

**4- LOS DIFERENTES TIPOS DE DEPRESIONES
(CLASIFICACIÓN DE LAS DEPRESIONES Y
COMO APARECEN LAS DEPRESIONES).**

**- DEPRESIÓN ENDÓGENA VS DEPRESIÓN
EXÓGENA Y NEURÓTICA.**

**- TRASTORNO AFECTIVO ESTACIONAL,
DEPRESIÓN INVERNAL.**

4- Los diferentes tipos de depresiones (clasificación de las depresiones y como aparecen las depresiones).

-Depresión endógena vs Depresión exógena y neurótica.

- Trastorno afectivo estacional, depresión invernal.

La clasificación de los trastornos psíquicos ha pasado por varias etapas y aún hoy en día se mezclan varias de las clasificaciones de tal forma que el psiquiatra o el médico pueden utilizar una u otra en un momento determinado. En **TABLA II**, se muestran algunos tipos de depresiones y la fecha en que fueron descritas.

El estado actual de la clasificación comienza, como ya señalamos, con un gran autor para la Psiquiatría: E. Kraepelin.

Kraepelin fue quien en 1896 establece el concepto de lo que se denomina Enfermedad Maniaco-Depresiva y actualmente también se usa mucho el término de Trastorno Bipolar. Esto supuso diferenciar entre los cuadros depresivos, con su hundimiento de ánimo y frente a ellos los cuadros que en psiquiatría se denomina “Maníacos” o “Manía” -ya vimos un caso en el primer capítulo- que no tiene nada que ver con lo que coloquialmente en la calle se puede decir “esa persona es maniosa o tiene manías”, sino que corresponde a una enfermedad como si fuera la contraria a la depresión, en la que en vez de estar el paciente desanimado, triste y sin vitalidad para realizar actividades, ¡todo lo contrario! se encuentra con mucha disposición para hablar (verborrea), con muchas ideas y muchos proyectos, que son para la familia descabellados, pero el paciente vivencia estos proyectos como perfectamente realizables (autoexpansión); asimismo en esta enfermedad maniaca los pacientes se encuentran hiperactivos, y compran cosas innecesarias, aunque en ese momento ellos las consideran precisas, hasta tal punto que en ocasiones pueden originar la ruina personal o del negocio que tengan.

Además no tienen conciencia de estar enfermos y si se les lleva la contraria se enfadan mucho (paratimias irritables), pues “todo lo ven clarísimo” y no entienden que no compartan con ellos, los demás y los familiares las mismas opiniones y deseos. Así un paciente maniaco, puede levantarse ya a las 4 de la madrugada para hacer cosas, actividades, pues con dormir 2-3 horas ya se sienten descansados y dispuestos a seguir con sus proyectos e ideas.

Pues bien, Kraepelin ya enmarca esta enfermedad como Trastorno Maniaco-Depresivo o Bipolar detectando, en consecuencia, que estos pacientes que tenían depresiones, luego pasaban a padecer estas Manías o estados de euforia.

Pero no en todos los casos, ni mucho menos, se padece esta enfermedad bipolar. Un paciente depresivo puede padecer un episodio depresivo en su vida y no volver a padecer otro (ni tampoco maniaco) o puede que solo repita depresiones.

En 1957 otro gran psiquiatra, Leonhard, diferencia los trastornos bipolares de los unipolares.

Así podríamos tener:

- Pacientes que padezcan ambos polos o trastornos, serían los enfermos Bipolares o Maniacos Depresivos.
- Pacientes Unipolares Maniacos, es decir, que se repiten sólo las fases o episodios Maniacos y no tienen depresiones.
- Pacientes Unipolares Depresivos, es decir, pacientes que sólo repiten fases o trastornos depresivos.

Siguiendo con la clasificación de las Depresiones, durante muchos años, desde principio de Siglo XX, se fueron describiendo tipos de depresiones y así se detectaron diferentes depresiones según las características de estas, no solo por los síntomas que presentaban, sino también según las circunstancias que habían influido en su inicio; si eran desencadenadas u originadas por algún acontecimiento o por el contrario si aparecían “solas”, independientes, sin que el paciente refiriera nada especial en el momento de aparecer la depresión ni encontrara ningún “motivo” para la misma.

A esta clasificación vamos a denominarla Clasificación Fenomenológica, ya que lo que se analizaba era fundamentalmente “el fenómeno” de la depresión y las circunstancias concretas que pudieran influir, como factores desencadenantes o que la motivaran o estuvieran favoreciéndola. **(FIGURA 2)**

A.- DEPRESIONES QUE SE ENCUENTRAN EN EL POLO REACTIVO

Siempre nos hemos preguntado, ¿porqué un acontecimiento de mi vida que ha sido muy grave o importante, como, por ejemplo, el fallecimiento de un familiar o una crisis o enfermedad de un hijo que nos estresó mucho, no nos produjo enfermedad depresiva, y en cambio, años después otro acontecimiento menos importante si me la desencadenó?

O. Schwarz utilizó un término que nos puede ayudar a entender esto. Este autor habló de “Fuerza Eficaz”.

Lo importante, en la mayoría de las ocasiones, no es el acontecimiento en sí, sino qué capacidad o fuerza tiene ese acontecimiento para afectarnos, o sobre todo para desbordar nuestro sistema interno, tanto psicológico como biológico, de compensación y originar una enfermedad.

Así, en ocasiones, puede fallecer un familiar, o padecer una situación económica muy estresante y hasta crucial que nos afectara mucho, o un estrés laboral también de gran importancia, pero... no apareció enfermedad psiquiátrica, no apareció depresión. Pongamos el ejemplo que una gran empresa despide a 100 personas de 45 años; indudablemente a todas les afectará mucho, no estarán alegres, estarán muy preocupados por su futuro o por las dificultades que pueden tener para encontrar empleo con esa edad. Pero a pesar de esta preocupación, tristeza y agobio por el estado en que se encuentren, e incluso con la angustia del mantenimiento de sus proyectos económicos o vitales en el futuro, no van a padecer los 100 empleados una enfermedad depresiva; habrá un porcentaje de ellos, pongamos un 15 %, que más allá de la preocupación, se desmenuzará su capacidad de equilibrio psicobiológico y en ellos sí aparecerá una depresión como enfermedad.

Diremos que la vivencia del despido ha tenido gran “fuerza Eficaz” en estos pacientes y ha producido una enfermedad.

Evidentemente, el motivo por el cual una vivencia determinada o un acontecimiento determinado puede tener una gran fuerza eficaz en un momento dado, puede depender de muchos factores: en ocasiones de circunstancias que nos rodean y que nos hacen más vulnerables, otros problemas, otros estreses que concuerdan, pero en otras ocasiones simplemente porque coincidan con una época de mayor vulnerabilidad de nuestro organismo, como por ejemplo que nos encontremos en la época de “crisis de los 40-50 años” o simplemente en el momento de los desarreglos del climaterio o menopausia, que también puede suponer un mayor riesgo de vulnerabilidad.

Por esto cuando hablamos de depresiones del polo o ámbito reactivo, tenemos que tener en cuenta que además de que ocurra “algo”, un factor o

acontecimiento desencadenante de la depresión, esto ha de juntarse con nuestra mayor o menor vulnerabilidad a padecerla en un momento dado.

También es cierto que un acontecimiento muy intenso y de gravísimas consecuencias, es capaz de derrumbarnos y hacernos caer en una enfermedad depresiva, aunque nuestra vulnerabilidad no sea muy grande. Hasta la madera más recia, si el golpe es muy fuerte, se quiebra.

En base a todo esto vamos a considerar un grupo de depresiones que se encuentran en este polo reactivo:

1.- Depresión reactiva pura.

El acontecimiento concreto es muy intenso. Anteriormente a este acontecimiento el paciente se encontraba bien y no había factores especiales que hagan suponer que le han predispuesto a la enfermedad depresiva. Por ejemplo, depresión que aparece tras el fallecimiento inesperado de dos hijos en un accidente.

Caso Clínico-1

CVS es una mujer de 26 años. Es hija mayor. Su temperamento ha sido introvertido, genio fuerte, ordenado. Escolaridad hasta los 16 años con rendimientos medios “prefería jugar a estudiar”, dice. Realizó durante la infancia bien la sociabilización, pero a partir de los 16 años empezó a sentirse acomplejada por su físico, al tener sobrepeso “se metían conmigo, por mi gordura”. Por esto, aunque sigue saliendo con grupo de amigas, se sintió muy retraída con los chicos “pensaba que si un chico se fijaba en mí sería para burlarse”. Se acopló bien al trabajo.

Con 24 años, empieza a salir con un chico que sabía que era consumidor de heroína pero “conmigo era muy amable, alegre y cariñoso” Sale con él, enamorándose y “para redimirlo”. Un año después lo convence para que hiciera un tratamiento de desintoxicación y deshabituación del consumo de droga. Durante nueve meses “lo estuve esperando”. Cuando por fin sale él del tratamiento, a la semana vuelve a consumir heroína, por lo que rompe la relación con él y aparece el cuadro depresivo.

Comentario

Es una Depresión reactiva, en la que queda muy claramente determinada la relación temporal, del acontecimiento que tiene gran impacto emocional, y el comienzo de su enfermedad. Podemos entender por su biografía, la gran “fuerza eficaz” que el hecho de que su novio volviese a consumir droga, tuvo como desencadenante de la enfermedad.

Caso Clínico- 2

JRM, tiene 60 años. Es hijo mayor de 5 hermanos. Dentro de las características temperamentales sobresale, ser introvertido, muy responsable “todo me lo he tomado siempre muy a pecho”, y muy activo en el trabajo (trabajando Sábados e incluso Domingos).

Durante la infancia, escolaridad normal, pero muy malas circunstancias económicas en la familia. Con 16 años trabajaba ayudando a su padre para apoyar la penosa economía familiar, sintiéndose con gran responsabilidad en ello. Tras trabajar para una empresa hasta los 40 años, con esa edad abre su propia empresa, que ha dirigido y ampliado hasta la actualidad.

Hace 11 meses padece un accidente vascular cerebral y sufre una parálisis del lado izquierdo del cuerpo. Aunque tras dos meses de rehabilitación ha recuperado bastante la fuerza en el brazo y en la pierna afectada, no obstante al intentar trabajar en la administración de su empresa “se siente inútil”, expresando que “no puedo trabajar como antes”. Se derrumba su autoestima y se hace muy negativo su autoconcepto, que estaba muy identificado con su responsabilidad y capacidad laboral, y aparece el cuadro intenso depresivo.

Comentario

Depresión reactiva, en la que se puede identificar un acontecimiento desencadenante de gran intensidad, que se relaciona claramente, en el tiempo, con el inicio del cuadro depresivo. Al igual que en el caso anterior, podemos comprender por el estudio psicobiográfico, la gran “fuerza eficaz” que tuvo el acontecimiento vascular al socavar su autoestima y el valor identificativo con el rendimiento laboral.

2.- Depresión de Trasfondo, denominada así por K. Schneider, o también podríamos denominarla “Depresión Situativa”.

Detrás de la depresión se mantiene una situación, que la hace parecer necesaria. Es decir, se supone que si la situación no se mantiene, la

curación sería mucho más rápida o que si no se hubiese mantenido esa situación no habría aparecido la depresión.

Por esto se denominó de Trasfondo, indicando que detrás (tras), está esa circunstancia mantenedora.

Como ejemplo, cuando una persona se queda sin trabajo y pasa el tiempo y no encuentra trabajo, y entonces aparece la enfermedad depresiva. La situación de paro mantenida ha influido de forma decisiva en que aparezca la enfermedad. Es cierto que si la depresión que padece se hace grave, no estará en condiciones por la misma enfermedad de presentarse a un trabajo -si le apareciera-. Pero cuando se tratan estas depresiones, y mejoran, a veces no conseguimos la recuperación completa de su estado de ánimo, aunque se encuentren muy mejorados, al mantenerse la situación que provocó la enfermedad. En esos momentos si se resuelve la situación, (en el caso que hemos puesto como ejemplo, encontrarse trabajo), ya entonces la recuperación se hace completa.

Caso Clínico

CRV es una mujer de 48 años. Hija mayor de tres hermanas. Su temperamento se caracteriza por ser muy ordenado, detallista, perfeccionista y meticulado. Ha sido siempre muy tozuda, y con “esfuerzo tras esfuerzo siempre he conseguido lo que me proponía”. Por esto se ha considerado muy responsable. Escolaridad sin acontecimientos relevantes y bien la sociabilización en la infancia. Desde los 16 años trabajó en la vendimia y en la naranja “siempre trabajando demasiado”.

