sino de pobres relaciones afectivas con los progenitores, experiencias de pérdida y rechazo por parte de figuras

significativas, fracasos y una vida carente de sentido y significado existencial. Conciben a la depresión además como una incapacidad para confrontar los problemas existenciales de la vida y la muerte, el aislamiento, la libertad, y la búsqueda de un sentido vital.

En cuanto al tratamiento de la depresión, existe una enorme cantidad de propuestas dentro del Modelo Interpersonal-existencial, pero por lo general parten de la búsqueda de la fuente de origen del padecimiento, su esclarecimiento y su confrontación. Consideran fundamental la resolución de los problemas interpersonales, proporcionando para ello ciertas estrategias de soporte y conductuales semidirectivas o directivas, poniendo un énfasis especial en la comprensión de la depresión como una enfermedad "existencial", sin dejar de tomar en cuenta factores intrapsíquicos, biológicos y cognitivos. Existe gran variedad de técnicas terapéuticas dentro del Modelo Interpersonal-existencial, pero se centran en el aquí y el ahora del paciente más que en las experiencias de la infancia (como el psicoanálisis), buscando así una rápida disminución de los síntomas al incidir directamente en el actual medio interpersonal del paciente. Podemos generalizar el procedimiento técnico y metodológico del Modelo Interpersonal a través de las siguientes etapas de trabajo:

- 1) Una primera etapa que podemos denominar de "inicial", en la que paciente y terapeuta buscan recabar información contextual de las relaciones interpersonales, ambientales, sociales y existenciales del paciente. En base a la información recabada se debe entender y clarificar la relación e influencia de las relaciones interpersonales con el padecimiento. Además el terapeuta busca establecer una comunicación abierta y directa con el paciente, y fortalece el vínculo terapéutico proporcionando al paciente modelos de conducta y ejemplos-estrategias para la solución de problemas relacionados con la comunicación y conducta.

También puede utilizar estrategias de modificación cognitiva-conductual y de control ambiental. Se sugiere la utilización de meditación y relajación para las depresiones ansiosas y motivan al paciente para que realice actividades más creativas y productivas. el proceso terapéutico. Se le puede dar al paciente información sobre su enfermedad.

Karasu (1990) por su parte, tras la recopilación de información se centra en los síntomas depresivos inmediatos. Considera que el terapeuta puede utilizar para la identificación de los síntomas una entrevista estructurada (p.ej., la Lista para Desórdenes Afectivos y Esquizofrenia, Lista de Entre-

vista Diagnóstica, SADS.), que se centra en los eventos cotidianos de la vida y la historia familiar, relacionados concretamente con los episodios depresivos, y explicita el diagnóstico para el paciente, con la finalidad de que pueda entender mejor su padecimiento, y comprender mejor sus síntomas, utilizándose además bibliografía de fácil lectura.

2) Una "intermedia", en la cual una vez identificado el origen de la depresión, y lograda su comprensión contextual se confronta directamente en el aquí y el ahora focalizando los roles interpersonales disfuncionales del paciente a través de resultados, repercusiones y consecuencias en la vida del paciente. Se elaboran las vivencias de pérdida actuales y la interacción con figuras de que se es dependiente, y se busca fracturar el marco de orientación y devoción, los filtros sociales, y enriquecer el pensamiento lógico paradójico y el vocabulario. Se facilita entonces la reflexión en torno a la irresponsabilidad y coerción ejercida sobre el medio interpersonal, vinculando dichas actitudes frente a las situaciones vitales de la libertad, el aislamiento, la vida, la muerte, y de la falta de sentido vital.

Se busca que el paciente entre en contacto directo con sus emociones y con su expresión, estableciéndose contacto con su propio yo, en vez de la complacencia y dependencia de las figuras de autoridad. Se busca facilitar el desahogo del dolor y tristeza, y se acompaña al paciente para que acepte su condición de estar solo frente al mundo. El terapeuta funciona como un soporte u objeto sustitutivo (provisional) de las personas reales de las que el paciente se va desvinculando paulatinamente.

3) Una tercera etapa "final" donde se le ayuda al paciente a discernir sobre su vida tanto presente como futura, se le ayuda a ser independiente, liberarse de las figuras de autoridad, en la medida en que va empleando y se va demostrando sus propios recursos y potencialidades. Se cierran las relaciones de influencia del medio interpersonal y se facilita la aparición de actitudes más productivas, responsables y creativas. Se pretende finalmente, que el paciente trascienda su propia historia y naturaleza humana, a través de la desreflexión, reflexión y sensibilización de los más diversos problemas existenciales, del "sí mismo", de su situación en el mundo y de esta forma evitar la reaparición de la depresión.

Karasu (1990) menciona por su parte una tercera etapa en el modelo interpersonal, en la que es necesario proporcionar al paciente deprimido un gran repertorio de habilidades sociales e interpersonales, las cuales satisfagan las demandas de adaptación del paciente para sus situaciones más comunes.

Estos problemas interpersonales de los pacientes depresivos pueden ser modificados clarificando los aspectos negativos y positivos de las relaciones, entrenamiento en habilidades sociales y otras técnicas de modificación de conducta. En cada instancia, una relación positiva con el terapeuta puede servir como modelo, y ser una buena práctica para futuras relaciones al negociar escenarios problemáticos interpersonales durante la terapia.

Terapeutas como Fritz Perls o Victor Frankl, propusieron las siguientes fases de desarrollo terapéutico que pueden ser aplicados en el tratamiento de la depresión (Yalom 1984):

1) Sincronización del terapeuta. Se busca "mentalizar" al paciente acerca de las cuatro preocupaciones esenciales (muerte, libertad, aislamiento y falta de sentido), a través de la reunión de información, reflexión, sensibilización, atención y significado en la vida de cada uno de estas cuestiones. Se busca trascender la monotonía de la supervivencia. Se busca ir más allá de la solución de síntomas u objetivos, confrontando el sistema de creencias de la persona, su capacidad para amar al prójimo y sus finalidades de vida y creatividad a diferentes plazos.

2) Derreflexión. Se busca que el paciente logre desviar toda la atención de su disforia, de la fuente de su neurosis, y se concentre en las partes intactas de su personalidad, así como en los significados que el mundo puede ofrecerle. Se enfoca hacia el sí mismo y se busca la trascendencia.

3) Percepción del significado. Se busca establecer un patrón coherente o una "gestalt" de significado, que integre los acontecimientos trágicos de la vida, a través del ingenio y la creatividad del propio terapeuta. Se busca evaluar la realización creadora, la experiencia y las actitudes hacia el sufrimiento.

4) El significado programado. Se le proporciona al paciente información para que perciba los detalles y los hechos de una manera amplia, y así pueda volver a formar una nueva "gestalt". Se pretende amplificar a través de la confrontación la conciencia perceptiva, y estimular la imaginación creadora.

5) Se busca un compromiso frente a la carencia de sentido vital. Se identifican inconsistencias lógicas gestálticas, se confronta la desesperación y se busca una perspectiva cósmica de la existencia.

El "Modelo Interpersonal-existencial" postula entonces, que la depresión se origina a partir de la estructuración de malas redes sociales (filtros sociales), y un medio interpersonal disfuncional, y de la imposibilidad de la persona por confrontar las más diversas situaciones existenciales. Considera

además dentro de su etiología un sinúmero de "roles sociales disfuncionales", estructurados en torno a mitos, marcos de orientación y devoción teñidos de ignorancia y prejuicios, y a continuas y repetidas experiencias de pérdida, decepción o frustración.

El medio interpersonal además de imponerle a la persona receptiva una vivencia para un "otro dominante" del que se busca protección, aprobación y significado vital, le impide la gratificación propia, y el logro de una ideología vital que conlleva a una intensa angustia frente a la muerte y a la vida.

Una grave falla del Modelo Interpersonal-existencial es que a la fecha no existen realmente investigaciones que validen sus postulados teóricos o terapéuticos, por lo que puede llegar a ser considerada solamente como una ideología de la enfermedad mentale. Para éste trabajo, con excepción al trabajo de Karasu (1990), no se encontró otra investigación relacionada con las aplicaciones terapéuticas de éste modelo para el tratamiento de la depresión. De ello se deduce la importancia de realizar investigaciones sobre éste modelo, aplicadas específicamente en la depresión.

Otra fuerte crítica a éste modelo es que realmente no ha logrado diferenciarse plenamente de los modelos psicoanalítico y cognitivo, en parte debido a la diversidad tanto de autores como de enfoques y perspectivas teóricas de los mismos, así como el hecho de que la mayoría de sus autores provienen originalmente de los otros dos modelos mencionados.

Finalmente, a manera de resumen presentamos las principales concepciones teóricas de cada autor del Modelo Interpersonal-existencial:

Meyer. La depresión se origina en base a experiencias de poco afecto de los padres y la familia para con el niño.

Adler. El deprimido es un individuo que fue sumamente mimado durante su infancia, y que durante su vida adulta ~~suele~~ manipular a los demás mediante sus síntomas, pretendiendo así recuperar las atenciones de que fue objeto durante su infancia.

Rank. La depresión se origina en base a la represión que ejerce el medio interpersonal sobre el impulso vital y los signos de voluntad del individuo.

Horney. El deprimido es un individuo con serias dificultades en los procesos de aproximación, cercanía y solidaridad con su medio interpersonal.

Frankl. La depresión surge de la falta de sentido vital, y de la incapacidad del individuo para confrontar los problemas existenciales de la muerte, la libertad, el aislamiento, el amor y el significado existencial.

Sullivan. La depresión es la consecuencia de una falla en el proceso de

estructuración de la personalidad del individuo, debido a la falta de comunicación y afecto del medio interpersonal en el que se desarrolló cuando niño.

Cohen. La depresión es la consecuencia de vivir buscando la aprobación y admiración de alguna figura significativa de la cual se es dependiente, en vez de vivir una existencia para sí mismo.

Perls. La depresión es la consecuencia de la disociación y evitación del individuo para asumir sus responsabilidades y completar su totalidad como ser humano.

Fromm. El deprimido es una persona con carácter receptivo, narcisista y dependiente de los suministros externos de las figuras de autoridad, y del medio interpersonal en general, e incapaz de socializar y de establecer relaciones maduras y productivas.

Bonime. La depresión constituye una práctica de dependencia como una modalidad cotidiana e interpersonal de coerción, manipulación, hostilidad y ansiedad.

Klerman. El deprimido es una persona que reacciona anormalmente frente al dolor, el establecimiento de roles interpersonales, y se le dificulta la adaptación social y las relaciones humanas en general.

3 Modelo Cognitivo-Conductual.

Alfred Adler

Alfred Adler, psicoanalista y precursor de los modelos psicodinámico e interpersonal durante las primeras dos décadas de éste siglo, quizá también fue el primer investigador "cognitivo" de la depresión. Además de enfatizar acerca del efecto de los síntomas de la depresión en el medio interpersonal del enfermo, su carácter dependiente, y su irresponsabilidad para enfrentar las vicisitudes de la vida, destacó (en oposición a la teoría freudiana predominante de su época) que los traumas sexuales infantiles (reprimidos), no son tan importantes en la etiología de las neurosis ni en la depresión. Considera en cambio esencial en la etiología de la depresión, la forma en que la persona "percibe y concibe" (cognición) determinadas experiencias de pérdida (no sólo de la infancia o de índole psicosexual), e "inadecuadas relaciones interpersonales" con figuras significativas. Es decir, para Adler resultaba esencial la "significancia" que el individuo atribuye a tales eventos y no a los eventos "per se". A esta representación personal la denominaba "campo fenomenológico".

Para Adler entonces, la depresión se origina de cogniciones elaboradas a partir del "campo fenomenológico", integrado básicamente por experiencias de pérdida, malas relaciones con los otros significativos, una incapacidad generalizada para relacionarse adecuadamente con el ambiente y una mala elaboración de "cogniciones" (Ingram 1990).

Posteriormente, el Modelo Cognitivo-Conductual, partiría de las mismas "premisas fenomenológicas" que propuso Adler, pero centrándose más en los procesos del aprendizaje ambiental, en las experiencias de pérdida y la consecuente sintomatología depresiva, trasladando los principios del condicionamiento clásico y del modelo conductual del procesamiento de información, hacia lo que podríamos denominar como "depresión fenomenológica aprendida".

Formalmente el Modelo Cognitivo-Conductual de la depresión podemos considerarlo establecido a partir de los trabajos de Seligman en 1967 y de Beck en 1970 (según Brannon 1987, Arieti 1990, Ingram, 1990, Karasu 1990). En éste apartado nos ocuparemos de las investigaciones del modelo de "desesperanza aprendida" de Seligman, para en el siguiente ocuparnos del modelo de la "depresión cognitiva" de Beck.

Martin Seligman

El modelo de "Desesperanza Aprendida" de Seligman en 1967, surgió azarosamente a partir de sus trabajos sobre condicionamiento operante. Seligman y su colaborador Maier, experimentaban con situaciones en las que sometían a perros a situaciones ineludibles de shock, descubriendo una peculiar reacción que denominaron de "desvalimiento o desesperanza aprendida". Observaron que después de exponer a los perros a una serie de estímulos dolorosos en una situación que les impedía toda salida, se llegaba un momento en el que los animales ya no eludían los estímulos aún cuando se les permitía la huida. Consideraban que estos perros parecían haberse dado por vencidos (se deprimían), "aprendiendo" a soportar resignadamente el dolor de los shocks (Brannon 1987, Ingram 1990).

Seligman y Maier observaron que en la historia de los pacientes depresivos podemos encontrar situaciones muy semejantes a las que observaron en los perros en el laboratorio, es decir, que situaciones adversas, poco estimulantes, predominadas por dolor, tristeza o abandono, son contingentes con un resultante estado emocional depresivo, de desesperanza e indefensión.