Se casa con 30 años, con un hombre viudo, mayor que ella, que aportó al matrimonio dos hijos (dos varones que ahora tienen 21 y 25 años). Con su marido han tenido una hija en común que tiene ahora 17 años. Desde hace dos años empieza a tener muchos problemas en casa: “muchas noches me las pasaba llorando”. El marido se alcoholiza y la insulta frecuentemente. Los hijastros se ponen de parte del padre y no la respetan y además el marido les consiente todo a ellos. Esos problemas familiares son continuos y diarios. Ella ha seguido trabajando intensamente y haciéndose cargo de la casa. Hace un año ya padeciendo fuerte insomnio y cefaleas, le hacen una radiografía del cuello y cabeza y le aparece una imagen sugestiva de tumoración benigna en la silla turca. A partir de ese momento se desencadena el cuadro depresivo. Aunque dos semanas después la exploración mediante TAC no confirma la tumoración de la silla turca, y definitivamente ya se le informa que no hay ningún tipo de tumor, se mantuvo igualmente el cuadro depresivo grave.

Comentario

La problemática familiar está como situación de fondo o “trasfondo”, relacionada y manteniendo el cuadro depresivo. No es un acontecimiento brusco, sino el problema y estrés familiar que se mantiene durante largo tiempo. Aunque pudiera parecer que el posible diagnóstico de “tumoración” cerebral fuese el que origina una “depresión reactiva”, realmente es la situación de fondo familiar la que ha estado minando la salud psíquica. El posible diagnóstico de “tumor”, no es más que “la gota que rebosa el vaso”. Por esto aunque se soluciona el problema del tumor, mediante el TAC, se mantiene el cuadro depresivo. En este caso, aunque mejore con el tratamiento psicofarmacológico, será necesario plantear un tratamiento a la vez de tipo psicoterápico.

3.- Depresión Neurótica, denominada así por Kielholz. Actualmente se usa más el término de Trastorno Distímico o Distimia.

Existe una vida (psicobiografía) cargada de acontecimientos. El paciente refiere que le han ocurrido muchas cosas a lo largo de la vida, que le han afectado mucho y en un momento dado con un mínimo desencadenante o problema aparece la depresión.

Se ha valorado, por lo tanto, que las características de la personalidad del paciente tienen también mucha importancia en este tipo de depresión ¿porqué ha sido tan vulnerable y tan afectable por tantas cosas de la vida?

La capacidad de elaborar los acontecimientos de la vida va a ser fundamental a la hora de evaluar este tipo de depresión y por esto López-Ibor (1979) ya señalaba como “en la depresión neurótica el análisis biográfico demuestra que el conflicto actual solo puede ser patógeno porque coincide con uno pasado y no digerido”.

Por esto mismo puede ocurrir que el paciente¹ refiera que le ocurrió un acontecimiento hace 8-10 o más años “y desde entonces no lo ha superado”, habiendo tenido desde ese momento muchas depresiones y variaciones de ánimo, manteniéndose aún actual el impacto de aquel acontecimiento ya remoto. Esto indica como las características de su personalidad están influenciando de modo decisivo en que el paciente se haya quedado de una forma “crónica” prendado de aquel acontecimiento, que sigue actualizado e interviniendo en la vida y proyectos presentes; en la mayoría de los casos bloqueando nuevos proyectos vitales, como si la

¹ Estamos usando siempre el termino “el paciente” como un genérico, que incluye tanto a “el paciente” como varón o a “la paciente” como mujer.

mirada existencial en vez de estar dirigida hacia el futuro hubiese quedado prendada desde el pasado².

Caso Clínico-1

AVG es una paciente de 53 años, que acude sola a las primeras visitas médicas. Expresa que su vida ha sido muy mala³. Es hija menor (tiene una hermana cinco años mayor que ella) y define a su padre como “reservado, triste, raro y no cariñoso” y a la madre como “de genio muy fuerte y dominante”. Ella dice de sí misma haber sido siempre triste, muy sensible a todo. Refiere mala escolarización en cuanto a rendimientos, pero sociabilización normal. Se enovia con 19 años y se casa con 27. Del matrimonio comenta “muy mal, un desastre, mi marido es muy egoísta, no es hablador, nunca he sido feliz con él”. Tenían constantes discusiones por “incompatibilidad de caracteres” “me casé más que nada por el tiempo que llevábamos siendo novios, nos hemos llevado muy mal, siempre discutiendo, disgustos constantes”. Con poco sueldo expresa múltiples dificultades que ha tenido en la crianza de los cuatro hijos que tienen.

Hace 9 años va a vivir a Alicante con los hijos, con la madre de ella y con una tía materna, mientras que el marido reside en un pueblo cercano.

Desde entonces dice que está deprimida. Pasa periodos peores y otros algo más recuperada. Cuando está peor han de ayudarla los familiares en las labores de la casa, cuando pasa algunos meses mejor, puede hacer las labores de su casa, aunque “no está bien del todo”. Comenta que el marido le pasa poco sueldo para poder vivir bien, que ella tiene artrosis, que vive con la madre con la que no se lleva bien y con uno de los tres hijos que ha tenido que “siempre me está gritando y diciéndome que me muera de una vez”. Vive cerca de ella una hija “con la que me llevo bien pero no quiere saber nada de mí”. Así mismo refiere que el otro hijo casado “tampoco quiere saber nada de mí”

Caso Clínico-2

MGN es una mujer de 62 años. Se define como muy padecedora y pesimista. Es hija menor de tres hermanas. Padre alcohólico, es definido como “muy malo” “no se portaba bien con la familia, le pegaba a la madre y a los hijos, solo pensaba en él mismo”. Madre definida como de genio fuerte y dominante. Durante la infancia vivencia muy mala situación

² Por esto López-Ibor (1979), remarca “se hace” una neurosis, no “se tiene”

³ Cuando hacemos el estudio psicobiográfico de estos pacientes suele llamar la atención que relatan espontáneamente muchísimos acontecimientos adversos de sus vidas. Son historias vitales largas y expresadas de forma “trágica”

familiar por las continuas discusiones entre los padres, al llegar a menudo borracho el padre. Además pasaban dificultades económicas durante su infancia al gastarse, el padre, el dinero en el consumo de vino.

A partir de los 12 años ha de trabajar cuidando niños y ha de aportar lo que ganaba (aprendizaje de la vida como una “tragedia”).

Se casa con 27 años y van a vivir a un piso, encima del de sus padres, y que era propiedad de la madre. Ésta entraba y salía cuando quería del piso de ellos “siendo la gobernanta”. El marido se inhibe de estos problemas.

Hace 6 años tras cuidar durante un año a la madre ya demenciada, ésta fallece, y aparece el cuadro depresivo que le dura hasta la actualidad. Durante 3 años apenas salía de casa, compraba lo imprescindible, diciendo que siempre estaba triste, por el fallecimiento de la madre. No se relacionaba apenas con amigas. Hace tres años fallece un hijo en accidente de tráfico y padece un agravamiento de su “depresión continua”, estando casi dos meses metida en cama, sin ser capaz de realizar las actividades de casa. Actualmente, tres años después aún lleva luto riguroso por la muerte del hijo. Y si bien pasa algunos meses algo mejor, otros muy triste, sin capacidad para hacer más que lo mínimo de la casa, apenas sale y siempre con luto y mirando las fotografías del hijo, hasta el día de hoy.

Comentario

En ambos casos, podemos observar como los pacientes con distimia o depresión neurótica vivencian una biografía cargada de acontecimientos adversos. Sus vidas son trágicas, múltiples acontecimientos han ido mellando su salud psíquica. Luego en un momento determinado un acontecimiento” -catalizador vital- desencadena el cuadro y a partir de ahí si no le prestamos ayuda médica psicofarmacológica y psicoterápica, como dice Lopez-Ibor (1977): “el neurótico no puede tener, desgraciadamente, otra vida que la de ser neurótico”.

4.- Depresión de Mudanza, descrita por Lange.

Estas depresiones, si bien no son muy frecuentes, cuando aparecen originan, en ocasiones, mucha perplejidad en los familiares, ya que muy a menudo la mudanza se ha realizado como un proyecto feliz, deseándola (por ejemplo la mujer ha organizado la nueva casa con ilusión y la ha arreglado según sus deseos) y cuando llega el momento y se realiza el traslado aparece la depresión y el paciente (en mi casuística personal solo he tenido casos de mujeres) se encuentra muy deprimido y enfermo en la nueva casa, que no le gusta, comentando que ha sido un error ir allí y en muchas ocasiones culpabilizando a la nueva situación y nuevo domicilio de

la depresión. Esto es lo que más perplejidad origina en los familiares que vieron como preparaba todo con ilusión, hasta que se realizó el traslado.

Una vez que se trata la depresión y mejora el paciente, de nuevo vivencia la nueva casa de forma más feliz y encontrándose a gusto con las mejoras que supuso el traslado.

5.- Depresión Existencial, descrita así por Häfner.

Cuando a una persona se le rompen todas sus posibilidades de “estar en el mundo”, o dicho de otra manera, cuando un acontecimiento es muy grave ya que está cargado de una fuerza destructora de las esperanzas y de los cimientos vitales que cada uno tenemos; entonces esa depresión se denomina existencial, pues deja sin sentido la existencia de la persona que la sufre.

Así ocurre cuando en personas que se han dedicado “a vida y muerte” al trabajo (se dice que han hecho una reducción existencial al trabajo) sintiéndose su autoestima y su autovalía gracias al trabajo que realizan “mi trabajo era mi vida”, nos decía un paciente; en estos casos si por un accidente o por una jubilación que no pueden evitar o han perdido la popularidad y el aplauso, en el cantante que “solo vivía para eso”, entonces sienten que su vida no tiene sentido, que su existencia ⁴, su vida en el mundo ha perdido todo valor, y la Depresión que aparece entonces, es grave y de pronóstico en ocasiones no bueno.

Otras veces, son acontecimientos muy importantes, que le hacen plantearse el sentido de la vida, por ejemplo fallecimientos de familiares jóvenes en accidente, y en otras ocasiones puede aparecer esta depresión, en momentos de la vida, de crisis o metamorfosis.

Explicaré mejor estas etapas de crisis o Metamorfosis.

El ser humano no se desarrolla de forma uniforme y sin grandes variaciones. Todo lo contrario, aunque a lo largo de nuestra vida siempre estamos expuestos a continuos cambios y adaptaciones, además hay una serie de etapas que son especialmente relevantes, pues “en ellas se producen importantes cambios” muchas veces solo de origen psíquico y en otros casos también físicos.

La primera etapa que describió Conrad, se produce entre los 6-8 años y se denomina PRIMERA METAMORFOSIS. Igual que un gusano de seda, cuando cambia REALIZA UNA METAMORFOSIS y cambia a

⁴ (ex=fuera, sistere = situarse → existencia = ser-en –el –mundo)

mariposa, pues, siguiendo con este símil, la idea es que en estas primeras edades entre los 6-8 años, el niño “ya deja de ser un niño pequeño”, cambia muy rápidamente quizá en uno o dos años y ya es un “niño adulto”, que razona mucho más, pero muchísimo más que uno o dos años antes. Antiguamente se decía que “ya ha adquirido conocimiento”, para indicar este cambio en estas edades, en las que ya se les podía dar más responsabilidades, que eran entendidas por los niños, cosa que solo uno o dos años antes era inconcebible.

LA SEGUNDA METAMORFOSIS, es quizá la más conocida. Aparece entre los 13-16 años y se corresponde con la adolescencia,⁵ ese periodo en el que se producen abrumadores y rápidos cambios en los jóvenes, en muchos niveles; a nivel físico, con la pubertad, cambio de voz, y aparición de los caracteres sexuales secundarios. Pero también se producen muchos cambios desde el campo psicológico. Deja de ser un “niño adulto”, para “sentirse adulto”. Aparece la rebeldía, propia de la adolescencia, y toda la transición hacia el periodo de madurez, que realmente le hará adulto, con la toma de responsabilidades y autonomía para responder a ellas.

LA TERCERA METAMORFOSIS, es la que más nos interesa para el estudio de las depresiones que estamos nombrando en este apartado; las Depresiones Existenciales.

La Tercera Metamorfosis aparece entre los 35 y 50 años, y es el periodo de “Balance Existencial”.

Entramos en crisis, en este periodo de edad, pero es una crisis muy especial, y por eso se ha denominado de Balance Existencial. Te planteas, “ya no soy un joven o una joven de 26 años, pero tampoco soy mayor” “ya estoy más o menos establecido en mi vida, trabajo etc.” pero ya ha pasado la juventud. Y ahora vienen las preguntas ¿Y que he hecho de mi vida? ¿ha valido la pena lo que he realizado? O ¿No tiene sentido lo que he hecho? ¿No era eso lo que quería? ¿No ha valido la pena?.