Seligman postuló entonces que en el individuo "depresivo" se encuentran bloqueadas ciertas "estrategias cognitivas adaptativas" que el individuo "normal" (no depresivo), utiliza para enfrentar situaciones adversas o dolorosas, y que la indefensión y desesperanza de sí mismo y de la vida son actitudes aprendidas. Considera que *"el depresivo no encuentra relación alguna entre sus respuestas y el apoyo que recibe del ambiente. La experiencia de repetidas situaciones de prueba, en las que el individuo comprobó que sus esfuerzos no le retribuían recompensa alguna, (sino más bien castigos), éste conjunto de actitudes aprendidas se generaliza y queda internalizada como un rasgo de su personalidad"* (Ingram 1990 p62).

Para Seligman el "depresivo" presenta un antecedente típico: "haber fracasado en el control de las recompensas ambientales" (Brannon 1987, Ingram 1990). La depresión surge entonces cuando el individuo siente haber perdido todo control sobre las respuestas de los otros y de su medio ambiente; debido a sus reconocidas actitudes de indefensión y desesperanza se considera incapaz e impotente para modificar su situación negativa, y por lo tanto cae en una profunda melancolía, ya que conductual y cognitivamente tal estado le parece justificado. Su vida carece de sentido ya que no encuentra refuerzos ni dentro, ni fuera de él.

Seligman señala además una tendencia automática en el individuo “depresivo” a realizar una atribución interna sobre las experiencias de pérdida, y de acontecimientos negativos en general (Brannon 1987).

Beck Aaron

Beck en la década de los 70's, consideraba las causas primarias de la depresión formadas a partir de determinadas “distorsiones cognitivas”. Según él, todas las formas de psicopatología (no sólo la esquizofrenia), presentan algún grado de desorden cognitivo. Aunque las personas “sanas” tengan una visión subjetiva de la realidad, poseen un cierto consenso sobre la misma y de lo que es normal y de lo que no. Fundamenta que en todas las enfermedades psicopatológicas (no sólo en la depresión), se producen “distorsiones cognitivas” que se apartan de lo que la mayoría de los individuos (“sanos”), consideran una manera realista de pensar, de realizar cogniciones, y de interpretar la realidad. Esto se debe a un esquema “yoico” defectuoso

S. Freud consideraba en su teoría psicoanalítica, que los sueños de los pacientes deprimidos, tenían por principal función el complacer deseos llenos de contenido masoquista, furia y rabia; sin embargo, Beck (y Rush) consideraban en cambio, una “raíz cognitiva” subyacente en sus pacientes depresivos. Al igual que S. Freud, se abocaron a la investigación del contenido de los sueños de sus pacientes depresivos, encontrando que estos más bien revelan repetidamente temas de “rechazos”, de “decepciones” e “injusticias” sufridos por estos individuos, y que no necesariamente son inconscientes (Karasu 1990).

Encontraron además, hacia 1970, en la revisión de los historiales clínicos de sus pacientes, una correlación entre tres típicos errores cognitivos, a los que Beck denominó “tríada cognitiva depresiva”. Dichos errores son:

- 1) Expectativas negativas respecto del ambiente;
- 2) Autoapreciación negativa, y
- 3) Expectativas negativas respecto del futuro (Jackson 1989, Brannon 1987, Arieti 1990, Karasu 1990, Ingram 1990).

En 1976, Beck vincula el origen de la depresión con un “esquema yoico defectuoso”, una “pérdida significativa” (p.ej., de un familiar), los cuales desencadenan una serie de “distorsiones cognitivas” (automáticas). Dentro de estos “errores cognitivos” menciona (Safran y Segal 1994):

- 1) Pensamiento absolutista de tipo todo o nada, o una tendencia a ver todas las experiencias según dos posibilidades opuestas, asumiendo alguna

de ellas, generalmente las negativas;

- 2) Sobregeneralización de detalles adversos;
- 3) Filtro mental hacia aspectos dolorosos o negativos;
- 4) Descalificación de lo positivo;
- 5) Extracción de conclusiones precipitadas (lecturas de pensamiento y fortuna azarosa);
- 6) Exageración de lo desafortunado y minimización de lo afortunado;
- 7) Deberes e imperativos obsesivos;
- 8) Internalización o personalización por la responsabilidad de las pérdidas, errores o hechos externos.

Menciona que tales errores cognitivos son el origen de los síntomas depresivos (emocionales, motivacionales, de conducta y vegetativos) y no una consecuencia de ellos. Considera que tales distorsiones son el resultado de experiencias de pérdida traumáticas, que originaron en la persona una sensación, de pesimismo y de desamparo, por lo que su visión del mundo sólo puede ser triste, desafortunada y desesperanzada.

Beck, Rush y Shaw en 1979 (Karasu 1990), consideran concretamente que la depresión y la melancolía son una "perturbación cognitiva", y no "emocional". Beck y sus cols. puntualizaron expresamente, que semejante teoría se orienta no hacia la etiología (como una predisposición hereditaria o un aprendizaje defectuoso), sino hacia la forma en que "mecanismos disfuncionales de adaptación" en la estructura cognitiva (esquema yoico), procesan la información defectuosamente, y predisponen al individuo a sufrir una depresión.

Otras aproximaciones teóricas Cognitivo-Conductuales

A partir de los trabajos realizados por Seligman y Beck en la década de los años 70's, surgieron dentro del Modelo Cognitivo-Conductual, lo que de acuerdo a Brannon (1987) e Ingram (1990), podrían ser considerados como tres nuevas aproximaciones que se centraron en la investigación y psicoterapia de la depresión. Estas aproximaciones son la "Cognitivo-Conductual" (propriadamente dicha), la "cognitivo-social" y la surgida a partir de los modelos del "procesamiento de la información".

Cognitivo-Conductual.

Existen dos vertientes dentro de las teorías Cognitivo-Conductuales de la depresión. Aquellas que como Beck y Lewinson (citados en Brannon 1987), consideran su origen relacionado con una experiencia de "pérdida" o

un "abandono" especialmente durante la infancia, un pobre vínculo afectivo (castigos) y consecuentemente una experiencia de tristeza (respuesta depresiva). La otra vertiente considera que la depresión es originada mediante "reforzamientos sociales", como cuando el individuo no encuentra respuestas positivas ante sus esfuerzos por adaptarse a las personas cercanas a él. (p.ej., Coyne 1976 citado en Brannon 1987).

Dentro de la segunda vertiente, varios investigadores como Frester en 1973, Kovacs en 1980, Lewinsohn en 1982, y Mc Lean 1982 (citados en Deitz 1988), consideran que la "conducta depresiva" es consecuencia de "respuestas aprendidas" mediante los principios del reforzamiento y de cadenas de asociativas entre estímulo y respuesta; y que los síntomas depresivos son reforzados por las personas cercanas al individuo deprimido. Postulan que el repertorio de todas las respuestas individuales en el paciente "depresivo", son el resultado de un traslado y una generalización de las respuestas surgidas durante las experiencias de pérdida (castigos). Posteriormente, las "conductas depresivas" son reforzadas socialmente (p.ej., ganancia secundaria), mientras que las "conductas adaptativas" son debilitadas al trasladar las "conductas" hacia los orígenes de los "reforzadores depresivos" (Brannon 1987).

Lewinson en 1974 (citado en Ingram 1990), consideraba que las cogniciones son "moderadores de los efectos del medio ambiente", y un determinante crítico en el origen de la depresión. Sugería además que en ciertos individuos los "factores ambientales" pueden disparar un "proceso depresogénico", el cual una vez puesto en marcha, provoca una ruptura significativa del funcionamiento regular. Lewinson considera que si el individuo se muestra incapaz de reducir esta ruptura, ocurre una reducción de los reforzadores, y entra en un "estado crónico de atención auto-focalizada". Esta "atención auto-focalizada" una vez disparada, provoca malas cogniciones (atribuciones causales negativas), conductas (interacciones sociales disfuncionales), y afectos (disforia incrementada). Además, la disforia incrementa y proponía que los cambios en la experiencia del individuo, así como en su auto-esquema, dan por resultado el típico pesimismo y las auto-valoraciones negativas.

Rehm en 1977 (citado en Ingram 1990), se basa en el modelo del aprendizaje social, y argumenta que la depresión se caracteriza por severos déficits en diversas facetas del auto-control cognitivo. Demostró experimentalmente que los pacientes depresivos tienden a monitorear solamente los eventos negativos, realizan atribuciones causales inadecuadas, y manifiestan criterios de una rigurosa y destructiva autoevaluación.

Cognitivo Social

Surgen del modelo de “desesperanza aprendida” de Seligman, Abramson y Teasdale escrito en 1978 (citado en Ingram 1990). Desde trabajos anteriores Seligman sugería que ciertas expectativas de respuesta, precipitaban y generalizaban en determinadas circunstancias, reacciones depresivas frente a eventos negativos. Seligman y sus cols. consideraban hacia 1978, la existencia de una relación determinante entre las explicaciones que las personas atribuyen a los “eventos negativos” y la aparición de las “reacciones depresivas”. Mencionan además que las reacciones de “desesperanza depresiva”, dependen de la “internalización”, “estabilidad”, y “especificidad” que el individuo atribuye a los “eventos negativos”. Las atribuciones internas de los eventos negativos decrementan la auto-estima, su estabilidad, afectan su cronicidad, y la globalización produce los déficits psicológicos y conductuales típicos de la reacción depresiva.

Diversas investigaciones corroboran la tendencia por parte del paciente “depresivo” de internalizar los eventos negativos (Ingram 1990), más aún no se esclarece si es parte de su origen o tan sólo un síntoma. Otras investigaciones sugieren que tal relación muchas veces no es consistente, ni las condiciones de desesperanza.

En 1988 Abramson, Alloy y Metalsky; y Alloy, Hartlage y Abramson (citados en Ingram 1990), sugirieron en cambio la existencia de un tipo peculiar de depresión (que era el que Beck estudiaba), con un especial “subtipo de cognición negativa”, en la cual ciertas “variables cognitivas” son los factores causales primarios. En esta misma línea Abramson, Metalsky y Alloy en 1989 (citados en Ingram 1990), revisaron esta reformulación del modelo Cognitivo de la depresión; ellos proponen que la que Beck y Seligman trabajaron, surge de la teoría cognitiva, y que se refiere solamente a un subtipo especial de depresión: “depresión desesperanzada”. La idea central detrás de esta teoría, es que la “depresión desesperanzada” resulta cuando los individuos experimentan:

- (a) Expectativas sobre la aparición de resultados negativos (altamente valorados), y;
- (b) Expectativas de indefensión para modificar los resultados negativos (Ingram 1990).

Arieti (1990) considera en el “depresivo” una receptividad, y una disposición a introyectar hábitos, actitudes y conductas de las personas del medio social del individuo, por lo que lo considera una persona sumamente

dependiente. Dicha actitud de receptividad puede llegar a verse truncada por diversas situaciones, en las que las figuras significativas (otro significativo) ya no ofrecen los "favores de la infancia" al "depresivo", quien vive dicha experiencia como una amenaza, una pérdida, y una interrupción de sus necesidades, de dependencia, por lo que su depresión es una forma por la que pretende protestar por dicha pérdida.

A partir de dichas experiencias Arieti considera que el "depresivo" tiende a adoptar una serie de mecanismos especiales, entre los que se encuentran además de una tendencia a culparse por haber provocado la pérdida de sus figuras significativas, una búsqueda de seguridad acatando onerosas exigencias de las mismas personas (p.ej., figuras parentales), pretendiendo recuperar el "amor perdido", o para no perder el poco que le queda.

Arieti postula que las relaciones sociales que el "depresivo" establece, giran alrededor del "acatamiento" y la "conciliación" (culpógenas y desesperanzadas), que con el tiempo y las interacciones, llegan a formar redes "cognitivo-afectivas", constituidas sobre la base del "aprendizaje", en el acto de enfrentar la temprana situación interpersonal de pérdida.

Considera que lo grave de la actitud del "depresivo" se funda en que su autoestima depende permanentemente de la aprobación de los "otros significativos", (p.ej., la madre, el cónyuge o el jefe del trabajo) y si no es conseguida, o pierde al "otro significativo", (o una "meta significativa", la persona cae en un profundo estado melancólico.

Finalmente, señala una serie de características de la persona deprimida:

- 1) Existe una limitación de las fuentes de autoestima (dependencia afectiva);
- 2) Temor a la gratificación autónoma;
- 3) Miedo a una relación de compromiso ya que el "depresivo" asume a las personas como autoridades e instrumentos de alabanza narcisista, pero no devuelve nada a cambio;
- 4) Una sensación de incapacidad para modificar el entorno;
- 5) Un fuerte sentimiento de "odio" originalmente dirigido hacia la figura que propino la pérdida, pero que se autodirige al "sí mismo"

Modelos de Procesamiento de la Información

Esta aproximación incorpora constructos teóricos derivados de la psicología cognitiva experimental, en relación al procesamiento humano de la información. Ya mencionábamos anteriormente que Beck postuló en sus trabajos de los años 70's en donde propone que los individuos depresivos se caracterizan por un "esquema yoico negativo", que realza automáticamente los eventos negativos, constituyendo la "triada cognitiva" (puntos de vista negativos sobre sí mismo, el mundo y el futuro). A partir de diversas experiencias (Beck menciona que de tensión y distensión), el esquema "yoico negativo" construye densas "redes cognitivas asociativas", que son activadas por los eventos interpretados como estresantes (amenazantes) para el individuo. Entonces, ciertos "pensamientos dormidos" (como experiencias de pérdida), son reactivados. En éste momento, el esquema yoico negativo comienza a estructurar, interpretar, organizar y procesar la información, obviamente, en forma negativa y distorsionada, provocando, e incrementando la depresión, y las posibles experiencias de pérdida.

Kupier y cols. en 1982, 1986 y 1988 (citados en Ingram 1990), extendieron el trabajo de Beck. Propusieron un "modelo esquemático" específico para el funcionamiento cognitivo depresivo. Basados en la revisión de los historiales clínicos, postularon que los individuos depresivos son personas muy predisuestas a seleccionar "recuerdos negativos", mientras que los individuos no depresivos son más propensos a recordar positivamente. Kupier postula la existencia de un "esquema depresotípico", que estructura y procesa negativamente la información de entrada. Menciona que ciertos individuos poseen un mayor riesgo de sufrir episodios depresivos, debido a que poseen un "autoesquema depresotípico" es decir, un esquema de vulnerabilidad.