En esta situación de crisis personal, en algunos casos, pueden aparecer cuadros depresivos realmente muy angustiantes de tipo “Existencial”, es decir, de un planteamiento del sentido de nuestra vida y de cómo realmente queremos seguir realizándola.

Caso Clínico-1

⁵ La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adolescencia como "...un estado de espíritu y un nivel de desarrollo psicosocial, en el que domina la imaginación, el gusto por la aventura y la necesidad de revisar las normas establecidas con el fin de reafirmar su personalidad...". Distingue entre una adolescencia temprana desde los 10-14 años y una adolescencia tardía de 15 a 19 años.

CMV es una mujer de 60 años de carácter extrovertido y muy activo. Expresa la vivencia de “falta de cariño” a lo largo de su vida. Es hija menor y tiene un hermano 10 años mayor que ella. Su madre murió cuando ella tenía 1 año y su padre se volvió a casar a los 3 años del fallecimiento, con una hermana de la madre a la que llamaba “tía” y no madre. Durante la infancia al ser la chica mayor, se tuvo que hacer cargo del cuidado de los hijos de su madrastra, que estaba continuamente embarazada “y no me hacía ni caso”. Trabajaba continuamente cuidando a sus hermanos y haciendo las faenas de la casa: “he sido la criada de la casa”, decía. Aunque tenía amigas apenas jugaba con ellas al tener que cuidar de la casa. Los recuerdos de la infancia son en general tristes al tener que cuidar de la casa y hermanos. Apenas escolaridad por estas circunstancias. De todos los hijos que tuvo la madrastra solo sobrevivieron dos varones (uno de ellos discapacitado) y una chica. La madrastra tenía preferencia por su hija a la que descargaba del trabajo casero y podía asistir de forma seguida al colegio. Las relaciones entre ambas hermanas fueron siempre muy buenas, apoyándose continuamente, al ser la hermana muy cariñosa.

A partir de los 22 años empieza a trabajar en el campo, entregando todo el dinero en casa. Salía con amigas, solo un rato, los domingos y aunque tuvo varios pretendientes, no le atraía el matrimonio por la “imagen de casada” que tenía de su casa.

Cuando tiene 26 años muere un familiar del padre, con el que éste estaba muy unido, y le afectó mucho, por lo que durante 4 años el padre no salió de casa, teniéndose que quedar ella y su hermana en la casa por si éste necesitaba algo. No es que el padre estuviera enfermo, solo “era que no quería salir”. Cuando tiene 30 años el padre ya empieza a salir, pero ella ha de seguir haciéndose cargo de la casa pues la madrastra no sabía llevarla y gastaba demasiado, por lo que la situación económica se hace muy mala, teniendo ella que trabajar de nuevo en el campo para poder sobrevivir la familia. Siempre se ha hecho cargo del cuidado del hermano minusválido.

Cuando tiene 36 años muere la hermanastra de un accidente de circulación y esto le afectó mucho, pero se recuperó bien. A los dos años fallece el padre, sin que le afectase demasiado.

Cuando tiene ella 49 años su hermano mayor, le da para cuidar a una de sus hijas. Desde entonces ha vivido solo con el hermano discapacitado y con la sobrina cuidándola “como si fuera una hija”. Se ha dedicado “en cuerpo y alma” a cuidar a la sobrina.

Cuando la sobrina con 24 años se ennovia con un chico que a ella no le gusta pues “no trabaja ni tiene porvenir” (en el fondo tiene la idea de que al igual que ella quedó soltera, la sobrina debería de quedar también soltera) y la situación con la sobrina se hace tan tirante que ya ni se habla, se desencadena el cuadro depresivo.

En el esquema siguiente explico la importancia de los distintos factores existenciales en el campo etiopatogénico (**FIGURA 3**).

Caso Clínico-2⁶

Vicenta había pasado una niñez horrible. El padre era alcohólico y no atendía a la familia. Tuvo una celotipia y golpeaba frecuentemente a la madre. Ante esta espantosa situación ella y su hermano se unen mucho. En su adolescencia muere el padre, pero la madre se casa con un hombre que ya tenía un hijo, y ella y su hermano quedan marginados. En el tiempo de la juventud el hermano se va de casa al encontrar una beca de estudio. Vicenta se casa, no enamorada, para probar suerte con otro hogar. Tiene un hijo que muere al nacer, pero ella ahora se hace celotípica y tanto encrespa al marido que sus relaciones se hacen muy violentas. Teniendo 36 años el marido muere en accidente de tráfico. Queda sola, no quiere volver a la casa paterna y como el hermano estaba colocado en una embajada norteamericana, le invita a que marche con él. Entonces empieza para Vicenta la única época buena de su vida; con su hermano viaja a muchas ciudades de EEUU y Sudamérica. Mas solo unos años. El hermano es diagnosticado de tumor cerebral y muere teniendo ella que regresar. Se siente sola. Se siente como una vida de mala estrella. Hace un intento de suicidio del que se salva de milagro, y es traída a entrevista por unas amigas, diagnosticándosele de una Depresión Existencial de Häfner.

Comentario

Vemos como se han apilado adversidades sobre adversidades todas alrededor de las figuras masculinas de su vida. Cuando fallece el hermano, única persona con la que siente armonía en su ser-en-el-mundo, desaparece todo sentido vital. La depresión en este caso es por la pérdida de su “stand existencial”.

B.- DEPRESIONES QUE SE ENCUENTRAN EN EL POLO “ENDORREACTIVO”

¿Qué es esto del Polo Endorreactivo?

El ser humano siempre está en interrelación constante con el ambiente, y por lo tanto es evidente que el ambiente nos puede originar

⁶ Este caso clínico es de Rojo Sierra, de su libro “La psicobiografía: valor higiénico o patológico. Valoración de acontecimientos de las edades pre-escolares. (1988)”

frustraciones y vivencias importantes que nos marquen a lo largo de nuestra vida. En otro capítulo explicaremos lo que denominó Rojo-Sierra CAMPO ETIOPATOGENICO SITUACIONAL, en referencia a como podemos quedar sensibilizados por acontecimientos de nuestra biografía que se pueden relacionar con la aparición de enfermedades psíquicas.

Pero lo que nos interesa ahora aclarar, es que si bien hay un grupo de depresiones -como las anteriormente descritas- en las que el acontecimiento que pone en marcha la depresión, es decir, que desencadena la depresión, está claro y nos podemos referir a él, como que fue un acontecimiento importante, de gran “fuerza eficaz”, que conmovió la estructura vital del sujeto, y a partir de él y vinculado claramente a él se desencadenó la enfermedad depresiva, no obstante, van a existir otras depresiones en las que si bien hay un acontecimiento que se relaciona con el inicio de la depresión, éste no tiene tanta fuerza eficaz, no es tan “grave”, como para que podamos decir que es una depresión reactiva.

Sin embargo, si sabemos que el paciente tiene una “tendencia” a padecer depresiones, este acontecimiento sí puede favorecer que se ponga en marcha la depresión.

Por esto en las Depresiones Endorreactivas han de juntarse dos elementos:

- Por una parte un acontecimiento externo importante, fácilmente identificable, pero que no es excesivamente intenso y brusco (por esto en el diagnóstico de endorreactivas, está la palabra “reactiva”).
- Y por otra parte una “tendencia” a padecer depresión, que es una tendencia interna (diríamos que ya estaba en el sujeto desde el nacimiento, aunque no haya aflorado antes). Esta tendencia “de dentro” se denomina “endon”. Y por lo tanto ya podemos comprender que estas depresiones sean denominadas Endorreactivas.

A continuación vamos a conocer tres formas de Depresión Endorreactiva: la Depresión de Subfondo, la Depresión de Claudicación y la Depresión de Descarga

1.- Depresión de Subfondo, descrita por K. Schneider.

Aparece una circunstancia que se relaciona con el cuadro depresivo (la circunstancia se relaciona claramente, pero no es vista desde fuera, de gran importancia, aunque para el paciente si lo sea en ese momento). Luego la depresión se independiza de ese motivo y sigue su curso propio, pudiendo ya ser leve, moderada o grave. Por ejemplo, una mujer que va a la

peluquería y se siente mal “por el corte de pelo que le han dejado”. A partir de ese momento, llega a casa muy preocupada por el corte de pelo, empieza a angustiarse, luego insomnio, sin parar de pensar en la rabia del mal corte de pelo y se desarrolla en pocos días el cuadro depresivo intenso, aunque le arreglen el pelo. Lopez-Ibor Snr, las denominó Depresiones Cristalizadas⁷, haciendo referencia a que aunque el motivo era identificable, y se solucionase éste, no obstante era como “si hubiera ya cristalizado la depresión” y por eso seguía su curso depresivo, independientemente del motivo ya arreglado.

Se identifica, pues, el acontecimiento externo, pero si no hubiese una disposición endógena a padecer depresiones, no habría aparecido ésta.

Caso Clínico

MRM es un varón de 27 años, de temperamento introvertido, y al mismo tiempo muy perfeccionista, meticoloso, ordenado y cumplidor “demasiado responsable”, dice. Ha habido antecedentes familiares de depresión por parte materna y un primo hermano materno, siendo éste último además jaquecoso. Él es el hermano mayor, teniendo una hermana dos años menos que él.

Durante la infancia, sobresale que hubo una hiperprotección ansiosa de la madre sobre él, pues de pequeño “tuvo más enfermedades”, como intolerancia a los lácteos y problemas en el desarrollo óseo, por lo que tuvo que ser operado. Por lo demás tanto la escolarización como la sociabilización fueron buenas durante la infancia, y también fue buena la adaptación en la adolescencia.

Hace tres años, estudiando el último curso de su Licenciatura, se prepara para obtener el carné de conducir y suspende en dos ocasiones el examen práctico. Esto le originó fuerte estrés, mentismo, insomnio y dificultad de concentración, y aunque aprueba en la tercera oportunidad ya se desencadena el cuadro depresivo, por el que tuvo que ser medicado. Dada la gravedad de su enfermedad depresiva, tuvo que dejar ese curso los estudios.

Con el tratamiento se recuperó completamente, estando ya asintomático para el verano de ese año y retomó bien, de nuevo, sus estudios el curso siguiente. A los 5 meses de empezar el curso, estando perfectamente, y esta vez sin que hubiera ningún desencadenante específico, le aparece de nuevo una fase depresiva, grave, haciendo un intento autolítico, por el que estuvo ingresado en el hospital en cuidados intensivos. Cuando se repone con el tratamiento se recupera completamente, consiguiendo acabar los estudios.

⁷ Dice Lopez- Ibor (1966): “el tema provocador se abandona fácilmente en el curso de la enfermedad. En lo que yo llamo reacción cristalizada nos hallamos con algo parecido.... la emoción lo que hace es revelar un desequilibrio latente del estado de ánimo...”

Tras terminar los estudios y ya trabajando perfectamente, un año y medio después de la última fase depresiva, le aparece de nuevo otra fase depresiva grave, sin que se relacionase con ningún acontecimiento estresante ni otro desencadenante.

Comentario

En este caso de depresión de subfondo, vemos como un acontecimiento, evidente, pero que no habría que esperar fuera de gran impacto, como es el suspender el carné de conducir, le desencadena el primer cuadro depresivo, y aunque aprueba a continuación, ya el cuadro depresivo continúa su propia evolución. Las dos fases posteriores son de características endógenas, indicándonos que ya se ha puesto en marcha su tendencia interna a padecer la depresión.

2.- Depresión de Claudicación o Agotamiento, descrita por Kielholz.

Son depresiones cada vez más frecuentes, por la vida tan estresada, y acelerada, de nuestros tiempos en los países civilizados.

Como ya escribía Rojo-Sierra en 1962 -y por desgracia aún es aplicable hoy en día- “la sociedad histérica, es una sociedad necesitada de valor ajeno.... Los individuos se arrojan a un impulso desenfrenado a representar esos valores que en su intimidad temen no tener...se interesan por aparentar a los ojos ajenos, y así surge la competición neurótica; la sociedad tiene la creencia de que se es más o menos según pueda tener cosas... y querer parecer en la sociedad cada individuo con más que ningún otro... y entonces se piensa que el hombre afortunado es el que ostenta lujo. Y lo más apetecible de la fortuna es que la gente la admire al presenciarse, luego yo puedo conseguir esta admiración recubriéndome de los signos que ostentan los afortunados”.