Kupier explica la estructuración del "esquema de vulnerabilidad", a partir de diversas actitudes y creencias disfuncionales y rígidas, que establecen las devaluaciones del autoconcepto. Dada la naturaleza irreal de estas actitudes, ellas son fácilmente violadas por las experiencias cotidianas que activan el "autoesquema depresivo". Una vez activado, el contenido de éste esquema juega un rol determinante en la severidad de los síntomas depresivos.

Por su parte Ingram en 1984, argumenta que ciertas "redes cognitivas asociativas" se encuentran unidas a determinadas "estructuras afectivas" responsables del inicio de cada emoción. Por ejemplo, cuando la estructura emocional de la "tristeza" es activada a través del proceso individual, los

eslabones de las redes cognitivas “depresivas” son activadas, volviéndose operativas en todo el funcionamiento cognitivo del individuo. En el caso de la depresión, la activación de estas “redes cognitivas” producen efectos severos:

a) La capacidad disponible para procesar información es ocupada por el reciclaje de las cogniciones depresivas;

b) Las redes cognitivas asociadas son “energizadas” a través de la extensión de los procesos de activación, y;

c) Los procesos cognitivos asociados con dichas redes (expectativas, juicios, procesamiento de la información) se encuentran afectados negativamente (Ingram 1990).

Teasdale, en 1988 propuso un modelo similar, en el cual mencionaba que ciertos “constructos de redes”, constituyen el foco de los desórdenes depresivos. Sugería que una vez que la persona ha experimentado inicialmente un humor depresivo, la evolución hacia una depresión severa, depende de su “negatividad en los procesos cognitivos”. Considera que todas las personas experimentan al menos niveles medios de depresión, pero que son los individuos con “redes cognitivas inadecuadas” quienes tienden a interpretar y procesar la información de forma negativa y ello produce su depresión.

Ellis y Ashbrook en 1988, estudiaron la depresión basándose en modelos experimentales de la “atención”. Encontraron que la atención es un proceso que se encuentra claramente deteriorado en los individuos deprimidos, y observaron en consecuencia, una importante ruptura en el “procesamiento cognitivo” al encontrarse desviados los recursos de la atención. En consecuencia, las tareas que requieren cierta capacidad cognitiva para procesar información, de ejecución cognitiva y diversas funciones de la memoria, también se encuentran deterioradas en la depresión (Ingram 1990).

3-1 Aplicaciones del Modelo Cognitivo Conductual.

Las investigaciones clínicas del Modelo Cognitivo Conductual de la depresión, partieron de la consideración de que una “disfunción cognitiva” constituye la raíz de dicha patología.

Como ya se mencionó anteriormente Seligman en 1969; Beck, Rush y Shaw en 1979 (citados en Karasu 1990), no solamente fueron los precursores

de la teoría Cognitiva de la depresión, sino que además propusieron un modelo de intervención y tratamiento bastante eficaz, focalizado en el alivio de los síntomas, pero únicamente para las depresiones exógenas.

En la actualidad el Modelo Cognitivo de la depresión ha sintetizado las propuestas hechas por los diversos investigadores de esta aproximación, considerando asociados a los síntomas depresivos, tres elementos centrales:

1) La famosa "tríada cognitiva" de puntos de vista pesimistas, que influyen directamente en la manera en que el paciente se percibe a sí mismo, al mundo y a su futuro;

2) Esquemas irracionales implícitos basados en añoranzas por el pasado hacia las cuales el paciente acumula, traslada y compara las experiencias actuales, y;

3) Errores lógicos que generalizan las evaluaciones sobre el "yo" y los acontecimientos ambientales, como la internalización culpógena de sucesos desafortunados, y las aceptaciones silenciosas, vueltas axioma sobre errores o pérdidas sufridas en el pasado.

En cuanto al tratamiento, los "Modelos Cognitivos" van desde los enfáticamente "conductuales" en sus técnicas como la de Deitz (1988), hasta los más "interpersonales" como el de Safran y Segal (1994).

Las técnicas conductuales dirigen al paciente a "identificar" y "modificar" las situaciones que han sido contingentes con las respuestas depresivas. Estas incluyen auto-monitoreos, técnicas de manejo de conflictos, de contingencias ambientales, entrenamiento en habilidades sociales, estrategias cognitivas de auto-manejo, y tareas conductuales que el terapeuta prescribe para el paciente. Se recomienda además una fuerte alianza terapéutica que facilite todo el proceso, además de que el terapeuta asuma roles como activador y validador de los cambios nuevos de respuestas del paciente (Deitz 1988).

En los E.U.A., la psicología de los "constructos personales" de Kelly, constituye una aproximación terapéutica directiva (enfáticamente conductual), destinada a "modificar la experiencia consciente de los pacientes"; su técnica del "rol fijo", por ejemplo, conduce a que el paciente asuma un rol incongruente con sus "actitudes típicas" (negativas) acerca de sí mismo y de su mundo, a partir de esto, se pretende poder "confrontar" a los "constructos personales erróneos" que han dañado al individuo a lo largo de su vida (Deitz 1988).

En la "terapia racional-emotiva de Ellis", se atacan las creencias falsas e irracionales; el ABC de su teoría, implica una intervención en las creencias de

la persona (B), entre un evento activador ambiental (A), y sus consecuencias emocionales (C) (Karasu 1990).

Métodos “cognitivos interpersonales” como el de Safran y Segal (1994), se centran más en las relaciones sociales del paciente “depresivo”, y buscan una incidencia directa en su medio para una modificación cognitiva más pronta y profunda. Dentro de sus técnicas utilizan por ejemplo:

a) Autoexamen destinado a descubrir los conceptos erróneos del sí mismo, de su ambiente y del futuro;

b) Explicación, interpretación y confrontación respecto a sus creencias falsas;

c) Autodemostración de situaciones vitales aproximadas, realizadas por el terapeuta;

d) Modelado de conductas e identificación con el terapeuta, entre otros.

En general la duración de la terapia Cognitiva para la depresión, es estandarizada y corta (15-20 entrevistas), y se caracteriza por un alto número de “experiencias de aprendizaje”. Cada sesión consiste en la “revisión” de las reacciones y los resultados propuestos en la sesión previa, y se planean “tareas específicas” para ser llevadas a cabo fuera de las sesiones terapéuticas.

La principal herramienta de trabajo de la terapia Cognitiva es el “análisis lógico”, el cual utiliza los principios básicos de lógica y de la investigación experimental (p.ej., recolección de datos, cuestionamiento inductivo, formación de hipótesis, predicción, postulación de explicaciones alternativas, y validación en la realidad), para evaluar los “dogmas” que el “depresivo” elabora, y en función de los cuales percibe, organiza y responde a su alrededor. Cada constructo negativo que se ve afectado por la depresión es identificado (p.ej., soy una mala persona, nadie me quiere, voy a fracasar) anotando su frecuencia y las circunstancias bajo las que se presenta, y se establecen hipótesis específicas sobre la forma en “cómo” el paciente debe “razonar” y “actuar” ante diversas circunstancias en su vida (Karasu 1990).

Inicialmente, le son asignadas al paciente diversas tareas con la finalidad de comprometerlo en el proceso terapéutico; entre estas se encuentran la asignación de lectura sobre material concerniente a la depresión, y que escriba autorreportes semanales de las conductas realizadas y sus consecuencias (placer o frustración). Con ambas tareas se pretende contrarrestar la pasividad, y mostrar un camino por el cual los pacientes deprimidos pueden obtener un control sobre sus vidas, así como el planear actividades más productivas y placenteras.

Se considera que el asignar estrategias específicas, se ayuda al paciente a (Ingram 1990):

1) Detectar, registrar, y revisar creencias depresogénicas, pensamientos disfuncionales y conclusiones distorsionadas;

2) Reconocer las relaciones entre cogniciones irracionales y experiencias autoderrotistas, utilizando ejemplos recientes;

3) Identificar temas recurrentes como el miedo al fracaso, y la necesidad de ser perfecto, a través de una categorización explícita;

4) Se corrigen dichas percepciones por medio de la conducción de mini-proyectos de dificultad progresiva (se asignan tareas graduadas);

5) La explicación para los acontecimientos se vuelve más racional y positiva debido a la retribución de las técnicas, y se alienta al paciente a que asuma total responsabilidad de su vida;

6) A través de un adecuado análisis lógico, se le ayuda a desarrollar conductas y a emprender actividades más adaptativas y gratificantes, se evalúan sus efectos y se le alienta a proceder de la misma forma lógica ante diversas situaciones de la vida, y;

7) Se realiza un entrenamiento en asertividad, juego de roles, y en ensayo cognitivo (moldeado y practicado a través de la dramatización o de la imaginación), pretendiendo que el paciente pueda relacionarse con escenarios específicos, que sirvan como modelos para los reales problemas de la vida y sepa como enfrentarlos .

En conclusión, podemos afirmar que éste Modelo es fundamentalmente directivo y "educativo", ya que instruye y guía al paciente hacia una valoración sistemática de su comportamiento. El terapeuta señala activamente los pensamientos automáticos del paciente, así como las cogniciones que el paciente realiza a partir de las experiencias recientes, revisa los registros del paciente, le asigna tareas, y le brinda una retroalimentación concreta. Finalmente ayuda al paciente a realizar interpretaciones orientadas hacia una realidad más objetiva, así como a identificar las creencias disfuncionales que lo llevan a adoptar una actitud o conducta desadaptada y depresiva.

Dentro de las limitaciones del Modelo Cognitivo-Conductual además de que es solamente útil en el caso de depresiones exógenas (Safran y Segal 1994), se encuentra el hecho de que es sumamente sintomática y aunque se ha focalizado particularmente en el alivio de los mismos, diversas investigaciones no demuestran una diferencia significativa entre esta psicoterapia y la psicodinámica o la interpersonal-existencial (Thompson et.al 1987, Feixas 1993,

Taylor y Mc Lean 1993), e incluso existen investigaciones que mencionan una pobre efectividad del modelo conductual, comparada por ejemplo, con la intervención farmacológica en el tratamiento de la depresión reactiva (Kiloh et.al 1988, Lee et.al 1988, Keller 1994, Paykel 1994). Consideramos además que no facilita realmente el proceso de discernimiento de los pacientes, no les posibilita confrontar diversas situaciones y problemas existenciales como el encontrar un significado vital, y no propicia un adecuado cambio de actitud en los pacientes ya que es sumamente racional, mecánica, y busca adaptar, mas no liberar al paciente. Sin embargo la consideramos sumamente útil en pacientes con depresiones leves, o en pacientes con escaso discernimiento, los que necesitan una rápida disminución de sus síntomas sin profundizar en su autoacontecimiento, y su crecimiento personal y existencial. También es recomendable cuando las terapias psicofarmacológica, psicoanalítica e interpersonal han fracasado, (aunque no por ello es necesariamente superior), y en el medio institucionalizado, donde lo importante es la cantidad de pacientes que se atiende, en un menor número de tiempo.

A continuación se presenta un resumen de las principales conceptualizaciones sobre la depresión de los autores Cognitivo-Conductuales.

Adler. La depresión se origina de cogniciones elaboradas a partir del "campo fenomenológico", integrado básicamente por experiencias de pérdida, malas relaciones con los otros significativos, incapacidad generalizada para relacionarse adecuadamente con el ambiente y malas cogniciones generalizadas.

Seligman. El deprimido es un individuo fracasado y desesperanzado en el control de las recompensas ambientales a las que suele realizar una atribución interna, así como a los eventos negativos en general. La profundidad de la depresión depende del nivel de internalización, estabilidad y especificidad que el individuo atribuye a los eventos negativos.

Beck. El deprimido posee un esquema yoico disfuncional que le lleva a realizar expectativas negativas respecto del ambiente, del futuro, y una profunda autopercepción y autocrítica negativa.

Coyne. La depresión se origina en base al reforzamiento social, y a la incapacidad del individuo para encontrar respuestas socialmente positivas.

Deitz, Frester, Kovacs, Lewinsohn, Mc Lean. La depresión es el resultado en el ser humano del traslado y generalización de las experiencias negativas vividas durante diversas experiencias de pérdida, y de la impotencia experimentada para modificar situaciones semejantes.

Rehm. La depresión se caracteriza por severos déficits en diversas facetas del autocontrol cognitivo. Los pacientes deprimidos suelen monitoriar únicamente los eventos negativos, realizan atribuciones causales inadecuadas y manifiestan criterios de una autoevaluación destructiva y rigurosa.

Arieti. Existe en el depresivo una persona dependiente afectivamente de las figuras significativas, con temor a la gratificación autónoma y a una relación de compromiso, y una elavada autocrítica. En especial es una persona con una enorme sensación de incapacidad para modificar el entorno.

Kupier. Los depresivos son personas con un esquema cognitivo de vulnerabilidad, predispuestas a seleccionar y focalizar eventos y recuerdos negativos.

Ingram. El deprimido es una persona que ha establecido inadecuadas redes cognitivas que alteran todo su procesamiento de la información, afectándolos negativamente.

Teasdale. Ciertos constructos de redes cognitivas negativas constituyen el foco de los desórdenes depresivos, lo que los lleva a seleccionar y a procesar la información de manera inapropiada.

Ellis y Ashbrook. La depresión se estructura a partir de una alteración de los procesos de atención que conducen a una ruptura en el procesamiento cognitivo de la información.

4 Modelo Médico-Biológico.

Durante el Siglo XX se han identificado diversos tipos de trastornos depresivos, generalmente clasificados antagónicamente, por ejemplo: neurótica o psicótica, endógena-reactiva, biológica-psicológica, unipolar-bipolar, , etc. Ya desde el Siglo XIX, autores como Kraepelin, Meyer y Bleuler consideraban que existía una clara diferenciación entre depresiones originadas por algún factor externo (por ejemplo un duelo), y aquellas en las que aparentemente no existe un factor desencadenante (Calderón 1985, Jackson 1989, Arieti 1990). A las originadas por algún factor externo se les ha dado por denominar como neuróticas, psicológicas, y reactivas, mientras que a las segundas se les ha denominado como psicóticas, médico-biológicas y endógenas no reactivas.

De acuerdo a los hallazgos clínicos se ha demostrado que las “depresiones neuróticas-reactivas” responden mejor a los tratamientos psicológicos, mientras que las psicótico-endógenas a los médico-somáticos (farmacoterapia, terapia electroconvulsiva) (Calderón 1985, Jackson 1989, Arieti 1990, Karasu 1990, Bourgeois 1994, Rush y Weissenburger 1994, Safran y Segal 1994). A partir de los resultados de diversas investigaciones, especialmente durante la década de los 80's, el “Modelo Médico-Biológico se ha avocado al estudio de las “depresiones endógenas”, desde su origen, factores causales (genéticos, bioquímicos, hormonales, celulares) y ha puesto especial énfasis en los tratamientos farmacológico (depresión endógena) y electroconvulsivo (depresión psicótica), para atacar los síntomas melancólicos.

Causas Genéticas

Autores como Kallman 1962 y Slater 1964 (citados en Calderón 1985), han comprobado la existencia de un factor genético en la “psicosis maniaco depresiva” (psicótica), mas no así en la “depresión unipolar” (neurótica). Perris en 1966 consideraba que los pacientes que sufren episodios tanto maniacos como depresivos (trastorno bipolar), deben ser diferenciados desde el punto de vista genético de aquellos que padecen solamente ataques depresivos (trastorno unipolar). Odegard en 1963, no encontró diferencia genética alguna entre las formas “psicótica” y “neurótica” de la depresión. A la fecha, parece ser que se ha demostrado la existencia de un factor genético multifactorial solamente en el trastorno bipolar. Los test biológicos realizados a principios de los 90's, no han podido evidenciar una diferencia biológica genética significativa entre las depresiones neurótica y psicótica, y si lo ha

encontrado solamente en las depresiones maniaco-depresivas (trastorno bipolar, psicosis maniaco-depresiva) (Bourgeois 1994).

Kallman en 1962 (citado en Calderón 1985), investigó la presencia de un "gen dominante" (hereditario), en un grupo de pacientes con "trastorno bipolar". Con base en un estudio de 461 personas en el que utilizó el método en parejas de gemelos, Kallman reportó las siguientes tasas en relación con parientes consanguíneos en el trastorno bipolar:

- a) 0.4% en la población general;
- b) 23.5% en padres;
- c) 16.7% en medios hermanos;
- d) 23.0% en hermanos;
- e) 26.3% en gemelos dicigóticos;
- f) 100 % en gemelos monocigóticos;

Como parte de éste estudio, Kallman aisló a un grupo de 23 enfermos "manicodepresivos" que tenían gemelos idénticos (monocigóticos). En 22 de los casos, el otro gemelo presentaba también psicosis manicodepresiva.

Slater en 1964 (Calderón 1985), reunió un número mucho menor de gemelos idénticos con trastornos afectivos. Utilizando métodos más precisos para determinar la cigoticidad que el usado por Kallman, encontró que de ocho parejas seleccionadas, sólo cuatro presentaron parejas con estados psicopatológicos concordantes; de las cuatro restantes, en tres, el cogemelo era normal y en la octava pareja era neurótico (50% de concordancia).

Respecto al riesgo empírico, es decir la posibilidad de que un pariente de un enfermo "deprimido" (unipolar) padezca también "depresión psicótica", hay de un 10% a un 15% de posibilidades de que su hijo presente un cuadro semejante. Si el afectado fuera no un progenitor sino un hermano de éste, el riesgo empírico sería casi de la misma magnitud. Pero si los dos progenitores fueran deprimidos graves, sus descendientes afrontarían un 50% de posibilidades de padecer el mismo síndrome. Con parientes más lejanos se ha observado que el riesgo desciende a un 3 o 4% (Bourgeois 1994).

Parece ser que a la fecha no se ha podido determinar la presencia de un factor hereditario en las depresiones neuróticas o psicóticas, pero sí parece haber una mayor correlación en el trastorno bipolar y la psicosis maniaco-depresiva.

Causas Bioquímicas

Las investigaciones bioquímicas se encuentran en nuestros días aún en

desarrollo, en especial la que considera que una alteración en los niveles de las catecolaminas, y una disminución de la actividad de ciertas aminas neurotransmisoras sinápticas (norepinefrina y serotonina) los factores causales de la depresión. Se considera que en los "estados maniacos" estas aminas incrementan su actividad. Sin embargo, ni una ni otra hipótesis han sido comprobadas.

En 1959, Everett y Toman, postularon por primera vez la hipótesis de que las catecolaminas y la serotonina (5 hidroxitriptamina), desempeñaban un papel importante en la depresión. Estudios posteriores como los de Bunney y Davis, Schildkraut, Matussek y otros, han reforzado esta teoría. Esta hipótesis se basó en observaciones clínicas efectuadas con el uso de dos medicamentos (Calderón 1985, Jackson 1989, Arieti 1990):

1. La reserpina, ampliamente usada en el tratamiento de la hipertensión, originaba depresión en algunos pacientes, reportándose en estudios neurofarmacológicos que éste medicamento originaba depresión de la norepinefrina, la serotonina y la dopamina cerebrales en animales de laboratorio.

2. Los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO), cuando eran empleados en el tratamiento de la tuberculosis, producían un efecto euforizante y una importante acción antidepresiva. Estos medicamentos aumentaban la concentración de aminas biógenas (dopamina, norepinefrina y serotonina) en el cerebro de animales de experimentación.

3. Investigaciones realizadas en animales revelaron que otros compuestos que bloquean la acción de la MAO pueden revertir el síndrome de tipo depresivo causado por la reserpina. Con posterioridad, Hertting demostró en 1973 que los efectos favorables de los antidepresivos tricíclicos (ADT), como por ejemplo la imipranina, derivan de un bloqueo de la recaptación de Norepinefrina (NE) en las terminaciones nerviosas. A la inversa, se consideró que el litio, droga que sirve para disminuir los estados maniacos, estimula la recaptación de NE en las vesículas sinápticas.

En los Estados Unidos se seleccionó la NE como amina activa, mientras que en Europa se ha dado preferente atención a la serotonina (5-HT) como amina neurotransmisora que interviene en la depresión. El éxito de las drogas que modifican los niveles de las aminas en el cerebro durante el tratamiento de los episodios depresivos, sirvió de punto de partida de importantes investigaciones e incluso la perspectiva de que con el tiempo sea posible diferenciar los diversos subtipos de depresión mediante pruebas bioquímicas únicamente.

En la actualidad, se ha sugerido que el exceso de una o ambas aminas (serotonina y dopamina que es la precursora de la NE) lleva a los estados maniacos, y su disminución, provoca depresión.

Serotonina (5-HT)

Existe una serie de estudios que respaldan la hipótesis de la disminución de la serotonina (de su compuesto activo, 5-HT) en los desórdenes depresivos. Coppen y sus cols. en 1963, demostraron que el "triptófano", precursor de la 5-HT, acentúa el efecto "antidepresivo" de los IMAO. Supuso que el efecto antidepresivo se debía a una elevación del nivel de 5-HT. Sin embargo, tal resultado no ha sido corroborado, ni se ha podido demostrar el efecto antidepresivo del triptófano sólo.

También se han encontrado concentraciones muy bajas de ácido 5-HIA, (derivado de la serotonina), en el líquido cefaloraquídeo de pacientes depresivos y en el tejido cerebral de individuos que cometieron suicidio, hecho que constituye otra prueba a favor de la hipótesis de los bajos niveles de serotonina en la "depresión unipolar".

Sin embargo, también existen una serie de estudios con hallazgos opuestos. Se ha encontrado que las drogas que bloquean la síntesis de la serotonina no producen depresión. Pacientes con "síndrome carcinoide" recibieron paraclorfenilalanina (PCFA), que es un importante inhibidor de la serotonina (5-HT), exhibieron una variedad de anomalías psíquicas (ansiedad, irritabilidad, negativismo), pero no depresión. La PCFA administrada a "simios" en dosis altas tampoco produjo depresión. Por lo tanto, la disminución de "5-HT" en sí misma no produce depresión, pero quizá sí en combinación con otras alteraciones fisiológicas (Uriarte 1986).

En 1957-1958, Kuhn, encontró que la "imipramina" (un antidepresivo tricíclico o ADT), no ejerció efecto alguno en el tratamiento de pacientes melancólicos, pero sí con la "Terapia Electro Convulsiva" (TEC) de tipo Cerletti y Bini, con lo cual, se ponen en duda los efectos de las catecolaminas y la serotonina en la depresión (Bourgeois 1994).

Norepinefrina (NE) y Dopamina (DA)

El principal exponente de esta hipótesis es Schildkraut con sus trabajos realizados en 1965, 1966, y 1972 (citados en Arieti 1990). Observó una considerable disminución de los niveles de NE en la orina de algunos pacientes depresivos, pero no de todos. En 1965, detectó una correlación entre un ciclo

regular de excreción de NE con las fases maniacas y depresivas de "pacientes ciclotímicos". El aumento de la excreción de NE coincidía con el comienzo de una fase maniaca, mientras que la disminución de la excreción se relacionaba con la fase depresiva. También en éste caso la teoría postula que la disminución de NE (debida por ejemplo a la reserpina) produce depresión; la normalización de los niveles de NE en el cerebro (lograda mediante ADT o IMAO) alivia la depresión, y el exceso de NE causa estados maniacos.

Schilkraut cita numerosos estudios que apoyan esta hipótesis, pero menciona también gran cantidad de datos que ponen en tela de juicio la teoría de las catecolaminas, como por ejemplo los siguientes:

- 1) La excreción de las catecolaminas no disminuye en todos los pacientes depresivos, sino fundamentalmente en los individuos agitados o ansiosos;
- 2) La concentración de catecolaminas en el plasma tiene una correlación mucho más estrecha con la ansiedad que con la depresión.

Por consiguiente, la actividad muscular (en la manía, los estados de ansiedad o la agitación depresiva) puede ser el factor determinante de los niveles de excreción de NE, más que la depresión propiamente dicha. Otra dificultad reside en que la NE en la orina traduce las reacciones en todo el organismo, de modo que no puede ser reflejo fidedigno del metabolismo de las catecolaminas del cerebro.

Mendels en 1975, no observó mejorías notables en pacientes depresivos que recibieron altas dosis de L-dopa, el precursor inmediato de la DA. Se supone que esta dosis de L-dopa debió elevar los niveles de DA en el cerebro y quizá también los de NE. Sin embargo, a la fecha, tampoco la hipótesis de la DA ha sido corroborada (Calderón 1985).

Aunque los efectos de los ADTs y de los IMAOs, han sido muy beneficiosos en el tratamiento de la depresión, no se ha llegado todavía a correlacionar estos efectos clínicos en el contexto de una teoría bioquímica integral.

Estudios de Endocrinología

Algunos estudios han encontrado una correlación entre la excreción del "17-hidroxicorticoesteroide" y los desórdenes afectivos, Gibbons en 1967, encontró una correlación que sin embargo no fue hallada por otros investigadores como Kurland en 1964. En un otro estudio, Sachar y sus cols. en 1972, observaron que la producción de "cortisol" se veía considerablemente afectada por la excitación emocional, la ansiedad o la descompensación psicótica, pero no propiamente por la depresión. Los pacientes "depresivos apáticos"

no presentaban cambios en la actividad adrenocortical durante o después de los episodios depresivos. Sobre la base de esta investigación y de lo contradictorio de los datos extraídos de otros estudios, se podría conjeturar que los niveles de cortisol reflejan un estado general de desarreglo del individuo, no ligado con desórdenes afectivos (Arieti 1990).

El otro sistema endocrino vinculado con la depresión es el "eje hipófiso-tiroideo". Prange y cols. en 1969, observaron que la "1-triyodotironina" estimula el efecto de la "imipramina" en las mujeres depresivas. En un estudio posterior, Prange y Wilson en 1972 notaron que la "hormona liberadora de tirotrófina" es en sí misma un eficaz antidepresivo. Sin embargo, Prange asocia éste resultado terapéutico con un efecto del metabolismo de las catecolaminas que es independiente del funcionamiento tiroideo. De hecho, aunque Prange utilizó sustancias ligadas con la glándula tiroides en sus investigaciones clínicas, se inclina más bien por la denominada "hipótesis permisiva" de las aminas, que postula una deficiencia inicial de serotonina, en virtud de la cual el individuo está predispuesto a la depresión cuando los niveles de 5-HT están bajos, y a la manía cuando dichos niveles están altos (Jackson 1989).

Actualmente los estudios neuro-endocrinos exploran el "eje hipotálamo-hipófiso-surrenal" (HHS) y el "eje hipotálamo-hipofiso-tiroideo" (HHT). En la década de los 80's, las investigaciones giraban alrededor del test de la supresión de la dexamethasone (DST). Zimmerman y Spitzer en 1989, examinaron 19 estudios utilizando el DST y los subtipos del test Random Diagnostic Criteria(RDC) "endógeno-no endógeno". Seis estudios compartieron más del 50% de casos "no endógenos". Se encontró un resultado positivo del DST en el caso de las endógenas (53.6% endógenas contra 11.4% en el caso de las no endógenas). En los otros 13 estudios, no se encontraron diferencias significativas (37.4% endógenas contra 33.7% de las no endógenas). Por lo tanto, el DST, no constituye un criterio diagnóstico formal para la melancolía (Bourgeois 1994).

En consecuencia, el estudio del sistema endócrino y el DST, no parecen ser por el momento una área de investigación y diagnóstico promisorios para la depresión.

Transporte de Membrana y Balance Electrolítico

Esta línea de investigación se vio favorecida por el éxito de Cade en 1949, a partir de la utilización del litio (un metal alcalino) en el tratamiento de

los ataques agudos de manía. Bastrup y Schou lo utilizaron después como profiláctico de los “desórdenes maniaco-depresivos”, y en 1968 fue utilizado por Fieve en pacientes con depresiones recurrentes sin fases maníacas.