No todos los pacientes que padecen este tipo de depresión, se identificarán con el alma de lo escrito en el párrafo anterior, pero lo cierto, es que el sobre-esfuerzo de trabajo, es una constante en nuestra sociedad “civilizada” y sobre todo “supercompetitiva”. Hay que trabajar más, producir más, conseguir constantemente objetivos más altos de producción o de ventas, y si se consiguen antes de lo previsto, no hay problema, se ponen unos nuevos objetivos más altos todavía.⁸

⁸ Llama la atención como Oswald Bunke, en su Nuevo Tratado de Enfermedades Mentales, en 1946 asociaba estos estados depresivos por agotamiento, no al sobre-esfuerzo por trabajo, sino al sobre-esfuerzo por cuidar a enfermos graves de su familia, “las preocupaciones prolongadas o los excesos de trabajo mental que se acompañan de falta de sueño como se observa ocasionalmente en las personas que cuidan enfermos graves de su familia.... y que los estados depresivos, presentados casi exclusivamente en estos casos ...”

Pero esto no es un problema de tal o cual empresa, es un problema de nuestra estructura social. Da igual que sea un Banco, una Fábrica de coches u otro tipo de industria, en todo los lugares hay que conseguir más con menos gastos y si es posible con menos personal. El sobreesfuerzo general está ahí y de forma continua, vivimos ya “normalmente estresados”.

Cuando los estudios epidemiológicos nos aportan hasta un 20% de la población con Trastornos de Ansiedad (incluyendo desde los leves hasta los graves, pero ya son trastornos, es decir, enfermedades) y nos aportan también hasta un 15 % de enfermedad depresiva (igualmente incluyendo desde los leves hasta los graves, pero ya enfermedad) ¿Qué quiere decir esto? Si sumamos ambos porcentajes nos encontramos que solo con las enfermedades de Depresión + Ansiedad, tenemos al 35% de la población.

En definitiva, la gente va muy estresada “a tope”, y si en algunas personas se “juntan” algunos acontecimientos, como una mayor presión en el trabajo, un problema familiar que les haga dormir menos, y en definitiva, un sobreesfuerzo mayor del que ya se llevaba normalmente, entonces, si hay una tendencia Endotímica (es decir, interna) a padecer una depresión, en medio de su sobreesfuerzo aparecerá la enfermedad, generalmente intensa, grave, que lo dejará bloqueado, hasta asustado “por no poder trabajar al máximo”, por no poder cumplir, con ese ritmo trepidante que llevaba.

Esto nos ha ocurrido en muchos pacientes que trabajando muchas horas y durmiendo poco (por ejemplo, han tenido una enfermedad de un familiar, esposa, marido o hijo, y han tenido que compaginar todo a la vez) no han disminuido su ritmo laboral, visitando tras el trabajo al familiar y cuidándolo unas horas en el hospital y durmiendo poco o maldurmiendo. Hasta que el cuadro depresivo aparece, normalmente grave, y ya se hace imposible seguir ese ritmo. La depresión tipo Claudicación ha comenzado. Y ahora aunque duerma mucho, ya no se cura, ya hace falta un tratamiento psicofarmacológico, pues el cansancio que va a tener el paciente (adinamia, inhibición...) ya no es un cansancio normal que desaparecería con descansar unos días, Ya es una enfermedad.

En este caso, cuando se ponga bien, será necesario valorar si además del tratamiento psicofarmacológico, es necesario realizar un tratamiento psicoterápico. Tendrá que hacer un cambio en su postura vital. Si no, de tiempo en tiempo, veremos al paciente volver a nuevas visitas médicas indicándonos que, una vez más, siguió con su sobreesfuerzo laboral -tras recuperarse de la depresión- y al cabo de un tiempo, meses o un año, otra vez estaremos con un nuevo episodio depresivo de iguales características.

Y tendrá que entender que, no es que no se curase bien del anterior estado depresivo, sino que se ha puesto de nuevo en la misma situación de riesgo; y ya su sistema nervioso le dio la señal de que era vulnerable a la depresión en esas circunstancias.

Tenemos, claramente, una vez más identificado el factor externo (reactivo). Pero no siempre los sobreesfuerzos originan depresiones, a otras personas les originan gastritis, cefaleas, dolores de abdomen, diarreas, o les aparece un colon irritable. En nuestro caso la disposición endotímica es hacia la depresión, y por eso, puede aparecer repetidamente ante el mismo acontecimiento o situación de sobreesfuerzo, si se repite éste.

Caso Clínico

ATG es un paciente de 34 años de edad. La depresión que padece desde hace 4 meses se caracteriza fundamentalmente por fuerte inhibición, pasándose todo el día en la cama, con tristeza, llanto, ha perdido la ilusión por todas las cosas incluso por el trabajo, insomnio, anorexia y se pasa todo el día pensando en que es un inútil y culpándose constantemente por no estar trabajando.

Dentro de las características temperamentales sobresale ser hiperactivo emocional secundario de Heymans (muy activo, “no podía estar sin hacer nada” “no hacer algo es perder el tiempo”) así como ser muy ordenado, detallista y perfeccionista, valorándose como “muy responsable” y extrovertido.

En la estructura familiar él es el hijo mayor, único varón, teniendo luego dos hermanas menores. Su padre que también, como él, ha sido ordenado, meticulado y muy responsable, ha tenido un comercio, y la preferencia paterna ha recaído sobre él, más que sobre las hermanas. La primera hermana, más cercana en edad a él la define como “nerviosa, pesimista y reservada” y de la hermana menor dice que es muy alegre, pero poco responsable. Durante la escolaridad, buenos rendimientos y bien la sociabilidad. Realiza luego los estudios de Administración y Empresa, y en los últimos cursos ya, al mismo tiempo que estudiaba, también dedicaba el tiempo que le quedaba a asesorar a empresas.

Tras acabar sus estudios crea su propia empresa y progresivamente va ampliándola. Desde hace tres años nota que aproximadamente cada 3-4 meses se encuentra tremendamente cansado y ha de hacer reposo, en cama 3-4 días, expresando que se siente “con el cuerpo como un saco, y con muchas culpas por no estar trabajando”, mas luego se recupera bien tomando unas vitaminas y vuelve a su ritmo de trabajo muy intenso, desde

las 7 de la mañana hasta la 1 de la madrugada, durmiendo apenas 6 horas diarias.

Desde hace un año ha aumentado su ritmo laboral, trabajando también los sábados y domingos, pues la empresa ha ampliado redes de exportación, hasta que hace 4 meses le aparece el cuadro actual, depresivo, del que ya no se ha recuperado, aunque ha tomado vitaminas.

Comentario

Como este caso, en muchas ocasiones vemos como el paciente mantiene un sobreesfuerzo prolongado, durmiendo poco, hasta que le aparece el cuadro depresivo, nunca mejor dicho por agotamiento o claudicación. En un caso parecido, el paciente sufría una depresión no muy intensa, pero al mismo tiempo una úlcera de estómago, que el médico de digestivo pensaba que se había originado -y no respondido a los tratamientos- debido al sobreesfuerzo mantenido. El paciente tras trabajar desde las 6 a.m. hasta las 10 de la noche, luego recibía clases de informática y de inglés en su domicilio hasta las 1 de la madrugada, pues había empezado a exportar su empresa y él no había tenido, anteriormente, posibilidades de estudiar inglés, ni bases de informática. En este caso cuando se le planteó que debería disminuir algo el ritmo laboral y dormir al menos 7 horas, no admitió esa propuesta ni medicación alguna, “pues todo lo que estaba haciendo era necesario”, no volviendo de nuevo a visita médica.

Algunos pacientes consiguen hacer un cambio óntico⁹, trascendental, en su estilo vital, y aunque siguen trabajando mucho, pero ya desde otra perspectiva interna: descansan bien, duermen, disfrutan de algo más que del trabajo, y si bien trabajan mucho, pueden terminar tras el trabajo cansados, pero no estresados (gran diferencia es ésta), habiendo evolucionado en su proceso de individuación, adquiriendo una nueva perspectiva vital y por lo tanto existencial. En estos casos, es mucho más fácil que tras el alta médica, no haya nuevas recaídas en la enfermedad.

3.- Depresión de Descarga, descrita por Schulte.

Es significativa la capacidad de aguante y resistencia que tiene nuestro sistema nervioso. Mucho más que otros de nuestros órganos internos. Si nos excedemos en una comida, pronto nos damos cuenta que estamos empachados o molestos digestivamente, si hacemos un sobreesfuerzo muscular, pronto nos damos cuenta del dolor o la molestia

⁹ Óntico hace referencia a la esencia del mundo y los objetos del mismo.

que esto supone en nuestro sistema músculo-esquelético. Pero por otra parte podemos mantener meses y meses un sobreesfuerzo psíquico, ya sea por exceso de trabajo, ya sea porque se nos juntan en un mismo lapso de tiempo varios acontecimientos, problemas familiares, o cuidado de familiares en hospitales u otros estresores y “aguantamos”, a lo mejor durmiendo poco y mal, pero manteniéndonos “contra vientos y mareas el tipo”. Es decir, resistimos cumpliendo con lo que consideramos obligaciones personales, laborales o familiares, aunque sea en condiciones de gran sobreesfuerzo y estrés psicofísico.

En ocasiones -como explicábamos en el anterior apartado- puede aparecer una Depresión de Claudicación o Agotamiento, indicándonos, que ya no podía más el sistema nervioso, o la compensación psíquica, que nos mantenía aceptablemente sanos. Pero otras veces la persona es capaz de seguir aceptablemente “sano”, o por lo menos sin una descompensación clínicamente significativa, durante todo el tiempo que dura el sobreesfuerzo y luego, como ocurre con las agujetas que cuando paramos de hacer el ejercicio es cuando las notamos, igualmente, una vez han pasado ya las circunstancias estresantes, entonces y solo entonces, como si ahora ya pudiese la persona permitirse caer enfermo, es cuando aparece la enfermedad depresiva. Estas son las depresiones denominadas de Descarga por Schulte. El paciente se pregunta ¿Cómo es que ahora que ya todo vuelve a la normalidad?, que ya se ha recuperado el familiar ingresado o ya ha cesado tras meses y meses el estrés laboral, ¿cómo es que ahora que todo debería ir bien, me aparece la depresión?

Es como si la disposición a la depresión, favorecida por el estrés mantenido, hubiese estado esperando a cumplir con su obligación existencial, con su obligación vivida, según sus valores como necesaria, y entonces, como la batería de un coche que repentinamente se descarga, ya, una vez cumplida la misión, entonces puede aparecer la depresión que estaba esperando una disminución de la tensión interna, para manifestarse.

Al igual que ocurre con las Depresiones de Claudicación o Agotamiento, la primera misión será tratar psicofarmacológicamente el cuadro depresivo, que puede ser moderado o bien grave. Pero una vez la recuperación de los síntomas, la recuperación clínica, es evidente y ya su nivel de concentración es mayor y también su capacidad de hacer planteamientos futuros, entonces tenemos que plantearnos con el paciente, cuales son sus recursos psicológicos y que planteamiento existencial va a realizar ante posibles nuevos retos de estrés.

Si el paciente durante la dinámica de las entrevistas médicas sucesivas que se realizan, es capaz de elaborar, por sí mismo, un nuevo planteamiento de afrontamiento adecuado ante futuros retos de estrés

psicosocial, la enfermedad, como acontecimiento vital que ha sido, servirá de experiencia intrapedagógica para que el paciente pueda evitar nuevas depresiones cuando se repitan acontecimientos estructuralmente semejantes. Si por el contrario, el paciente no realiza ese cambio interno (óntico) de comprenderse en sus propias limitaciones y de comprender la vulnerabilidad que tiene, cuando “por la dinámica de la vida misma” vuelvan a aparecerle (lo cual puede ser con frecuencia) de nuevo acúmulos de estresores personales, entonces tendrá nuevas “recaídas” depresivas y en estos casos será necesario realizar un tratamiento psicoterápico que acompañe al tratamiento psicofarmacológico.

Hay que tener en cuenta que el 50% de los pacientes que se recuperan de un primer episodio depresivo, padecen uno nuevo en los dos años siguientes. Por esto es necesario conocer cuales son los factores personales (antropofóricos¹⁰) que están interactuando con la sintomatología depresiva. Como bien indicaba Víctor Von Weizsäcker, no hay enfermedades sino hombres enfermos. En definitiva, si solo nos centramos en los síntomas, y sólo nos fijamos que tiene apatía, tristeza, falta de disfrute por las cosas (anhedonia), muy poca disposición para realizar la más mínimas actividades (inhibición)... y no conocemos el fondo vital sobre el que se asienta la depresión, diferenciando si es un cuadro reactivo, si es por agotamiento, o cuales son los posibles factores familiares, orgánicos (enfermedades dolorosas, álgidas, como cuadros de fibromiálgias, o artrósicos o traumatológicos de diferente índole...) o laborales que puedan estar interactuando; si no conocemos esto, difícilmente podremos plantear una vez mejorado el paciente medidas existenciales, vitales o actitudes ante la vida que puedan prevenir cuadros depresivos futuros.