Algunos autores como Greesman y Messina 1970, creen que el litio altera la concentración iónica del sodio y del potasio (que también son metales alcalinos) en las membranas celulares de las neuronas, y retarda la transmisión celular, “calmando” así al paciente maniaco. Esta hipótesis es cuestionable puesto que el litio resulta efectivo también en algunas formas de depresión. Sugieren que la administración de litio altera el metabolismo de las catecolaminas (Arieti 1990).

4-1 Aplicaciones del Modelo Médico-Biológico.

Como se mencionaba al principio, el Modelo Médico-Biológico se ha enfocado a la investigación y principalmente al tratamiento de las depresiones psicótico-endógenas, en especial por sus espectaculares resultados en el alivio de los síntomas, utilizando medicamentos como los antidepresivos tricíclicos (ADT), los IMAO, o la Terapia Electroconvulsiva (TEC), utilizando a esta última solamente en aquellos casos en que no hay mejoría con los medicamentos (especialmente en la depresión más psicótica, actualmente denominada “melancolía”).

Desde 1970, se han sintetizado varios antidepresivos (AD), derivados principalmente de la “imipramina”, sin que ninguno de ellos muestre evidencia de ser mejor que dicho medicamento, aunque algunos sí tienen menos efectos colaterales. Se pueden clasificar en tres grandes grupos según sus efectos bioquímicos (tomado de Uriarte 1986):

- 1) Tricíclicos y tetracíclicos;
- 2) Inhibidores de la monoaminaoxidasa (IMAO);
- 3) Nuevos antidepresivos con diferentes estructuras y acciones;
- 4) Carbonato de litio en los estados maniacos, con resultados sumamente positivos.

Las depresiones endógenas-psicóticas han sido divididas clínicamente en agitadas (hipermotilidad) e inhibidas (lentitud psicomotora). Para las primeras los ADT recomendados son la “amitriptilina” y la “trimipramina”; para las segundas son la “desimipramina” y la “imipramina”.

Los IMAO tienen indicación en aquellas depresiones atípicas con síntomas fóbicos, obsesivo-compulsivos o en los casos donde los ADT hallan fallado. Sin embargo, hasta la fecha no se ha podido demostrar la eficacia de los tratamientos farmacológicos en las depresiones neuróticas-reactivas, ni en aquellas que presentan riesgo de suicidio, ya que se recomienda para las primeras "psicoterapia", y "terapia electroconvulsiva" (TEC) para las segundas.

Además la farmacoterapia del "Modelo Médico-Biológico", tiene especial contraindicación en aquellos depresivos con trastornos en la conducción cardíaca, glaucoma, hipertrofia prostática, hepatopatía o nefropatía, diabetes y otros trastornos metabólicos severos; en el proceso de embarazo, en epilepsia, en convalecencia, o con hipersensibilidad a los medicamentos. Tampoco se pueden combinar los ADT y los IMAO, ya que se corre riesgo de muerte (Uriarte 1986).

La terapia con psicofármacos es en lo general sintomática, por lo que se ha demostrado que aunque un paciente sea dado de alta después de la administración, por ejemplo de los ADT, su medio ambiente puede continuar siendo hostil, sus relaciones interpersonales disfuncionales, sus cogniciones sobre sí mismo, el mundo y el futuro negativos, y su vida puede seguir girando alrededor de las experiencias de pérdida, y una vida sin sentido.

Por otra parte, resultan espectaculares en muchos pacientes deprimidos, los efectos de la medicación antidepresiva, no sólo en las depresiones endógenas, sino también en las exógenas, ya que facilitan enormemente el proceso terapéutico y la disminución de la dolorosa sensación que esta enfermedad produce en el ser humano. Por lo tanto consideramos que la terapia psicofarmacológica se complementa con las terapias "psicológicas", por lo que resulta fundamental no sólo el alivio de los síntomas, sino llegar a una propuesta terapéutica integradora, que nos garantice un alivio permanente y profundo, y en especial no sólo la experiencia de salud mental, sino del "bienestar existencial", una "vida con sentido".

Finalmente, debemos mencionar que durante los últimos 25 años se han desarrollado espectacularmente las técnicas quirúrgicas utilizadas en el tratamiento de la depresión. La "psicocirugía" se encuentra orientada a producir lesiones pequeñas, utilizando para ello la cirugía estereotáxica, con el propósito de evitar los efectos indeseables de las técnicas convencionales (p.ej. lobotomía). En 1965 Knight (Gómez 1986), describió la tractotomía subcaudada en la cual se tiene como objetivo la sustancia blanca localizada abajo y adelante de la cabeza del núcleo caudado. Esta técnica ha sido empleada

en enfermos deprimidos (no específica que tipo de depresión) en los que se observan un 60% de curaciones.

Otro desarrollo de la psicocirugía estereotáxica fue la operación descrita por Kelly, Richardson y Heggs en 1973 (Gómez 1986). Su operación fue llamada "leucotomía límbica", en la cual las lesiones son producidas con criocirugía o lectrocuagulación. En esta operación hay dos sitios de lesión: una localizada en el área subcaudada, o sea en el mismo sitio de la tractotomía de Knught, y otra en la circunvolución del cíngulo, obteniéndose los mejores resultados en el tratamiento de las depresiones de tipo obsesivo.

Muchos casos de pacientes deprimidos que no responden en base a tratamientos psicoterapéuticos, farmacológicos e incluso electroconvulsivos, han encontrado beneficio a través de la psicocirugía, pero ante la posibilidad de un alto riesgo se sugiere ser llevada a cabo solamente en condiciones extremas, ya que se debe dar prioridad a la dignidad humana.

Finalmente se presenta un resumen relacionado con las principales descripciones de la depresión realizadas por los autores del Modelo Médico-Biológico.

Estudios Genéticos. Perris, Odegard y Kallman no han encontrado evidencia de algún factor hereditario en la depresión, salvo en el trastorno bipolar (maniaco-depresivo). En relación a la depresión unipolar neurótica se ha encontrado una probabilidad de transmisión de padres a hijos del 3 o 4%, y menos del 15% en la depresión unipolar psicótica.

Niveles de Serotonina. Coppen, Kuhn, y Bourgeois, mencionan la existencia de la hipótesis de que la disminución de la serotonina, o de su precursor el triptófano, se correlacionan con la aparición de la depresión clínica. También se han encontrado concentraciones muy bajas de ácido 5-HIA (derivado de la serotonina) en el tejido de pacientes deprimidos que cometieron suicidio.

Norepinefrina y Dopamina. Schildkraut y Mendels respaldan la hipótesis de la correlación entre la depresión y la disminución de los niveles de dopamina (precursor de la norepinefrina) en la orina y el líquido cefaloraquídeo de sus pacientes. A su vez, se ha encontrado una correlación entre la elevación de los niveles de dopamina y los estados maniacos.

Estudios de Endocrinología. Gibbons encontró una alta correlación entre la depresión y la excreción del 17-hidroxycorticoesteroide, sin embargo dicha correlación no ha sido corroborada. Prange observó una correlación entre la excreción de la tirotrófina y la 1-triyodotironina, y la disminución de la

depresión. Sin embargo dichas relaciones no han sido corroboradas.

Transporte de Membrana. El litio aumenta las concentraciones iónicas de sodio y potasio calmando a los pacientes maniacos.

Capítulo 3

Conclusiones

1 Aplicaciones Terapéuticas de los Cuatro Modelos en las Depresiones Neurótica y Psicótica (unipolar).

Los enfoques terapéuticos surgidos a partir de los cuatro modelos, pueden ser subdivididos en dos vertientes:

1) Modelos Psicológicos psicoterapéuticos, integrados por las terapias provenientes de los modelos Psicodinámico, Interpersonal-Existencial, y Cognitivo-Conductual, cuyas intervenciones se han avocado principalmente a la “depresión reactiva” (también denominada psicológica, exógena, menor o neurótica).

2) El “Médico-Biológico Psiquiátrico”, que por su parte, se ha dedicado especialmente al estudio y tratamiento de las depresiones endógenas-psicóticas, a partir de excelentes resultados en el tratamiento con ADT, IMAO, TEC, y psicocirugía; así como en los trastornos maníacos y bipolares utilizando bromuro de litio.

Existen muy pocas investigaciones que analizan las aplicaciones y efectividad de los modelos psicoterapéuticos en el tratamiento de la depresión. Podemos encontrar autores como: Brucue y Barbara Dohrenwend (citados en Mahoney 1985), el mismo Mahoney (1985), Arieti (1990), Karasu (1990),

Feixas (1993) y, Safran y Segal (1994), quienes señalan el hecho de que las terapias provenientes de estos modelos, se han avocado principalmente al tratamiento de las depresiones "reactivas-no endógenas" (neuróticas), con relativamente buenos resultados, pero encontramos algunas posiciones diferentes.

Strupp en 1976 (citado por Mahoney 1985), sugiere inicialmente que para que el paciente sea capaz de beneficiarse frente a cualquier tratamiento "psicológico", éste debe haber tenido suficientes experiencias de refuerzo con sus propios padres, y haber desarrollado la capacidad para beneficiarse y cambiar a partir de una relación humana. De lo contrario resulta sumamente difícil que el paciente pueda progresar, e incluso sugiere que aquellos pacientes que no se pueden beneficiar de una relación terapéutica, la única opción viable queda constituida por el tratamiento farmacológico.

Mahoney (1985), toma una postura bastante más optimista, ya que considera que la mayoría de los pacientes deprimidos que se presentan con el psicólogo, buscan un alivio pronto de sus síntomas, y considera que el simple hecho de que el terapeuta le ponga "atención" resulta para ellos terapéutico. Considera que el terapeuta se debe avocar inicialmente a la disminución de los síntomas depresivos, a través de tareas y estrategias específicas, por medio de las cuales el paciente pueda disminuir y confrontar los síntomas. Considera además primordial restaurar la "moral" del paciente, el "sí-mismo", y que el resultado final de la psicoterapia dependerá de la habilidad del terapeuta para restaurar la moral del paciente e "infundirle esperanza". Mahoney comparó además a pacientes deprimidos que fueron tratados con tres modelos psicoterapéuticos, y los comparó con "controles" que durante el mismo período no recibieron psicoterapia, encontrando una notable mejoría en la disminución de los síntomas de los primeros (70%), y casi ninguno en los segundos (15%). Considera fundamental para el pronóstico la mejora inicial del paciente, ya que generalmente se mantiene durante el tiempo, y enfatiza en que los principales determinantes del "éxito terapéutico", más que la orientación teórica del terapeuta, son las "cualidades personales" tanto del paciente como del terapeuta, y especialmente, la "interacción" (vínculo) entre ambos. Considera que el "buen paciente" se caracteriza por poseer el malestar suficiente para estar motivado para permanecer en el tratamiento y por su capacidad para beneficiarse de una relación de ayuda.

Se considera además que los pacientes con un buen "pronóstico" psicoterapéutico, se caracterizan por una buena "fuerza del yo", su capacidad

de confrontar situaciones vitales, y cuentan con suficientes recursos personales.

En el mismo sentido, Harrower en 1965 (citado en Mahoney 1985), realizó una investigación en 622 pacientes (no solamente depresivos), en relación a las cualidades personales favorables de los pacientes para la psicoterapia. Encontró que los mejores indicadores para una respuesta positiva al tratamiento psicoterapéutico se encuentran: la capacidad para el calor emocional y la amistad, un control intelectual adecuado combinado con la libertad y la espontaneidad, recursos internos y una empatía intuitiva para con los otros.

Respecto a las cualidades que los terapeutas deben de tener para tratar la depresión, se encuentran la necesidad de que provea un vínculo de empatía, y un ambiente cálido y auténtico (Dallal 1986).

Bruce y Barbara Dohrenwend en 1984 (citados en Mahoney 1985), consideran que las psicoterapias se deben avocar exclusivamente al tratamiento de las depresiones neuróticas, debido a que han encontrado pobres resultados en el tratamiento de las depresiones endógenas, pero efectos positivos en las intervenciones de las depresiones neuróticas. Mencionan además, que el inicio y el pronóstico del tratamiento deben de girar alrededor de las siguientes actitudes de los pacientes: la ansiedad, la desesperanza y la baja autoestima del paciente. Consideran que más que la perspectiva teórica de la psicoterapia resulta fundamental la manera en que el terapeuta modifique estas actitudes de desmoralización del paciente deprimido.

Thompson, Gallagher y Breckenridge (1987), evaluaron los efectos de las terapias Cognitiva, Conductual y Psicoanalítica breve en el tratamiento de la depresión unipolar neurótica. En sus resultados observamos que no encontraron diferencias significativas en la disminución de los síntomas en una muestra de 91 pacientes, tratados de 16 a 20 sesiones. Sin embargo encontraron una ligera superioridad en el tratamiento conductual, seguidos por el psicoanalítico-breve, y finalmente el cognitivo. Se encontró una disminución del 80% de los síntomas en los pacientes sometidos a la terapia conductual, 70% en la psicoanalítica breve y 62% en la cognitiva. Encontraron que independientemente de la orientación del tratamiento, el 75% de los 91 pacientes mostraron un alivio significativo de los síntomas.

Sin embargo, Kiloh et.al., en 1988 y Lee et.al en 1988, (citados en Paykel 1994), encontraron resultados opuestos a los recién expuestos. Observaron en general una pobre efectividad de las intervenciones cognitiva-conductual y psicoanalítica breve. Realizaron dos estudios con seguimientos a largo

plazo (16 años) en pacientes deprimidos unipolares, admitidos en hospitales universitarios en varias ciudades de los E.U.A., durante la década de los 60's. A su vez, consideramos importante el hecho de que no se encuentra esclarecido si se investigaron pacientes con depresión neurótica o endógena, por lo que la validez de éste estudio resulta cuestionable. Ambos estudios presentan una alta proporción de pacientes resistentes al tratamiento. De acuerdo a estos investigadores, después de 16 años que el 56% (en el primer estudio) y 62% (en el segundo) de pacientes habían sido al menos una vez readmitidos. Encontraron además que un 25% y 11% de pacientes (respectivamente) exhibieron pobres resultados en el tratamiento psicoterapéutico, manifestando incluso desórdenes crónicos posteriores y escaso funcionamiento físico y social. De estos hechos, tanto Kiloh, como Lee, concluyen que el tratamiento psicológico no es el indicado para el tratamiento de la depresión.