Los tratamientos psicofarmacológicos en los cuadros depresivos pueden tener una duración desde un año (si es el primer episodio) hasta “toda la vida”, si hay más de 3-4 episodios de repetición. Por esto, además

¹⁰ El Diccionario de la Real Academia Española, define la Antropología como la ciencia que trata de los aspectos biológicos del hombre y de su comportamiento como miembro de una sociedad.

Ramón Muñoz Soler señala que la Antropología es una ciencia del ser humano que pone al descubierto las “funciones humanas”, que hacen posible que el hombre funcione como tal ser humano que es. Por otra parte desde Gregorio Marañón el Sesgo Afectivo se denomina Foria (del griego phero = yo soporto) y de ahí las palabras euforia que significa que afectivamente se encuentra uno bien o disforia indicando que afectivamente se encuentra uno mal. La Palabra antropología acentúa mucho el Logos = conocimiento de ser humano y pienso que en el mundo actual donde se busca demasiado la lógica de los comportamientos, hemos de acentuar más los componentes afectivos que movilizan las conductas y la existencia del ser humano contemporáneo. De ahí que me refiera a antropoforia, en vez de antropología.

del concepto “respuesta” al tratamiento, que hace referencia a que el paciente responde, hay que tener en cuenta:

- Sin respuesta: no hay mejoría clínicamente significativa de la sintomatología depresiva.
- Respuesta leve o parcial, sí hay una mejoría significativa de algunos síntomas de la depresión, pero no lo suficiente como para que el paciente vuelva a una vida aceptablemente normalizada.
- Mejoría (significativa). En este caso ya el paciente tiene una mejoría muy significativa en relación a como se encontraba al principio del episodio depresivo. Incluso puede que, en muchos casos, se reincorpore a su actividad profesional o a las labores habituales, con bastante eficiencia, pero sigue notando que no está recuperado “como antes” de tener la depresión. Su vivencia es que no ha vuelto a la normalidad de “estar sano completamente”.
- Remisión (de la sintomatología). Con la palabra remisión ya se quiere indicar que el paciente tiene un “blanqueo” de la sintomatología y la vivencia de volver a encontrarse normal a como era antes de estar enfermo.

Por esto decíamos que era muy importante en un primer paso centrarnos en la respuesta al tratamiento y poner como meta la remisión de la sintomatología, volviendo a encontrarse con la vivencia de normalidad de la salud perdida.

Pero tan importante como esto es plantear a continuación el “tratamiento de continuación”. Con este concepto de “continuación” se hace referencia a que es necesario una duración del tratamiento para evitar las recaídas, entendiendo por recaídas a un empeoramiento de la misma depresión.

Aquí tenemos que tener en cuenta que la enfermedad depresiva no es analógicamente igual a una gripe o cualquier otra enfermedad infecciosa o inflamatoria aguda a la que estamos más acostumbrados. Hay un dicho “muerto el perro se acabó la rabia” y este dicho puede ser aplicado a muchas enfermedades infecciosas. ¿Si ya nos hemos curado de la gripe, si ya se han muerto los virus, para que seguir tomando tratamiento? ¿Si ya se ha curado la diarrea o el cólico, para que seguir tomando tratamiento? Una vez eliminadas las “causas” de la enfermedad no es necesario, en muchas ocasiones, seguir con el tratamiento que se había puesto a propósito.

Pero no ocurre así con las depresiones. Aquí es cierto que en muchos casos podemos relacionar un acontecimiento (en otros muchos casos no) o varios acontecimientos que parecen haberse unido para desbordar nuestra capacidad psíquica y haber descompensado a nuestro sistema nervioso originando la depresión. Pero una vez que la depresión ha comenzado, frecuentemente, como la bola de nieve que ya va montaña abajo, sigue y

sigue independientemente de cual fueran las “causas” o motivaciones que hubieran podido influir en su aparición. Incluso aunque desaparezcan estos fenómenos precipitantes o desencadenantes de la depresión, ésta sigue igualmente adelante. No tenemos un termómetro ni otro aparato que con fiabilidad nos diga, una vez recuperado el paciente de la sintomatología, ahora “ya el sistema neurobiológico cerebral no necesita el medicamento”.

La enfermedad depresiva no se produce por un germen, sino que lo que al fin y al cabo ocurre es que hay una descompensación de sistemas neurobiológicos cerebrales. Es decir, en el cerebro tenemos unas sustancias denominadas neurotransmisores que transmiten la información entre las neuronas. Hay muchos sistemas con sustancias diferentes. Se conoce que en la depresión se alteran, al menos, los sistemas de Noradrenalina, los sistemas Serotoninérgicos y también los sistemas Dopaminérgicos.

En definitiva, no tenemos, en la clínica diaria, ningún aparato o prueba, análisis, Resonancia Nuclear Magnética o TAC etc, que nos pueda decir que ya se ha recuperado, por ejemplo, el sistema serotoninérgico alterado y por lo tanto que ya se puede retirar la medicación que tomaba para apoyar ese sistema.

Claro hay que entender que si no hay gérmenes, bacterias ni virus que matar, la medicación antidepresiva realmente lo que intenta hacer es regular esos sistemas que están funcionando mal. En definitiva, lo que no podemos medir, cuando el paciente ya se ha recuperado, es que el sistema funcione bien sin el apoyo de la medicación.

Por esto decimos que son necesarios tratamientos de continuación, una vez recuperado el paciente, aunque esté realizando la actividad laboral habitual suya diaria; tratamiento psicofarmacológico y muchas veces también tratamiento psicoterápico junto al psicofarmacológico.

Si conocemos la estructura vital, que está detrás de la sintomatología, y por lo tanto conocemos los acontecimientos que han influido en que aparezca la depresión y que la depresión como acontecimiento biográfico, siempre va a ser especial por sus características existenciales¹¹, (depresión de mudanza, depresión de agotamiento, depresión reactiva...) entonces, más fácilmente podremos orientar el tratamiento de una forma holística (completa) y con objetivos claros a atender en “ese paciente concreto” para evitar la recaída de la depresión ya recuperada sintomatológicamente, pero que puede aún no estar completamente compensada en el interior del individuo en los factores psico-biológicos.

¹¹ La palabra Existencia que como ya indicamos en una nota previa proviene de Ex-sistere. Significa “nuestra-vida –en –el-mundo” o como dijo M. Heidegger Existencia = ser-en-el-Mundo.

Igualmente nos ocurre con el concepto “tratamiento de mantenimiento”. Este tratamiento ya lo que plantea, no es solo evitar la recaída de una depresión no completamente curada¹², sino que una vez completamente curada, no vuelva a tener una nueva depresión, es decir, no tenga una “recidiva”.

El conocimiento de un buen campo situacional, y por lo tanto de los factores biológicos, familiares y sociales, ya sean actuales como biográficos del paciente, que han podido intervenir en la aparición del cuadro depresivo, también nos evitará la aparición de recidivas; como por ejemplo, el control del agotamiento y de las horas de sueño en las depresiones de claudicación. En otros casos será necesario poner medicación psicofarmacológica durante muchos años, para evitar las recidivas como ocurre en el siguiente apartado, el de las Depresiones denominadas Endógenas o Endotímicas.

C.-DEPRESIONES QUE SE ENCUENTRAN EN EL POLO “ENDOGENO”

Depresión Endógena, Endotímica o Melancolía.

La depresión denominada Endógena, corresponde a la depresión que aparece por una clara predisposición a padecer esta enfermedad. Aparece sin motivo alguno, sin que se relacione su aparición con ningún desencadenante o acontecimiento especial de la vida del paciente. De repente, en pocos días, o más lentamente en un mes por ejemplo, el paciente se ve sumergido en una enfermedad depresiva, con toda la sintomatología propia de la depresión, sin que pueda relacionarlo con ninguna “causa”.

Como ya vimos anteriormente, cuando se habla del Trastorno Bipolar o de Trastorno Maniaco-Depresivo, este diagnóstico hace referencia a que los pacientes padecen depresiones que tienden a repetirse (se denominan fases depresivas) y luego tras un periodo de estar bien, asintomáticos, padecen fases maníacas, es decir, con euforia, hablan mucho (verborrea), no se les puede llevar la contraria, pues se irritan, ya que tienen

¹² Entendemos dos aspectos, como mínimo en la curación de una depresión. Uno, que haya un blanqueo sintomatológico, es decir una Remisión. Dos, que estén compensados los factores psicogenéticos que puedan originar una recaída de esa depresión ya sin síntomas. Por ejemplo si la depresión se debe a una crisis matrimonial, tan importante es que esté el paciente sin síntomas clínicos, como que esté resuelto, en el sentido que sea, la crisis matrimonial, y la repercusión afectiva que esta ha tenido Es la única forma de considerar la curación como un todo antropofórico

muchos proyectos (se denomina autoexpansión a esta cantidad continua de proyectos), y estos proyectos los ven claros, realizables, como pueden ser comprarse muchas cosas, incluso casas, coches, o ropa, de forma desmesurada y todo lo vivencian con una utilidad que los familiares no la encuentran. Los pacientes en esta Fase Maniaca, están hiperactivos, apenas duermen y se levantan, puede que a mitad de la noche, “para hacer cosas”. Y además con la vivencia de encontrarse “muy bien, como nunca” -dicen a veces- por lo que frecuentemente no quieren seguir tratamiento alguno. (En ocasiones pueden pasar directamente de la fase depresiva a la fase maniaca o puede ocurrir que haya entre una fase depresiva y otra maniaca un periodo de normalidad del estado de ánimo).

Pues bien, estos pacientes que padecen estas depresiones en los Trastornos Bipolares, pasando de tener Fases Maniacas a padecer luego Fases Depresivas, estas depresiones padecidas son de tipo endógeno o también llamadas Endotímicas.

Como decía no hay ninguna “causa” que las origine y la tendencia es a repetirse. Puede ocurrir que en alguna de las fases depresivas, se encuentre que una circunstancia o problema o estrés haya actuado como desencadenante de la misma, pero luego aparecen otras muchas que vienen “solas”, cuando quieren. No se encuentran motivos por los que se tienen estas depresiones, como tampoco se encuentran en las personas que son migrañosas o jaquecosas; decimos que hay una predisposición a tenerlas.

Siempre que haya al menos una fase maniaca a lo largo de las repeticiones depresivas ya hablamos de Trastorno Bipolar (TB), pero también puede ocurrir, que lo que se repita sean siempre y solamente depresiones sin episodios de Manía, entonces hablamos de Depresiones Endógenas Monopolares (solo se da en estos pacientes el polo depresivo, no el polo maniaco). Cuando se repiten las depresiones (depresiones polifásicas o recurrentes) el tiempo que pasa estando curado y sin síntomas entre los primeros episodios es mayor, y a medida que pasan los años este periodo asintomático se acorta.

Si bien es cierto que las depresiones endógenas pueden aparecer en cualquier momento del año, no obstante hay un número de pacientes, que tienden a repetirlos en estaciones concretas, como es el caso del **Trastorno Afectivo Estacional**. Aparecen en las estaciones, sobre todo en primavera y en otoño. Con tratamiento se recuperan, pero luego tienen tendencia a repetir en la siguiente estación. Hay pacientes que tienen tendencia a repetir la depresión con mayor o menor intensidad en ambas estaciones y a otros en cambio solo les ocurre en una de ellas.

Igualmente existe la denominada “**Depresión Invernal**”, que se ha relacionado fundamentalmente con la disminución de la potencia lumínica que ocurre cuando llega el invierno. Estos pacientes, cuando a partir de Octubre o Noviembre ya disminuye de una manera significativa la potencia de la luz ambiental, notan una importante cansabilidad, inhibición, somnolencia (hipersomnia), y en muchas ocasiones aumento del deseo de la ingesta de dulces (hidratos de carbono). Lo expresan, “como si invernase” “no valgo para nada en invierno, voy a rastras”. Por el contrario, cuando ya la luz solar empieza a ser más potente y el día más largo a partir de Marzo o Abril, les desaparece toda la sintomatología, volviéndole la vitalidad que consideran normal en ellos.¹³

Aunque hay una tendencia externa, estacional o invernal, a originar repetidamente estas depresiones, el fondo endotímico (endógeno) que subyace en estos pacientes es claro y determinante.

El concepto de endógeno ya aparece, como indica Mechler, finales del siglo XIX¹⁴, y así aparece también el concepto de “Endon”. Para H.Tellenbach lo endógeno se manifiesta fundamentalmente en lo rítmico. El que aparezcan estas depresiones rítmicamente, repitiéndose una y otra vez, es lo más característico de que sean endógenas.

Lersch ya se refería a las repeticiones de estos cambios de humor, como originadas por el fondo endotímico “se trata de un cambio periódico que no obedece a motivaciones externas, sino que procede de la inconsciente profundidad del fondo vital”

Hablar de predisposición a tener depresiones, nos obliga a hacer una pequeña incursión en la herencia y en la genética.

Existen unas Leyes que se denominan Leyes de Mendel. Gregor Mendel, nacido en Austria y dedicado a ejercer de fraile Agustino, presentó en 1865 su trabajo y aunque no se le prestó importancia hasta más de 30 años después, fue quien estableció las primeras leyes de la genética que concebimos actualmente. En resumen, experimentando con distintas variedades de guisantes, observó que al cruzar una variedad de tallo alto con una de tallo bajo, aparecían descendientes híbridos. Por lo tanto habría parte de los descendientes de tallo alto, otra parte de tallo bajo y otra híbridos. En definitiva, cuando decimos que nuestro padre o nuestro abuelo

¹³ En el hemisferio Sur, las depresiones invernales comienzan en Abril-Mayo y mejoran a partir de Septiembre-Octubre.

¹⁴ Mechler atribuye a Moebius (1892) la introducción de los vocablos “endógeno” y “exógeno” en Psiquiatría (cit. Lopez Ibor 1966)

era calvo y nosotros también lo somos, estamos aplicando las leyes de genética según las concibió Mendel.

Pero en Psiquiatría los trastornos no siguen las Leyes de Mendel y aunque tengamos un antecedente de depresión, no por eso tenemos un porcentaje alto de padecer depresión y además aparecen muchos casos de pacientes con depresiones endógenas que no han tenido previamente ningún familiar con antecedente de depresión conocido.

En este sentido López Ibor (1966) ya decía “un gen no es una determinación absoluta e irrefutable; es solo una posibilidad” y añade Tellenbach “una posibilidad que no ha de transformarse forzosamente en realidad”.

Por esto Tellenbach mantiene la teoría de que en las depresiones endógenas ha de darse:

- 1- A partir de la herencia se da la posibilidad de una predisposición.
- 2- El medio ambiente del ser humano influye sobre esta posibilidad.
- 3- La situación que vive la persona.

Realmente no se ha encontrado aún una genética, ni un gen responsable de la depresión y aunque, el ambiente y las situaciones pueden influir en alguna ocasión para que aparezca la Fase Depresiva endógena, en otras muchas ocasiones no hay circunstancias especiales que podamos determinar para entender estas depresiones, ni desde la perspectiva situacional, familiar, laboral ni desde los antecedentes familiares.

Esto no quita que se conozcan datos claros que existe esa predisposición como es la preferencia por el sexo femenino (2 casos de mujer/1 caso de varón) y que en los gemelos monocigóticos (los que son idénticos) si controlamos 100 pares de gemelos, existe una concordancia del 50%. Es decir, que si uno tiene una depresión endógena, el otro tiene una posibilidad del 50% de tener también una depresión de ese tipo. Pero fijémonos, no se da en el 100 % de los casos de los gemelos, lo cual señala claramente que no hay una genética dominante clara. Más aún, si tenemos en cuenta que en el caso de los gemelos dicigóticos (los llamados mellizos, que ya comparten mucha menor igualdad genética que los gemelos monocigóticos) la concordancia desciende al 14%, es decir, si uno de ellos padece una depresión endógena, el otro tiene la posibilidad en un 14% también de padecerla.

En definitiva, sabemos que hay algún tipo de disposición heredable, pero aún no conocemos que tipo, ni como se manifiesta realmente. Los trabajos actuales son muy abundante en este campo (cromosomas X, 4, 5, 11, 12, 21, técnicas de ligamiento, asociación...), pero aún no se ha encontrado nada definitivo.

Si comparamos las “predisposiciones” con semillas, realmente no sabemos quienes tienen la semilla de la depresión endógena y quienes no la

tienen, y tampoco porqué en determinado momento de la biohistoria se manifiesta esta semilla, aflorando la enfermedad depresiva. Puede ocurrir que muchas personas se mantengan sanas durante toda su vida, larga y profusa, aun teniendo esta semilla en las profundidades de su fondo endotímico pero, aún así, nunca se llegue a manifestar el síndrome depresivo.

Caso Clínico-1

RGG es una paciente de 34 años. Su carácter es introvertido, tozudo, detallista y ordenado. En la familia, la madre y un hermano han sido jaquecosos, el padre alcohólico. Ocupa el tercer lugar en la fratría, teniendo delante una hermana de 45 años y un hermano de 35 años, y detrás de ella una hermana de 28 años.

Durante la infancia sobresale que el padre alcohólico -“llegaba borracho todos los días” por lo que le tenía miedo- le pegaba a la madre y echaba a los hijos a la calle “llegaba de noche y rompía cosas”. Como el padre se gastaba mucho dinero en el alcohol, la madre tenía que trabajar para mantener la familia.

La paciente, aunque era introvertida, mantuvo bien sus relaciones sociales durante la infancia. Con 14 años tuvo que dejar la escolaridad para trabajar y aportar dinero en casa. Novio con 17 años y se casa con 18 años. Desde que se casa, muy bien en la relación y economía matrimonial: “desde entonces en el cielo”, expresaba. Ha tenido dos niñas (teniendo ella 20 y 22 años), adaptándose muy bien a la crianza tanto ella como el marido. Cuando la paciente tiene 28 años, sin que refiera ningún acontecimiento especial, “todo iba perfecto”, repentinamente le aparece la primera fase depresiva. Respondió bien con el tratamiento y volviendo a su vida normal, pero desde entonces, cada 3-4 meses aproximadamente le vuelven nuevas fases depresivas, de las que tarda casi dos meses en recuperarse (“lo que más me apetece entonces es estar en la cama con las ventanas y luces cerradas”) y que se repiten con esta frecuencia aproximada durante estos 6 años (he realizado en dos ocasiones tentativas autolíticas).

Caso clínico-2

JRT es un varón de 30 años. Es hijo menor teniendo un hermano mayor de 40 años de edad y una hermana de 36 años de edad. Su temperamento es extrovertido, detallista, tozudo y padece jaquecas desde los 10 años de edad. Dentro de los antecedentes familiares, la abuela materna, padre y hermana son jaquecosos. La escolaridad y sociabilidad fue normal hasta los 16 años. Con 17 años, sin que refiera ningún evento especial que se pueda relacionar, empezó a encontrarse una noche con

mucho miedo y a partir del día siguiente ya con fuerte tristeza, lloro, sin disposición para realizar ninguna actividad, anorexia e insomnio. Le duró este estado un mes aproximadamente. Al año siguiente volvió a padecer de nuevo una fase depresiva, durándole ya casi dos meses y tomando en esta ocasión tratamiento antidepressivo. Le hicieron un electroencefalograma que salió normal. Desde entonces, independientemente de la estación del año y sin que refiera ningún factor desencadenante, cada dos años vuelve a padecer una nueva fase depresiva, durándole cada vez más (la última que ha padecido le ha durado cinco meses hasta que consiguió recuperarse completamente).

Comentario

En ambos casos se trata de depresiones endógenas. Aunque en el primer caso encontramos una biografía con acontecimientos importantes en la infancia, como el alcoholismo del padre, responsabilidad precoz, inseguridad económica... no obstante se produce más adelante una buena armonización vital, y la aparición de las fases depresivas no tienen relación con los eventos anteriores, ni siquiera de forma simbólica. Las depresiones fásicas que se le repiten son independientes motivacionalmente de esos acontecimientos. En el segundo caso clínico, no encontramos “nada relevante” en su psicobiografía y las fases endógenas aparecen sin relación con acontecimientos desencadenantes.

Esto es importante, ya que muchas veces podemos hallar muchos acontecimientos importantes psicobiográficos, pero siempre tendremos que

valorar si son o no relevantes para comprender la enfermedad que estamos estudiando en el paciente. Si no lo son, no cabe duda que aunque esos acontecimientos sean de gran importancia para el paciente y su vida, no obstante, serán irrelevantes para la estructuración patógena.

Por esto insiste Rojo Sierra (1988) en que “de todos los sucesos y acontecimientos biográficos pasados, solo unos pocos de ellos son eficientes higiénicamente como patogénicamente en el presente. Luego ya no basta detectarlos en una minuciosa biografía o a través de libres asociaciones, sino que una vez detectados habrá que demostrar lo que Oswald Schwarz llamó Fuerza Eficaz de esa vivencia, pues de lo contrario el valor del acontecimiento sería el que el psiquiatra en teoría le diese o juzgase ‘poniéndose en el lugar del paciente’. Pero el paciente es otra persona, es decir, otro sistema referencial de vivenciar distinto del psiquiatra por muy experto que sea”.

Es importante tener en cuenta, que realizar un diagnóstico según estas categorías nos ayuda, a comprender cómo se ha desencadenado la enfermedad y además a valorar los factores cercanos al paciente y las situaciones familiares, laborales y amistades que pueden estar influyendo en el inicio de la enfermedad, así como la personalidad y si hubo acontecimientos a lo largo de la vida del paciente (psicobiografía) que han influido en el desencadenamiento de la enfermedad actual. Pero además con estas valoraciones podremos determinar la importancia o necesidad de un tratamiento de psicoterapia, además del medicamentoso (psicofarmacológico) y no sólo esto, sino lo más importante, que tipo de psicoterapia y sobre que aspectos ha de centrarse la psicoterapia, los objetivos de la misma.

El médico ha de comprender la enfermedad y situar la enfermedad en el marco existencial del paciente, en su sentido vital y psicobiográfico.

Esto quiere decir que no solo es cuestión de detectar que el enfermo padece síntomas de depresión y que padece una enfermedad depresiva y dar un diagnóstico, sino que es necesario encuadrar ese diagnóstico en la realidad de cada paciente, y entonces cada depresión es diferente a otra, aunque los síntomas sean los mismos.

Muy a menudo les digo a los pacientes que las depresiones son como los edificios, que puede haber varios iguales o parecidos uno al lado del otro; parecidos en las fachadas, pero luego por dentro, puede cambiar mucho cada piso dentro del mismo edificio y no digamos comparándolos con los pisos de edificios contiguos, aunque estos sean parecidos. Por fuera, todos los pacientes deprimidos están tristes, les cuesta hacer las cosas, pierden ilusión, pero ¿y por dentro? ¿Qué supone cada depresión como acontecimiento particular en cada vida? El cómo se ha originado y cómo es la figura de cada persona (como en una pintura de un cuadro) y el fondo existencial (a modo del fondo de un cuadro) constituye la verdadera labor de diagnosticar y clasificar la depresión como acontecimiento vital que le sucede, singularmente, a cada ser humano, de forma diferente a los otros seres humanos.

Así espero que el paciente entienda la importancia del comprender “su depresión” y cómo su depresión está entrelazada en su vida personal y por lo tanto diferente a otras depresiones.

Y digo que espero que el paciente pueda “comprender”, ya que no solo es importante diagnosticar la enfermedad. Tan importante como esto es

“explicar” la enfermedad al paciente. Lo que muchas veces el psiquiatra ve “evidente” y clarísimo, sobre cómo se ha producido “su” depresión, para el paciente puede ser una incógnita. El paciente, como aquella persona que se encuentra perdida en un bosque, generalmente no tiene perspectiva sobre los caminos que hay, para salir del bosque. Tú, desde un helicóptero podrías guiarle y explicarle donde están los caminos que desde arriba los ves tan claramente.

Igualmente, cuando explicamos al paciente como es “su” depresión, muchas veces entienden por lo menos su propio acontecer y comprenden además el objetivo de la medicación y el para qué, si es necesaria, de la psicoterapia. Claro está que si la depresión es muy grave, la capacidad de concentración y atención puede estar muy disminuida y habrá que re-explicárselo al paciente cuando éste vaya mejorando.

TABLA II. TIPOS DE DEPRESION

Weygandt	s.XVIII	Enfermedades del humor o del ánimo
Baillarger J	1854	Locura circular
Schäfer	1880	Melancolía anestésica
Kraepelin E	1896	Enfermedad Maniaco-Depresiva
Kraepelin E	1896	Melancolía involutiva
Bleuler E	1924	Psicosis afectiva endógena
Lange J	1928	Depresión endógena
Lange J	1934	Depresión de mudanza
Hempel J	1937	Depresión disfórica
Weitbrecht H J	1953	Depresión endorreactiva
Leonhard K	1957	Psicosis monopulares y bipolares
Bürger-Prinz H	1959	Depresión de desarraigo
Schulte W	1961	Depresión de descarga
Kielholtz P	1965	Depresión de claudicación
Häfner H	1954	Depresión existencial
Lemke R	1964	Depresión vegetativa
Lopez-Ibor JJ	1965	Depresión cristalizada
Schneider K	1967	Depresión de Trasfondo y Subfondo
Kielholtz P	1972	Depresión neurótica
DSM-IV	1994	Trastorno Depresivo
CIE-10	2000	Episodio Depresivo

FIGURA 2.