Keller (1994) también encontró resultados pobres de los tratamientos psicológicos en una muestra de 141 pacientes depresivos (neuróticos-unipolares) que fueron tratados con terapia Cognitivo-Conductual. Encontró en un seguimiento a un año después del tratamiento, que más de la mitad de los pacientes (53%) no presentaban un alivio significativo de los síntomas, y un 22% que si bien inicialmente presentaron una mejora, posteriormente sufrieron una recaída considerable.

En otro estudio, el mismo Keller y cols. en 1994 (citados en Paykel 1994), en una investigación para el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH), encontraron que al menos 21%, de pacientes deprimidos (unipolar-reactivos), continuaban padeciendo los mismos síntomas, aún después de haber recibido un tratamiento cognitivo-conductual durante un periodo de 2 años.

Paykel (1994), menciona que más de la mitad de los pacientes deprimidos tanto reactivos como endógenos, presentan escasas recuperaciones e incluso severas recaídas, al ser tratados únicamente con psicoterapia cognitivo-conductual y psicoanalítica breve. Sugiere por ello utilizar un tratamiento farmacológico en ambos tipos de depresión, combinando psicoterapia en las reactivas. Concluye además que existe un importante componente biológico aún para las denominadas depresiones exógenas, de ello la necesidad del tratamiento médico.

Karasu (1990) menciona que si bien la psicoterapia ha demostrado una aceptable efectividad en el tratamiento de las depresiones neurótico-reactivas, en el caso de las endógeno-psicóticas, de alto riesgo suicida y las de tipo bipolar, ha demostrado resultados alarmantemente pobres.

Peselow y cols., en 1992 (citado en Bourgeois 1994) compararon a 76 deprimidos melancólicos (psicóticos) y 76 deprimidos sin melancolía (neuróticos), identificados de acuerdo a los criterios del DSM-III. El 54% de los "melancólicos" (41) presentaron una considerable mejoría de los síntomas al recibir amitriptilina (que según Uriarte 1986, se utiliza en las depresiones agitadas), mientras que el 61% de los "no melancólicos" (46), presentaron una mejoría. Estos resultados podrían llevarnos a concluir dos resultados paradójicos: El primero es que la depresión melancólica al ser endógena debería de presentar mejores resultados con el tratamiento médico, y sin embargo no es así; En segundo lugar, que las depresiones reactivas muestran quizá una mejor respuesta a los tratamientos médicos de lo que se ha supuesto comunmente, mostrando efectividad similar a los efectos psicoterapéuticos en las depresiones neuróticas a los reportados por Thompson, Gallagher y Breckenridge en 1987. Sin embargo, se presenta una tercera paradoja: en lo que concierne al "placebo" 23% de los "melancólicos" (10 de 44), mostraron respuestas de alivio de los síntomas contra 43% de los "no melancólicos" (15 de 35), que manifestaron una respuesta total o parcial. Es decir, buena parte de los pacientes neuróticos presentan un alivio con el placebo y no necesariamente con amitriptilina, lo que demuestra que no siempre existe un componente biológico en las depresiones. Por su parte, Peselow y cols., consideran que contradictoriamente a las hipótesis que mencionan que las "depresiones melancólicas-endógenas" responden mejor a un tratamiento antidepressivo que las "reactivas-no melancólicas", aquí se encontró que no existen diferencias terapéuticas significativas respectivamente.

Taylor y Mc Lean (1993) mencionan la existencia de varias investigaciones que demuestran que la terapia cognitivo-conductual ha demostrado una superioridad general en el tratamiento de la depresión reactiva, y que se encuentra asociada con muchas menos recaídas sintomáticas en comparación con los tratamientos farmacológicos. Esto, según ambos autores, podría deberse a que la terapia cognitiva-conductual, proporciona a los pacientes formas específicas para la resolución de sus problemas, la adaptación social y el manejo de su humor depresivo. Sin embargo, señalan que la depresión mayor, endógena o psicótica responde mejor con los tratamientos farmacológicos. En su investigación propia, Taylor y Mc Lean compararon los efectos terapéuticos de cuatro intervenciones para la depresión reactiva en 155 pacientes entre 20 y 60 años de edad. Las intervenciones analizadas fueron: terapia psicoanalítica, terapia cognitivo-conductual, psicofármacos

(amtriptilina) y relajación muscular como placebo. Encontraron una mayor eficacia del tratamiento cognitivo-conductual (80%) respecto a las otras intervenciones, pero encontrando buenos resultados también en los farmacológicos (70%) y psicoanalíticos (60%). Para el placebo encontraron resultados muy inferiores (menos del 20%).

Robinson y cols. (1990), consideran que la terapia cognitiva-conductual ha demostrado mayor efectividad en el tratamiento de la depresión neurótica (80%), respecto a la intervención farmacológica (75%), y una superioridad notable respecto a la psicoanalítica (50%). Robinson y cols., sugieren además una combinación entre el tratamiento cognitivo-conductual y psicofármacos, ya que se ha demostrado una mayor efectividad de los tratamientos combinados (efectividad cercana al 90% de según los autores).

Safran y Segal (1994), mencionan que actualmente existen al menos 10 estudios muy bien diseñados y controlados, que demuestran que la psicoterapia cognitiva-conductual, es tanto o más eficaz que la medicación antidepresiva. Sin embargo destacan que la terapia cognitiva no es eficaz en todos los pacientes depresivos, sino solamente en aquellos que presentan depresión unipolar reactiva, ya que en el caso de la depresión endógena o del trastorno bipolar, no es superior a un placebo.

Rush y Weissenburger (1994) consideran que las depresiones endógenas responden mejor ante los tratamientos médicos. Sin embargo, consideran algunos casos de depresiones reactivas que han empeorado sus síntomas con psicofármacos y TEC. por lo que recomiendan para éste tipo de depresión la psicoterapia casi exclusivamente, y en todo caso, un manejo adecuado y muy preciso de los fármacos, situación que de acuerdo a los autores, generalmente no sucede.

Arieti considera útil también el utilizar una intervención mixta, mencionando al respecto:

“1) La psicoterapia está indicada para todos los casos de depresión ...

2) La intensidad de la depresión no debe ser óbice para que el terapeuta trate de llevar a cabo la psicoterapia.

3) La terapia medicamentosa simultánea o previa no hace al paciente menos accesible a la psicoterapia, salvo cuando los antidepresivos, sea solos o en combinación con los neurolépticos, son administrados en dosis masivas.

4) La terapia medicamentosa puede tener efectos mucho más rápidos que la psicoterapia en cuanto concierne a la mejoría de los síntomas, pero no modifica las estructuras básicas de la personalidad que originen la vulnerabilidad del paciente

a la depresión.

5) *Tampoco la terapia electroconvulsiva previa dificulta la psicoterapia, pero esta debe limitarse a una función de apoyo, ya que puede producir temporalmente falta de memoria, confusión y ligeras alteraciones orgánicas. También puede producir una rápida desaparición temporal de los síntomas, por lo que el paciente puede decidir abandonar la psicoterapia, y tener después una seria recaída.*

6) *La psicoterapia es especialmente recomendable para los pacientes que se hallan internados.*

7) *La psicoterapia se hace imprescindible cuando la terapia medicamentosa y el electroshock fracasaron, cuando el síndrome continúa recurriendo a pesar de estos tratamientos, o cuando el paciente se opone a que se haga un nuevo intento con terapias físicas.*

8) *También deben recibir psicoterapia los pacientes cuyos ataques agudos terminaron espontáneamente. En estos casos lo que se busca es hacer menos probable la repetición de los ataques" (citado en Arieti 1990 p227).*

Encontramos que la mayoría de las investigaciones relacionadas con la eficacia de los Modelos de intervención en la depresión, están teñidas por el marco de orientación de los investigadores, en especial si provienen de una formación Médica o Psicológica y realmente no está claramente investigado cual podría ser el tratamiento más efectivo para cada tipo de depresión, pero como se ha presentado anteriormente, las investigaciones corroboran las subdivisiones y tratamientos en:

Psicológicos: Útiles especialmente en el tratamiento de la depresión unipolar reactiva o neurótica, pero con débiles resultados en el tratamiento de la depresión endógena (Mahoney 1985; Thompson, Gallager, y Breckenridge 1987; Kiloh et.al. 1988; Lee et.al. 1988; Karasu 1990; Robinson 1990; Paykel 1994; Safran y Segal 1994).

Médico-Biológicos: Útiles especialmente en el tratamiento de la depresión unipolar reactiva, unipolar endógena, y en el trastorno bipolar. Sin embargo algunas investigaciones mencionana pobres resultados en el tratamiento de la depresión neurótica, otros en cambio, mencionan la utilidad de un tratamiento mixto (Kiloh et.al. 1988; Lee et.al. 1988; Karasu 1990; Taylor y Mc Lean 1993; Bruce y Barbara Dohrenwend 1994; Keller 1994; Paykel 1994 .

Encontramos que cada investigador ha considerado a la etiología de la depresión de forma distinta, de acuerdo al momento histórico en que la ha estudiado; desde una alteración de los humores (Hipócrates), influencias demoniacas (Santo Tomás), un conflicto intrapsíquico (Modelo Psicodinámico),

malas adaptaciones sociales (Modelo Interpersonal), una falla cognitiva (Modelo Cognitivo), o una alteración bioquímica (Modelo Médico-Biológico). Pero desde el Siglo V A.C. hasta la actualidad, se le sigue considerando como una enfermedad mental, psicológica, existencial o incluso espiritual, caracterizada por un estado emocional triste y decaído, una profunda vivencia de dolor e incapacidad para modificar el entorno y una ineptitud para realizar las actividades más comunes.

Se ha optado por subdividir a la depresión en dos principales modalidades: depresiones neuróticas-reactivas y depresiones psicóticas- endógenas. Los síntomas principales son melancolía, insomnio, anorexia, ansiedad, alteraciones cognitivas e ideas de muerte.

Lo que sí se ha modificado a lo largo del tiempo han sido las propuestas terapéuticas, en especial en décadas recientes, en las que se ha impulsado las investigaciones clínicas científicas. Así encontramos autores en el Siglo XIX que proponían un tratamiento de descanso para los pacientes deprimidos (Meyer, Kraepelin), los que proponen una intervención en los conflictos intrapsíquicos (S. Freud, Abraham, Ferenczi), en el medio interpersonal-existencial del paciente (Sullivan, Fromm, Cohen), la modificación de las distorsiones cognitivas (Beck, Seligman) o la administración de psicofármacos que permitan la adecuada captación o producción de las aminas biógenas cerebrales (Schildkraut, Coppen).

Existen realmente pocas investigaciones en torno a la "efectividad" de las aplicaciones terapéuticas (tanto Psicológicas como Médicas), dentro de las cuales algunas destacan a las médicas por ser más efectivas que las psicológicas (Keller 1994, Kiloh 1988, Lee 1988 y Paykel1994). Sin embargo, algunas otras mencionan la superioridad de los tratamientos psicológicos sobre los médicos, en especial en el caso de la de depresión neurótica (Mc Lean 1993, Robinson 1990, Taylor y Mc Lean 1993, Safran y Segal1994). Existen también otras investigaciones que no encuentran diferencias significativas en la efectividad entre las terapias médicas y psicológicas, en especial en el tratamiento de las depresiones neuróticas, e incluso en las depresiones psicóticas resaltan la importancia de un tratamiento psicológico, para obtener resultados más eficaces (Arieti 1990, Karasu 1990, Peselow 1992, Robinson 1993).

En cuanto a la efectividad de las intervenciones terapéuticas propuestas por los tres modelos psicológicos aquí analizados (Interpersonal, Cognitivo-Conductual y Psicodinámico), nos encontramos que las conclusiones y los resultados a los que han llegado investigaciones como las de Mahoney (1985),

Thompson et.al (1987), Karasu (1990), Robinson et.al. (1990), Feixas y Miro (1993), Taylor y Mc Lean (1993), Safran y Segal (1994); son tan diversos, como las mediciones utilizadas, la cantidad de investigadores que han realizado las evaluaciones, y en especial, la orientación teórica de los mismos (Bruce y Bárbara Dohrenwend 1984, Thompson et.al. 1987, Mahoney 1985, Karasu 1990, Feixas y Miro 1993). Lo mismo sucede en las investigaciones que comparan las intervenciones médica -vs- psicológica (Kiloh et.al. 1988, Lee et.al. 1988, Robinson et.al. 1990, Taylor y Mc Lean 1993, Keller 1994 y Keller 1994, Paykel 1994).

Las investigaciones encuentran diferencias no muy grandes en la efectividad de las intervenciones de cada modelo, pero en general tienden a señalar una mayor efectividad del modelo Cognitivo-Conductual, debido a su proceso de "focalización" en la identificación e intervención de los síntomas depresivos, y la asignación de tareas concretas que ayudan al paciente deprimido a superar más rápidamente su enfermedad, y el entrenamiento en habilidades sociales (Thompson, Gallager y Breckenridge 1987, Robinson et.al. 1990, Taylor y Mc Lean 1993, Safran y Segal 1994).

A continuación exponemos cuatro cuadros en donde se exponen de manera esquemática algunas de las principales definiciones en torno a la definición y etiología, síntomas, método terapéutico, y efectividad de las intervenciones de cada uno de los cuatro modelos analizados en éste trabajo:

Cuadro Comparativo de los Cuatro Modelos Teóricos y de Intervención.

Definición y Etiología.

Psicoanálisis.

La depresión representa una regresión a la fase oral de la libido, donde las necesidades de atención y amor del niño fueron ignoradas por el objeto (madre), produciendo una intensa fijación, y los consecuentes sentimientos de abandono y tristeza. El yo se encuentra totalmente identificado con el objeto (madre), y al encontrarse ausente, en consecuencia el yo del niño queda disociado y deprimido.

Interpersonal-Existencial.