ESPECTRO DE LAS DEPRESIONES

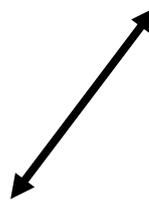
POLO REACTIVO

Depresión Reactiva.
Depresión de Trasfondo (K.Schneider) (SITUATIVA).
Distimia (Depresión Neurótica, Kielholz).
Depresión de desarraigo (emigrantes).
Depresión de Mudanza (Lange).
Depresión Existencial (Haffner)



GRUPO ENDORREACTIVO

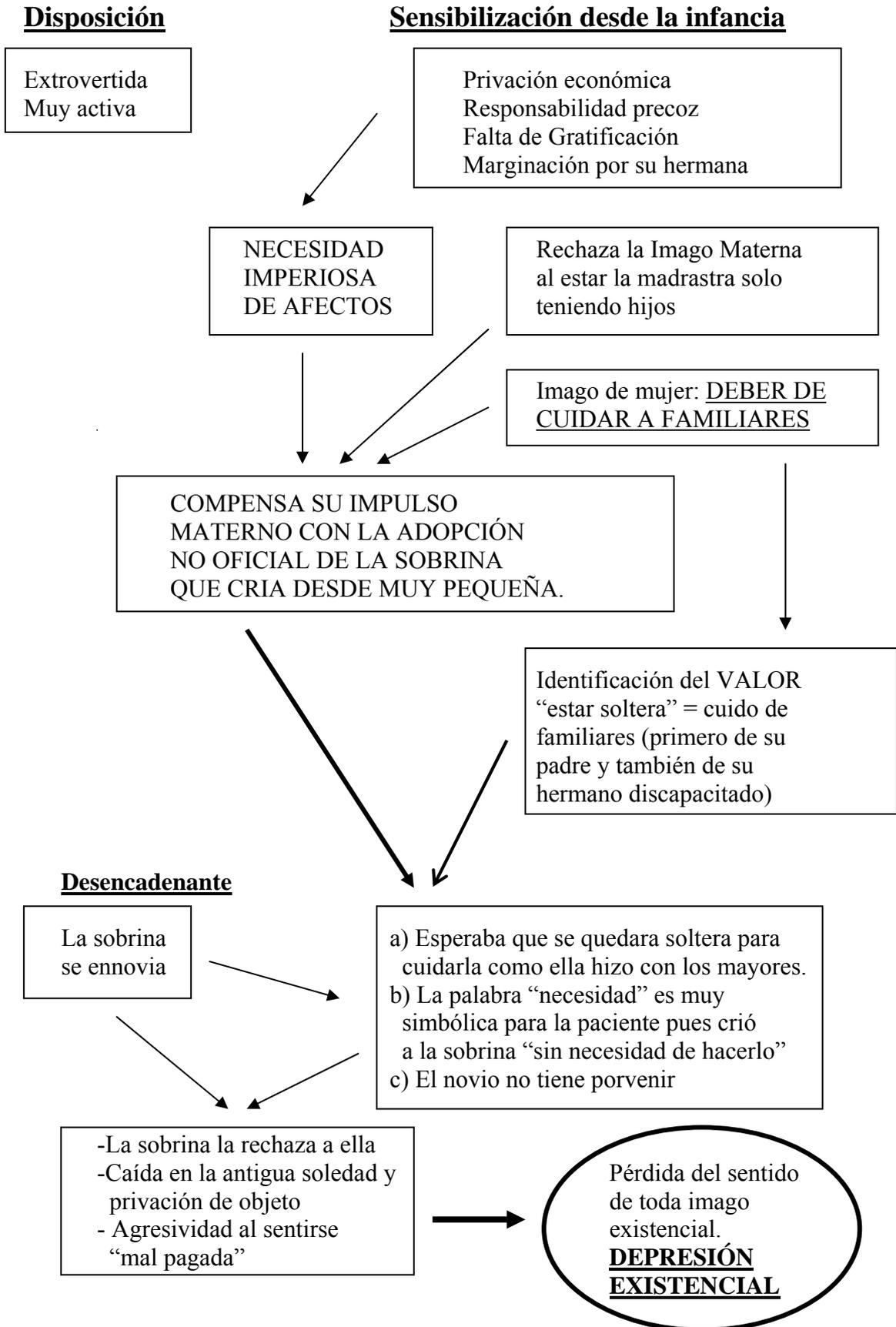
Depresión de Subfondo (K. Schneider)
(D. Cristalizada. L-Ibor)
Depresión de Claudicación (Kielholz)
Depresión de Descarga (Schulte)



POLO ENDÓGENO

Depresión Endógena o Melancolía

FIGURA 3



**10.- DEPRESIÓN EN EL CONTEXTO DE LA
MEDICINA ANTROPOFÓRICA (el hombre es el que
enferma y el médico tiene la misión de captar
vivamente el sentimiento de enfermedad).**

- Entrevista psiquiátrica y relación médico paciente.
- ¿Desparecerán las depresiones? El Humanismo genético. La emergencia del Hombre Gen-Ético
- La Logoterapia. Diálogo entre los Profesores Miguel Rojo Sierra y Omar Lazarte.

10.- Depresión en el contexto de la medicina Antropofórica (el hombre es el que enferma y el médico tiene la misión de captar vivamente el sentimiento de enfermedad)

Sócrates: “No es lícito curar los ojos sin curar la cabeza, y la cabeza sin curar todo el cuerpo”

Tracio: “Ni el cuerpo sin curar el alma”

DIALOGO ENTRE SÓCRATES Y UN TRACIO

Puede parecer raro el título de este capítulo para muchos lectores, y por eso voy a explicar el significado del mismo.

Lo que hace de este problema de la conexión entre lo corporal y lo anímico una cuestión tan difícil es la tendencia a considerar cualquier proceso “natural” bien sólo por el lado material corporal (o sea, científico-natural) o bien sólo por el lado anímico-espiritual, es decir, de las ciencias del espíritu. Es como si consideráramos separadas las dos funciones: o bien es una cosa “bioquímica, inmunológica, orgánica etc.” o bien es una cuestión “de las emociones”, de la psique o de la voluntad, como algo distinto a la parte orgánica. Cada una de estas modalidades de examen supone métodos, aprendizajes y conceptos distintos. Incluso las aptitudes para la investigación parecen ser distintas en ambos dominios. Estas circunstancias se manifiestan precisamente en las ciencias de la salud como un especial dilema que ha conducido a una diferenciación entre somáticos y psíquicos, de los cuales unos investigan la enfermedad a partir de cuerpo y otros desde el “alma”¹⁵ (Jores).

¹⁵ La palabra Psyché, proviene de un verbo griego que significa “soplar” y a partir de ahí el “soplo o hálito” que exhala el ser humano al morir. Así, luego ha pasado a significar “vida”, que también se escapa del cadáver, representando el “alma”. Según cuenta Homero, la Psyché sale volando de la boca del que muere como si fuera una mariposa, que también en griego se escribe psyché. Cuando se representa la historia de amor de “Psique” con Cupido, aparece ésta como una mujer, a veces, con alas de mariposa. Según la leyenda, immortalizada por Apuleyo, Psique era la tercera hija de unos Reyes de una ciudad de Grecia, siendo tan hermosa que la comparaban con la propia Venus /Afrodita. Afrodita herida en su orgullo encargó a su hijo Cupido /Eros que le lanzara una flecha de oro oxidado para que se enamorase del hombre más horrible y ruin que encontrarse. Pero al verla, Cupido, se enamoró de ella.. Al final Zeus interviene para que los dos amantes puedan vivir felices, en el Olimpo, se reconcilia con Afrodita y se hizo inmortal.

Pero como realmente es incuestionable la unidad somato-psíquica y como los estados emocionales están mediatizados por la moléculo-biología y los estados somáticos siempre conforman nuestra vivencia existencial y nuestro marcaje existencial, “nada orgánico carece de sentido; nada psíquico carece de cuerpo” al decir de Von Weizsäcker.

Podemos pasar de lo Psíquico al síntoma corporal y del síntoma corporal a la biografía, a la configuración de la personalidad (Von Weizsäcker). En la **FIGURA 8** vemos un esquema de esta idea.

Pero también podemos decir que el síntoma corporal repercute en lo psíquico (un dolor, nos puede poner tristes e impedir alegría) y esto a su vez es un acontecimiento vital que conforma nuestra biografía y configura nuestra personalidad, pues acontecimientos físicos a lo largo de nuestra vida, pueden tener impactos importantes en nuestra manera de concebir el mundo y la existencia (esto, como ya vimos anteriormente, se ha denominado Causación Descendente: lo psíquico influye en nuestra neurotransmisión y por lo tanto en nuestro funcionamiento orgánico; y también podemos hablar, en la otra dirección, de Causación Ascendente: porque la actividad somática origina estados psíquicos).

La realidad humana vivenciada es sólo una y, en definitiva, como bien indica J. Huxley (1967), lo mental y lo material son dos aspectos de esa realidad, dos abstracciones realizadas por nosotros desde el campo de la experiencia.

Siempre me ha interesado vivamente entender al paciente psíquico dentro de su globalidad personal. No basta con decir que un paciente padece una depresión.

Si imaginamos distintos edificios con fachadas muy parecidas en una calle, diríamos que esas casas son iguales. Igualmente podría parecer en las depresiones, en las que prácticamente, en mayor o menor medida, todos los pacientes padecen tristeza, disminución o falta de iniciativa para realizar las actividades (inhibición), poco o ningún disfrute e ilusión (anhedonia) etc. Pero luego los edificios parecidos y los distintos pisos pueden ser muy diferentes por dentro. Igualmente cada paciente psiquiátrico, y lógicamente cada depresión, es muy diferente; es más, es única. Recae en un individuo único, con una vida y acontecimientos vitales (psicobiografía) única, y que ha asimilado las distintas situaciones que le han ocurrido, ya sean estreses familiares, fallecimientos, problemas en la infancia, en la adolescencia, también de manera única.

Cuando diagnosticamos la depresión no podemos quedarnos sólo en la fachada de los síntomas; eso es lo fácil, decir que tiene unos síntomas y

darle un antidepresivo, haciendo una medicina que si bien puede ser práctica en muchas ocasiones, en otras es desastrosa al olvidar el conjunto individual. Por esto ya decía Lopez-Ibor (Snr) en 1966 que era muy importante la comprensión vital de cada paciente de forma singular: “esta es la psiquiatría que no está en los libros... esta es la Psiquiatría que está en la medula de los verdaderos psiquiatras”, remarcaba.

Y por esto mismo ya señalaba Jaspers en su autobiografía (1958) que el objeto de la psiquiatría es “la totalidad del hombre, no sólo su cuerpo, sino también su personalidad, su propio ser... las enfermedades mentales son no sólo enfermedades cerebrales, sino también de la personalidad”.

Por lo tanto la psiquiatría es especialmente antropológica.

¿Y que es la antropología?

Según el diccionario de la Real Academia Española, es la Ciencia que trata de los aspectos biológicos del hombre y de su comportamiento como miembro de una sociedad.

Por su parte, Ramón Muñoz Soler dice que la Antropología es una ciencia del ser humano que pone al descubierto las “funciones humanas”, que hacen posible que el hombre funcione como tal ser humano que es.

Y Von Weizsäcker remarca: “Medicina Antropológica” es el estudio del Ser Humano dentro de la Medicina.

En definitiva no podemos olvidarnos que cuando estudiamos al ser humano deprimido, hemos de considerarlo como un sujeto singular, con su historicidad especial, único en su depresión, con sus funciones humanas, biología, comportamiento y circunstancias familiares y sociales también únicas.

En consecuencia, dice Jiménez Díaz “clínica autentica es la que realiza un hombre frente a otro hombre”¹⁶.

Por esto insisto en este capítulo en enmarcar la depresión en el contexto antropológico, y por lo tanto del conocimiento humano.

Pero no sólo digo antropológico, sino que digo Antropofórico.