La depresión es la consecuencia de la exposición del niño a figuras de autoridad disfuncionales, la privación del afecto y a vivencias sociales y culturales dañinas. En consecuencia el futuro adulto encontrará serias dificultades para confrontar situaciones interpersonales y existenciales como el amor, la creatividad, la muerte, el aislamiento, la libertad y el significado de la vida.

Cognitivo-Conductual.

La depresión es consecuencia del aprendizaje social, del reforzamiento negativo y del castigo, los cuales conducen al fenómeno cognitivo de desesperanza aprendida, que se generaliza hacia los procesos psicicos del individuo (sensación, percepción, memoria, cognición, abstracción, pensamiento lógico, etc.), y produce una falla en el control de las recompensas ambientales, malas decisiones y relaciones interpersonales disfuncionales.

Médico-Biológico.

Existen depresiones de diversas características y profundidad, ya sea neurótica-exógena y psicótica-endógena. El modelo Médico Biológico se ha avocado principalmente al trabajo con las segundas. Las depresiones endógenas se subdividen en hipomotrices (por disminución del 5HT) o en agitadas (por disminución de NE o L-Dopa). Pueden ser originadas también en base a la disminución de potasio en las membranas neuronales, o en las mujeres a fallas en la producción o captación de la hormona 1-triyodotironina. No se ha demostrado la influencia de factores genéticos

Síntomas Identificados.

Psicoanálisis.	Interpersonal-Existencial.	Cognitivo-Conductual.	Médico-Biológico.
<p>Conducta melancólica, negación y represión libidinal, afectiva y cognitiva, narcisismo y ambivalencia afectiva. Reacciones exageradas ante situaciones de amenazas o de pérdidas reales y dificultades en el proceso de separación-individuación.</p>	<p>Manifestaciones comportamentales dirigidas a complacer a las figuras significativas para asegurar los suministros vitales, y una fuerte tendencia a manipular al medio interpersonal. Reacciones exageradas frente al dolor, aislamiento y relaciones poco profundas, caracterizadas por una profunda ambivalencia afectiva. Una carencia de compromiso para confrontar las situaciones existenciales, miedo a la muerte pero también a la vida y a la libertad.</p>	<p>Desesperanza aprendida, autopercepción negativa, y una percepción negativa respecto del medio interpersonal y del futuro mismo. Un esquema yoico negativo que exagera las experiencias negativas y rechaza las positivas. Se presenta la tríada de expectativas negativas respecto del sí mismo, de los demás y del futuro.</p>	<p>Estado de ánimo deprimido, anhedonia, pérdida o aumento de peso significativo, hipersomnia o insomnio (despertar temprano en las endógenas, e incapacidad para dormirse o "insomnio tardío" en las neuróticas y en las agitadas), entrecimiento psicomotor, fallas cognitivas, ideas de muerte, fatiga, y sentimientos de inutilidad y de culpa.</p>

Método Terapéutico.

Psicoanálisis.	Interpersonal-Existencial.	Cognitivo-Conductual.	Médico-Biológico.
<p>1) Se identifica y clarifica la negación de la libido, los afectos, la hostilidad, la ambivalencia afectiva y la culpa.</p> <p>2) Se ataca a las resistencias negadoras en la depresión, se confrontan las situaciones de dependencia y se busca una reedición de las tempranas experiencias de fijación.</p> <p>3) A través de la abreacción, elaboración, insight e interpretación se facilita la búsqueda de nuevas alternativas de comportamiento. Es una intervención a nivel secundario y terciario de tipo re-constructiva y directiva, aplicada casi exclusivamente a las depresiones neuróticas.</p>	<p>1) Se exploran las situaciones interpersonales que originan y mantienen la depresión en cada persona. Se establece un fuerte vínculo terapéutico y se focalizan los síntomas depresivos proponiendo alternativas de solución. Se brinda además información relacionada con la depresión.</p> <p>2) Se fortalece la alianza terapéutica para poder confrontar las características interpersonales y la coacción de los síntomas depresivos en el aquí y el ahora. A través de la desensibilización, la elaboración, y la interpretación se facilita una mejor relación interpersonal del paciente, y se busca romper la dependencia con el "otro significativo", así como la ambivalencia afectiva.</p>	<p>1) Se identifican las contingencias que dieron origen a la depresión a partir de la comprensión del esquema: activador ambiental-persona-consecuencias o síntomas.</p> <p>2) Se brinda información sobre el tema.</p> <p>3) Se realiza un autoexamen destinado a descubrir los conceptos erróneos sobre el sí mismo, el ambiente y el futuro.</p> <p>4) Se desensibilizan, explican, interpretan y se confrontan las experiencias falsas.</p> <p>5) Se plantean alternativas de cognición y comportamiento, a través del modelado con el terapeuta, la dramatización y la autodemostración.</p> <p>6) El terapeuta realiza el modelado de conductas y verifica que el paciente las lleve a cabo a través de registros.</p>	<p>Existen varias alternativas de intervención terapéutica, entre ellas se encuentran:</p> <p>intervención farmacológica (antidepresivos tri o tetracíclicos [ADT]), o de electroshock principalmente. En el caso de las depresiones agitadas se utiliza amitriptilina o trimipramina; en las inhibidas se utiliza desimipramina o imipramina. En las depresiones fóbicas, obsesivas o cuando a fallado la medicación antidepresiva, se utilizan los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO).</p> <p>Cuando han fallado los ADT y los IMAO se utiliza el electroshock (TEC), o cuando existe alto riesgo suicida. Cuando todo ha fallado se utiliza la psicocirugía.</p>

3) A través de la reflexión y el discernimiento se busca que el paciente pueda manejar diversas situaciones existenciales y encontrar un significado vital.

Esta intervención es informativa y reeducativa principalmente a niveles primario, secundario y terciario, aplicada tanto a depresiones neuróticas como endógenas.

Esta es una intervención directiva-intrusiva (agente químico) a nivel terciario, aplicada principalmente a las depresiones endógenas.

Esta intervención es directiva o semi-directiva, reeducativa y reconstructiva a niveles primario y secundario, principalmente aplicada a las depresiones neuróticas.

Efectividad de las Aplicaciones

Psicoanálisis.	Interpersonal-Ex-istencial.	Cognitivo-Conductual.	Médico-Biológico.
<p>No existen suficientes investigaciones que demuestren su efectividad, quizá al ser un tratamiento no diseñado para el tratamiento de la depresión, sino de la neurosis en general. Taylor y Mc Lean (1993), mencionan una efectividad del 60%, Thompson et.al (1987) del 70%, Robinson et.al del 50%, mientras que Feixas (1993) menciona que no existen entre los diferentes modelos.</p>	<p>No se encontró la existencia de ninguna investigación proveniente del modelo interpersonal, interpersonal-existencial, terapia gestalt, humanista o logoterapia, que realice un análisis estadístico sobre la efectividad y la intervención de éste modelo. Karasu (1990), Feixas (1993), y Safran y Segal (1994), mencionan solamente que no existe diferencia entre éste modelo y los otros en análisis.</p>	<p>Safran y Segal(1994) mencionan al menos 10 investigaciones que demuestran una superioridad de éste modelo (sobre los otros tres) en el tratamiento de la depresión unipolar neurótica. Thompson et.al (1987), Robinson et.al. (1990), Taylor y Mc Lean (1993) mencionan una efectividad del 80% de éste tratamiento (1990). Sin embargo, en el tratamiento de la depresión endógena, su efecto es igual al de un placebo (Safran y Segal 1994).</p>	<p>Keller (1994) y Paykel (1994) han encontrado una efectividad del 80% en el tratamiento de las depresiones endógenas; en el caso de las depresiones exógenas Peselew y cols. (1992) la encuentran similar a un placebo.</p>

Finalmente, debemos de mencionar que Egan en 1986, propuso un Modelo Terapéutico integral, el cual puede ser utilizado en el tratamiento de pacientes deprimidos:

“Fase I. Identificación y clarificación de las situaciones problemáticas y de las oportunidades no utilizadas. No directiva. De ser necesario se administra un psicofármaco.

I-A: ayudar a los pacientes a contar su historia.

I-B: centramiento -búsqueda de nivelación.

I-C: puntos ciegos y nuevas perspectivas.

Fase II. Establecimiento de metas, desarrollo y elección de escenarios preferidos.

II-A: construcción de un nuevo escenario.

II-B: evaluación de las metas de un nuevo escenario.

II-C: elección y compromiso.

Fase III. Directiva. Acción y avance hacia el escenario preferido. Finalización del tratamiento psicofarmacológico.

III-A: descubrir estrategias de acción.

III-B: elección de estrategias y desarrollo de un plan de acción.

III-C: implantación de planes y logro de metas.” (Feixas 1993 p32).

2 Comentario Final

Queda quizá la reflexión en torno al origen de la depresión como un fenómeno intrínseco de la naturaleza humana, o como una alteración en el proceso de la misma, lo que nos llevaría entonces de todas formas a la conclusión de que la depresión es parte de la naturaleza humana, es decir, una alteración del proceso fenomenológico. Quien se atreva a decir lo contrario, omite el hecho de que la depresión es una enfermedad que ha acompañado al hombre desde sus orígenes mismos, y quien diga que no, que revise los textos de hace más de veinticinco siglos desarrollados por Hipócrates.

Quizá la depresión como un fenómeno de la naturaleza humana, sea una manifestación de la ruptura del hombre con sus necesidades básicas, las cuales pueden ir desde pulsiones, afectos, cogniciones. Quizá se origine por la ruptura del hombre con su necesidad de un significado existencial, de un profundo miedo a la libertad, la vida o la muerte. Quizá su etiología se base en la ruptura de la necesidad del hombre de relacionarse con el hombre mismo y con la naturaleza, y de confirmarse e incluso trascender esa relación. Quizá esta ruptura con la naturaleza provoque una disminución en los niveles de serotonina o norepinefrina en el SNC; esto nos llevaría también a la pregunta forzosa si una disminución en los niveles de estos neurotransmisores, lleva al hombre a un fracaso en la búsqueda de su propia naturaleza, médicos, biólogos y neurólogos, responderían positivamente.

¿Qué nos queda entonces a nosotros por conocer, si consideramos a la depresión como parte intrínseca de la naturaleza humana? Creo que nos queda mucho camino aún por recorrer. Necesitamos intensificar las investigaciones epistemológicas en torno a la teoría y terapia de la depresión. Resulta quizá alarmante encontrarnos ante el hecho de que no existe realmente un teórico que nos ayude a estudiar, comprender e intervenir en los trastornos melancólicos. Quizá más alarmante aún resulte que a veinticinco siglos de estudiar a la depresión, no exista realmente un tratamiento lo suficientemente rápido, eficaz y duradero para la misma. Más delicado resulta aún el hecho de que no existen sino escasas investigaciones epistemológicas que nos ayuden a certificar la confiabilidad y validez de cada modelo teórico e intervención, y que incluso charlatanes de la salud mental traten a pacientes deprimidos, debido a que no existe ningún control sobre las intervenciones terapéuticas, y menos aún sobre los psicoterapeutas.

Resulta triste también el hecho de que la mayoría de los terapeutas con una determinada perspectiva teórica, no se cuestionan en torno a la validez de sus constructos teóricos e intervenciones terapéuticas, como sucede por ejemplo con los integrantes de los modelos psicoanalítico e interpersonal. Quizá por ello se ha tachado a estos modelos como las "ideologías y utopías de la salud mental". Sin embargo, no podemos caer tampoco en la contradicción de considerar a las terapias, los terapeutas e incluso a los pacientes como "objetos" accesibles al control, la estandarización y el control, porque entonces estaríamos negando parte de la naturaleza humana (y de la depresión como un fenómeno naturalmente humano) en relación a su necesidad de individuarse y a diferenciarse de los demás, para reconocerse con el sí mismo individual. No debemos de olvidar tampoco que el hombre posee la necesidad de manifestarse como un ser vivo e individual, y que no podemos generalizar de individuo a individuo, de familia a familia, de grupo a grupo o

de comunidad a comunidad, pero tampoco debemos de olvidarnos que a la fecha el ser humano, y el fenómeno mismo de la depresión, rebasan a las explicaciones teóricas, sean científicas, psicológicas o incluso religiosas.

Al no poder generalizar, debemos de tomar en cuenta en especial, que debemos encontrar un modelo teórico y terapéutico útil en nuestras comunidades subdesarrolladas como las mencionadas en la introducción de éste trabajo: las comunidades subdesarrolladas, que a la fecha han sido objeto del olvido de los grandes pensadores y enfoque teóricos desarrollados hasta nuestra era, pero que demandan cada vez de una forma más creciente y más comprometida, una atención a la satisfacción de sus necesidades no sólo de salud mental, sino de estar también en contacto con su propia naturaleza humana, y trascenderla.

Dentro de las limitaciones teóricas y terapéuticas tanto de las perspectivas o modelos desarrollados hasta nuestra época, como de esta tesis en general, quedan el encontrar métodos de intervención en la depresión más eficaces, profundos y duraderos, diseñados para la población mexicana en general, y de las comunidades marginadas, así como aumentar las investigaciones filosóficas, científicas y epistemológicas de la depresión. Aún psicólogos, neurólogos, psiquiatras, etc., estamos en pañales.

Quizá la principal limitación tanto de esta tesis, como de diversos trabajos, es el hecho de que no existen suficientes investigaciones que validen y confiabilicen los postulados teóricos y las intervenciones terapéuticas de los modelos interpersonal-existencial y psicoanalítico principalmente, y hacen falta análisis más minuciosos y controlados de los modelos cognitivo conductual y farmacológico; y de las que existen, solamente unas cuantas se encuentran disponibles en los principales centros de documentación y bibliotecas especializadas de nuestro país.

Quizá la principal aportación de esta tesis, sea el hecho que por primera vez si no en el mundo, quizá en México, se aborda a la depresión desde estas diferentes perspectivas teóricas e históricas, y se realiza una revisión y un análisis relacionado con los resultados de los postulados y las intervenciones terapéuticas de los cuatro modelos mencionados. Tampoco se ha dado gran énfasis en identificar el método y la técnica de cada modelo, específicamente para el tratamiento de la depresión, y menos aún se han tratado de integrar y unificar en un método de intervención diseñado no solamente para el tratamiento de los síntomas depresivos, sino del ser humano integral.

Finalmente y en relación a la intervención terapéutica en comunidades de escasos recursos, proponemos el siguiente método de intervención terapéutica:

1) Primera Etapa. Se identifica en base al motivo de consulta, la profundidad y tipo de depresión en torno a las clasificaciones del DSM-IV. A partir del diagnóstico, se establece la prioridad de una intervención farmacológica o psicoterapéutica, en base al cual se establece un pronóstico y un plan terapéutico. Además del diagnóstico es necesario identificar la integridad o deterioro de las funciones psicológicas: sensación, percepción, memoria, pensamiento y lenguaje; de las funciones yoicas: asociación, integración, inducción, deducción, lógica y discernimiento; así como se debe tomar en cuenta los niveles escolar, familiar y socioeconómico del paciente, y el tiempo de duración y manifestación de los síntomas. En base a estos datos se debe establecer el tratamiento o intervención más adecuado.

En personas con bajos niveles escolar, económico, y deterioro de sus funciones psi-

cológicas y yoicas, se puede optar por una intervención eminentemente farmacológica-cognitiva, independientemente de si se trata de una depresión endógena o exógena. En el caso de un nivel elevado, se puede optar por una intervención farmacológica-psicoanalítica, farmacológica-interpersonal (en el caso de depresión endógena o reactiva) o psicoanalítica-interpersonal (sólo en el caso de depresión reactiva).

Inicialmente se le brinda al paciente información especializada con la depresión, de forma tal que se familiarice con su enfermedad, sus síntomas, los mecanismos de defensa y emociones implícitos, y se debe poner especial énfasis al posible riesgo de suicidio. En la medida en que éste riesgo sea alto, se puede optar por una intervención hospitalaria, y una respectiva medicación antidepresiva, o incluso hacer uso de electroshock. No recomendamos el uso de psicocirugía. Se solicita al paciente además dentro de la elaboración inicial del historial clínico, tres recuerdos significativos de la infancia, tres sueños de la infancia y tres sueños recientes, en base a los cuales el terapeuta puede establecer tanto un diagnóstico como un pronóstico más preciso, y realizar una identificación en el aquí y el ahora de la repercusión de los síntomas a nivel inconsciente, interpersonal y fenomenológico del individuo.

2) Segunda Etapa. Una vez obtenidos el diagnóstico, el pronóstico, y elaborado y seleccionados tanto el modelo de intervención como el plan terapéutico, se procede a profundizar en la información relacionada con la aparición de la depresión en el paciente, sus síntomas, y la forma en que se ha ido introduciendo en las diferentes áreas vitales. Se debe comenzar dentro de la psicoterapia a presentar y confrontar al paciente con información recabada por el terapeuta, con los síntomas, en los tres recuerdos y en los tres sueños tanto de la infancia y recientes, y juntos deben de buscar estrategias fundamentalmente conductuales, interpersonales y existenciales para la disminución y desaparición de los mismos. Se busca además que el paciente realice actividades más productivas y creativas, y se le asignan tareas y es entrenado en roles sociales y actitudinales.

Se puede proceder entonces a un análisis mucho más profundo de los conflictos intrapsíquicos, interpersonales y existenciales de la depresión, y es posible e incluso deseable identificar el origen de la depresión, sea intrapsíquico, interpersonal, fenomenológico, cognitivo o biológico, pero se debe dar especial énfasis en las repercusiones en el las diversas situaciones del aquí y ahora del paciente, buscando alternativas de forma conjunta para su solución, transformación y cambio. Además de la confrontación, elaboración, catarsis, discernimiento e interpretación de cada uno de los síntomas y situaciones existenciales relacionadas con la depresión, se debe de brindar al sujeto nuevas estrategias comportamentales (conductuales e interpersonales), en las cuales puede encontrar soluciones alternativas momentáneas de su conflictiva.

Para estos momentos, se espera que la medicación antidepresiva comience a surtir efecto, y resulte una ayuda fundamental en la rápida disminución de los síntomas, y facilite el trabajo terapéutico posterior. En esta etapa hay que tener especial cuidado ante la posibilidad de que el paciente abandone la terapia, debido a una intensa disminución de los síntomas como la anhedonia o el insomnio, pero aún nos encontramos lejos de la cura, por lo que se debe de fortalecer la empatía, el vínculo terapéutico, y el compromiso tanto del paciente como del terapeuta hasta la finalización del tratamiento. Se puede entonces comenzar a disminuir gradualmente la medicación antidepresiva.

Es el fundamento de esta etapa la facilitación del terapeuta hacia el paciente de la catarsis y elaboración de mecanismos de defensa, sentimientos y emociones negados y reprimidos durante la depresión, y encontrar su vinculación tanto pasada como presente. Finalmente se debe de poner especial énfasis para que el paciente planee nuevas estrategias de desempeño laboral, escolar, familiar, social, de relaciones íntimas, y busque ser más creativo. En el caso de las depresiones ansiosas, se le puede invitar a que entre en cursos de relajación, meditación e inoculación del estrés.

3) Etapa final. A través del continuo trabajo con la información obtenida durante el proceso terapéutico, se puede proceder ahora a la reflexión y confrontación de las situaciones vitales de la separación, individuación, sexualidad, ocupación laboral, desempeño escolar, amor, libertad, responsabilidad, vida, creatividad, muerte y significado existencial. Se busca finalmente la necesidad de que el paciente se independice del terapeuta, y de la medicación antidepressiva, se interpretan sueños para descartar la primacía del conflicto depresivo a nivel inconsciente, y se busca que el paciente desarrolle una vida autónoma y autosuficiente. Se puede entonces aplazar el número de consultas, y se pueden realizar monitoreos mensuales y vía telefónica acerca del nuevo desempeño. Se finaliza el tratamiento.

Referencias Bibliográficas

1. American Psychiatric Association (APA) (1994) *Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales (DSM-IV)*. (4th Ed) Washignton DC: APA.
2. Andreasen N.C., Winokur G. (1979) *Newer Experimental Methods for Classifying Depression*. Archives of General Psychiatry Vol.36., April, 447-452.
3. Arieti Silvano y Bemporad Jules., (1990). *Psicoterapia de la Depresión*. Editorial Paidós 1a Edición. México, 449 p.p.
4. Bauer Mark S., Calabrese Joseph, Dunner David L., Post Robert, et.al. (1994) *Multisite Data Reanalysis of the Validity of Rapid Cycling as a Course Modifier of Bipolar Disorder in DSM-IV*. American Journal of Psychiatry Vol.151, No.4, 506-515.
5. Bourgeois M., Sudreau N., Verdoux H. (1994) *La mélancolie. Modles psychiatriques actuels*. L'Evolution Psychiatrique Vol.59., No.4., 635-648.
6. Brannon Suzanne E., Rosemary Nelson O. (1987) *Contingency Management Treatment of Outpatient Unipolar Depression: A Comparasion of Reinforcement and Extinction*. Journal of Consulting and Clinical Psychology. Vol.55, No.1, 117-119.
7. Calderón Narváez Guillermo. (1985) *Depresión. Causas, manifestaciones y tratamiento*. Ed. Trillas, México.
8. Calderón Narvaez Guillermo (1981) *La Depresión, problema de Salud Pública*. Salud Pública de México Epoca V. Vol.XXIII No.5 Sept-Oct.
9. Coon Dennis (1987) *Introducción a la Psicología*. Exploración y aplicaciones. Ed. Addison Wesley. México 662 p.p.
10. Dallal y Castillo Eduardo (1986) *Psicoterapia de la Depresión*. Depresión en la Práctica Médica. Instituto Mexicano de Psiquiatría. Fascículo IX, Capítulo 26, 148-152.
11. Deitz Jeferey (1988) *Self-Psychological Interventions for Major Depression: Technique and Theory*. American Journal of Psychotherapy, Vol. XLII, No 4, October, 597-609.
12. Farmer A., Mc Guffin P. (1989) *The Classification of the Depressions: Contemporary Confusion Revisted*. British Journal of Psychiatry Vol.155, 437-443.
13. Fenichel Otto (1988) *Teoría Psicoanalítica de las Neurosis* . 3a Impresión, México, 814 p.p.
14. Feixas Guillen y Miro María Teresa (1993) *Aproximaciones a la Psicoterapia* 1a Edición Ed.Paidos México 416 p.p.

15. Frankl Victor (1985) *El Hombre en Busca de Sentido* Ed. Herder Barcelona España 6ta Ed. 423 p.p.
16. Fromm Erich (1970) *La crisis del Psicoanálisis* Ed. Paidos Buenos Aires 302 p.p.
17. Fromm Erich (1974) *El Miedo a la Libertad* Ed. Paidos Buenos Aires. 230 p.p.
18. Fromm Erich (1986) *Ética y Psicoanálisis* Ed. Fondo de Cultura Económica México 278 p.p.
19. Gómez Aviña Alfredo (1986) *Psicocirugía?* Depresión en la práctica Médica. Instituto Mexicano de Psiquiatría. Fascículo IX, Capítulo 27, 153-156.
20. Hall S. Calvin y Lindzey Gardner (1984) *Las teorías psicosociales de la personalidad* Ed. Paidos México 101 p.p.
21. Hare E. (1981) *The Two Manias: A Study of the Evolution of the Modern Concept of Mania*. British Journal of Psychiatry Vol.138, 89-99.
22. Hirschfeld R.M. (1994) *Major Depression, Dysthymia and Depressive Personality Disorder*. British Journal of Psychiatry Vol.165., Suppl.26 23-30.
23. Ingram R.E. (1990) *Contemporary Psychological Approaches to Depression*. Plenum Press, New York, 1990 273 pp.
24. Isometsä E.T., Henriksson M.M., Hillevi M.A. et.al. (1994) *Suicide in Major Depression*. American Journal of Psychiatry. Vol.151, No.4, April, 530-535.
25. ISSSTE (1974) *Resumen de las Ediciones Estándar de Obras Completas de Sigmund Freud*.
26. Jackson Stanley W. (1989) *Historia de la melancolía y la Depresión Desde los tiempos Hipocráticos hasta la época moderna*. Ediciones Turner. Madrid. 1989, 403 pp.
27. Karasu Byram T. (1990) *Toward a Clinical model of Psychotherapy for Depression, I: Systematic Comparison of Three Psychotherapies*. American Journal of Psychiatry Vol.147, No.2, February.
28. Keller M.B. (1994) *Depression: A Long-Term Illness*. British Journal of Psychiatry Vol.165, Suppl.26 9-15.
29. Kessler R.C., Wittchen H.U., Knäuper B., (1994) *Lifetime risk of Depression*. British Journal of Psychiatry. Vol.165, Suppl.26 16-22.
30. Mahoney Michel J. y Freeman Arthur (1988) *Cognición y psicoterapia*. Editorial Paidós 1a Edición 380 pp.
31. Morales Carmona Francisco (1990) *Apuntes de la materia: Teorías de la Personalidad I* Resumen de los autores vistos en la materia.
32. Nicolas Andre (1978) *Jean Piaget* Fondo de Cultura Económica. México 262 p.p.

33. Paykel E.S. (1994) *Historical Overview of Outcome of Depression*. British Journal of Psychiatry Vol. 165, Suppl. 26, 6-8.
34. Pichot P. (1995) *The birth of bipolar disorder*. European Psychiatry. Vol.10, 1-10.
35. Regier D.A., Boyd J.H., Burke J.D Jr, et.al (1988) *One month prevalence of mental disorders in the United States: based on five epidemiologic catchment area sites*. Archives of General Psychiatry, 45, 977-986.
36. Robinson L.A., Berman J.S., Neimeyer R.A. (1990) *Psychotherapy for the treatment of Depression: A Comprehensive Review of Controlled Outcome Research*. Psychological Bulletin Vol.108, No.1 30-49.
37. Romanoski A.J., Folstein M.F., Nestadt G. et.al. (1992) *The epidemiology of psychiatrist-ascertained depression and DSM-III depressive disorders*. Psychological Medicine Vol.22, 629-655.
38. Rush A.J., Weissenburger J.E. (1994) *Melancholic Symptom Features and DSM-IV*. American Journal of Psychiatry. Vol.151., No.4., April.
39. Safran D.J., Segal Z.V. (1994) *El proceso interpersonal en la psicoterapia cognitiva*. Ed. Paidós 377 p.p,
40. Secretaría de Salud (SSA) (1997) *Indices de Mortalidad Para la República Mexicana*. Salud Pública de México Vol.39 No.1 Ene-Feb.
41. Sullivan S. Harry (1974) *Estudios Clínicos de Psiquiatría* Ed. Psique.
42. Taylor Steven, Mc Lean Peter. (1993) *Outcomes Profiles in the treatment of Unipolar Depression*. Behavior Research Therapy. Vol.31, No.3, 325-330.
43. Thompson Larry W., Gallagher Dolores, Strinmetz Breckenridge J. (1987) *Comparative Effectiveness of Psychotherapies for Depressed Elders*. Journal of Consulting and Clinical Psychology. Vol.55, No.3, 385-390.
44. Tsuang D.W., Winokur G. (1992) *Testing the Validity of the Neurotic Depression Concept*. The Journal of Nervous and Mental Disease. Vol.180, No.7, 446-450.
45. Uriarte Víctor (1986) *Farmacoterapia*. Depresión en la Práctica Médica. Instituto Mexicano de Psiquiatría. Fascículo IX, Capítulo 25, 143-147.
46. Viney Linda (1994) *Sequences of Emotional Distress Expressed by Clients and Acknowledged by Therapist: Are they associated more with some therapists than others*. British Journal of Clinical Psychology. Nov. Vol 33(4), 469-481.
47. Wittchen H.U., Knuper B., Kessler R.C. (1994) *Lifetime risk of Depression*. British Journal of Psychiatry. Vol.165., Suppl.26 16-22.
48. Yalom Irvin (1984) *Psicoterapia Existencial* Ed.Herder Barcelona España 641 p.p.