Desde Gregorio Marañón, el “Sesgo Afectivo”, es decir, la vivencia de nuestro estado afectivo se denomina Foria (del griego phero = yo soporto). De ahí viene la palabra “euforia”, que significa sentirse afectivamente

¹⁶ Cuando escribo “hombre” me refiero al *ánthrôpos* (griego), al *homo* (latín), término que significa ‘humano’ y que por lo tanto abarca a los dos sexos, tanto masculino como femenino. Como señala el Diccionario la Real Academia de la Lengua Española, bajo esta acepción se comprende a todo el género humano.

estable¹⁷ o la palabra “somatodisforia” que sería sentir afectivamente el cuerpo desagradable.

Cuando valoramos a los pacientes que padecen una depresión, no sólo hacemos un análisis de su sintomatología, sino también de la vivencia afectiva que ésta les supone a ellos. De ahí muchas veces las ideas de muerte al sentirse que no valen, que no son capaces de vivir en esas condiciones, en este mundo.

Y no sólo esto, ¿Cuál es la repercusión que la depresión ha tenido en el paciente? La enfermedad es un acontecimiento vital de especial importancia que conmueve los cimientos de la estabilidad psíquica del sujeto. Muchos pacientes han sufrido una vivencia tan terrorífica con su depresión que luego prefieren tomar medicación mucho tiempo, después de estar asintomáticos, “con tal que no les vuelva” ese infierno de desvalimiento.

Y es más, es muy importante la inseguridad que se origina en muchos pacientes al padecer depresiones recurrentes, inseguridad por el hecho de no saber si van a poder hacer proyectos el próximo invierno, la próxima primavera, otoño, o los próximos meses, por la posible reaparición de nuevas recurrencias depresivas que le impiden un continuum de su proyecto vital.

La psiquiatría no solo se centra en el conocimiento operativo de lo que le ocurre al hombre en la depresión. Muchas veces este conocimiento tiende a enmarcarse en parámetros de funcionalidad laboral, de adaptación al medio o de que ya ha desaparecido el sufrimiento que padecía el paciente al haberse curado de la depresión. La Psiquiatría ha de valorar, entender y ayudar en algo más. Insisto en no olvidarnos en el impacto afectivo, la foria, que la depresión está teniendo en el paciente o ha tenido una vez pasada la sintomatología depresiva.

Los psiquiatras no podemos dejar de ser en cierto modo Foriatras, es decir, médicos que valoran y evalúan en los pacientes los estados afectivos. Pero no solo los estados afectivos propios de su enfermedad depresiva, sino también, y esto es importante, la repercusión afectiva que el paciente vive cuando se mira a si mismo sufriendo su enfermedad depresiva, y también cuando ya le ha desaparecido la sintomatología clínica. La enfermedad depresiva se habrá curado, en ese episodio al menos, cuando los síntomas han remitido, pero la misión médica no ha terminado aquí; el psiquiatra ha de seguir valorando, holísticamente, la repercusión afectiva durante y

¹⁷ Aunque el prefijo “eu”= bien, hace referencia a estable, acertado, armónico, en el caso de euforia no solo se identifica con la sensación de bien-estar, sino también con un sentimiento afectivo de optimismo.

después de la sintomatología y por esto la psiquiatría ha de ser Antropofórica¹⁸.

Una vez aclarado el concepto podemos ya considerar dos derivas

Primera deriva: Psiquiatría antropofórica como ciencia de la salud.

Como toda enfermedad, del tipo que sea, es siempre un acontecimiento humano y siempre va a tener una repercusión existencial (ex-sistere = ser-en-el-mundo), por lo tanto va a tener una repercusión sobre la persona y su mundo. No es posible concebir, actualmente, en las ciencias de la salud, la valoración o el tratamiento de un paciente sin tener en cuenta siempre que habrá una repercusión -mayor o menor- en su totalidad bio-psico-social. Estoy de acuerdo con Ramón Muñoz en que cualquier interpretación parcial o reduccionista a algunos de estos niveles particulares está condenada al fracaso, en el caso humano.

Cuando se hacen estudios biográficos escrupulosos se detecta constantemente la estrecha relación entre enfermedad- destino personal- y destino social. (Jores). Toda enfermedad tiene una influencia en el destino de la persona por la repercusión que le supone, e igualmente en su desarrollo social. Por esto tenemos ya claro que toda depresión va a ser un elemento importante, conformador de nuestra vivencia biográfica y de nuestra vivencia social pues influye, en nuestra vida íntima, en nuestra concepción del mundo y en nuestra concepción de las relaciones interpersonales y por lo tanto sociales.

Lo que es importante entender, es que no estamos hablando solo de una concepción psicológica del enfermo, en su aspecto más íntimo y subjetivo aunque éste sea nuestro centro de interés. No se trata de entender las enfermedades orgánicas, gastritis, artritis etc., desde una percepción biológica, técnica y las enfermedades “psiquiátricas” desde una concepción psicológica.

¹⁸ Realmente yo diría de una forma más detallada, que tenemos que realizar una psiquiatría endo-Noofórica. La palabra endo, se refiere a la interioridad al intus de la persona.

Con la palabra Noo (derivada del griego noûs = mente), y noema que significa “contenido objetivo del pensar” se está siempre refiriendo a que “me doy cuenta de algo”. Por lo tanto lo que estamos valorando en la psiquiatría noofórica, en el caso de la depresión, es el darse cuenta el paciente de su reacción afectiva que tiene debida a los sentimientos de tristeza, muerte, pérdida de ilusión, etc., que su depresión le origina (intus).

Al valorar el psiquiatra este darse cuenta (estado mental - Noo) de sentimientos (foria) que su estado afectivo hundido le origina, estamos realizando una psiquiátrica endo-noofórica.

Cuando concebimos a cada paciente de una manera individual, teniendo en cuenta la repercusión que le está originando su enfermedad sobre él mismo, entonces nos acercamos a una concepción que supera a la de la medicina psicosomática, y es una concepción en la que la tarea fundamental es la Antropología de la salud.

¿Por qué digo que supera la concepción psicosomática?

Veamos definiciones de psicosomática:

Definición del Diccionario de la Real Academia Española: Dícese de lo que implica o da lugar a una acción de la psique sobre el cuerpo o al contrario.

Definición de Laín Entralgo: Aceptación inmediata: estudio de la enfermedad humana según los dos aspectos de su realización, el psíquico y el somático.

Realmente como indica Von Weizsäcker, “No es suficiente interpretar, lo corporal por lo anímico y lo anímico por lo corporal”.

No estamos hablando cuando nos referimos a una antropología de la salud, ni a una “acción de la psique sobre el soma o al contrario”, ni a “los dos aspectos de su realización, el psíquico y el somático”, sino a una forma de entender una totalidad del ser humano y en la necesidad de valorar siempre, que hasta la más pequeña enfermedad corporal “sin importancia” puede tener un impacto trascendental en el sujeto, pues puede estar cargada de gran fuerza impactante por su realidad psicobiográfica. Por esto en la idea de una medicina antropofórica -o si queremos mejor antroponoofórica- siempre estamos considerando el impacto de la vivencia afectiva que cualquier enfermedad está originando en el paciente.

Si hacemos esto, entonces abandonaremos el trabajo “habitual” que sobre la salud y la enfermedad se realiza con demasiada frecuencia por la medicina actual, cuando se centra en lo “evidente”: el médico de digestivo sobre el aparato digestivo, el neumólogo sobre los pulmones y sus patologías, etc, como si fueran aparatos independientes, aunque se tengan en cuenta ciertas influencias de unos sobre otros.

Esto es porque, como estamos indicando, no se realiza frecuentemente una visión antropológica en la práctica de las ciencias de la salud, y solo damos por hecho que “subyace” la conexión entre todas las funciones del individuo. La unidad del individuo se presupone pero no se aplica en la praxis de las ciencias de la salud. Esto es un “vicio”, como dice Fromm, ya que nos vendemos a los resultados próximos y a la recuperación “aceptable” del paciente pero nos olvidamos de la repercusión que toda patología tiene en su sentido vital.

Por lo tanto, para terminar esta deriva, tengamos claro el concepto de que desde una perspectiva antropológica, cualquier estado, acto o situación que afecte a la salud ha de ser entendida en el contexto holístico de la persona y por lo tanto en el contexto de una ciencia antropofórica de la salud¹⁹.

Segunda deriva: el “tiempo robado” y el axioma de la “eficacia” frente a la antropología de la salud.

¿Creemos que solucionamos el problema cuando actuamos de una manera técnica?

Muchas veces sí. Cuando damos un antibiótico, un protector gástrico o simplemente cuando damos un tranquilizante a un paciente ansioso o un antidepresivo a un paciente deprimido, muchas veces pensamos que ya hemos solucionado el problema. El paciente se va contento. Y generalmente el “tratamiento es eficaz”. Pero entonces estamos considerando que “La enfermedad es vivida como una avería en un servicio” (Jores), y el paciente y muchas veces el profesional de la Salud ya no es capaz de percibir su sentido profundo.

La Ciencia para curar ha avanzado técnicamente tanto, que pocos pacientes están dispuestos a conocer y sobrellevar sencillamente hasta el fin la enfermedad. El hombre ya no tiene tiempo ni para estar enfermo. Como dice Müller-Eckhard, tenemos que hablar de “la enfermedad de no poder estar enfermos”.

Muchas veces el profesional de la salud favorece estas tendencias; contra cada síntoma, contra cada clase de dolor, se recetan medicamentos inmediatamente sin más.

El médico, como otros tantos profesionales de la salud, está educado (no formado) en lo científico natural; y por lo tanto transfiere una imagen del mundo científico-natural al hombre enfermo. El paciente habitualmente se siente cómodo, se “con-forma” y confía además en esta perspectiva científico-natural, cerrando el círculo de refuerzo positivo. “La ciencia aporta los mejores resultados” es lo que transmite el profesional y lo que desea el paciente.

La medicina científico-natural, aparentemente tiene todo el poder de curar con sus técnicas, y lo que no es curable es simplemente porque la técnica y los avances científicos aún no han evolucionado suficientemente. Cuando lo hagan, ¿que seremos? ¿“robots”, pero eso sí, tecno- pensantes?

¹⁹ Y por esto el concepto antropología de la salud supera (abarcándolo) al concepto clásico de antropología médica.

Frente a ésta medicina “pragmática”, podríamos argumentar que, con placebo, se puede hacer desaparecer el 60% de los dolores de cabeza.

En resumen podemos distinguir 3 formas de curar enfermedades: (Jores)

- 1- LA PRAGMÁTICA, (fundada científico-natural). Curación como en un taller de reparaciones. El profesional está convencido de la perfección de la técnica. Exige un profesional formado científicamente, tal como en lo esencial constituye el ideal de nuestras Universidades. Adquieren gran relevancia las exploraciones, las radiografías y pruebas “objetivas”. El especialista se hace más impersonal en la práctica, con gran entrenamiento científico y el paciente se acerca cada vez a ser un “caso”. El Profesional no sabrá nada de la biografía del paciente, solo sabe algo de su historia clínica. Lo que prefiere es que el paciente se conduzca de modo completamente pasivo y se pliegue a sus prescripciones.²⁰
- 2- LA MÁGICA. Actúa con sugestión y lo que interesa es la curación y no el diagnóstico ni patogenia.
- 3- LA PSICOTERAPICA. Interesa la anamnesis, la biografía y el curso de la vida.

Pero obligatoriamente ha de haber una forma integradora y flexible, o quizá además de integradora, abarcante. Abarcante ya que en Psiquiatría, con la influencia de la Filosofía Humanista e integrando a la vez la tecnificación de la actividad clínica -y los avances en biología molecular, neurotransmisión y genética- la antropología abarcante de la medicina científico-natural, ha de ser una “Antropología noofórica”. Es decir una antropología clínica que teniendo en cuenta también las aportaciones del naturalismo actual y las investigaciones tecnificadas, crea así una emergencia antropológica, nutrida también desde la lógica y la física.

Como el rôle del psiquiatra va a suponer siempre una actividad médica, es decir, de cuidado y atención al enfermo (Medeô = cuidar a otro), la asistencia psiquiátrica como quehacer Antropo-noo-fórico, va a ser por lo tanto técnica y pragmática (no renuncia a ella, sino que la abarca, suponiéndola demasiado angosta como para considerar por si sola las enfermedades humanas) y al mismo tiempo no rechaza la importancia del vínculo afectivo (iatrogénico) que se crea con el paciente, y por tanto considera siempre la enfermedad como un acontecimiento humano que entreteje la vida del paciente valorando la repercusión en sí mismo y en su entorno social, laboral o familiar.

²⁰ Cuando esta “medicina” se realiza contra-reloj, viendo un número exagerado de pacientes en poco tiempo, como ocurre en algún sistema sanitario, M. Rojo Moreno la denomina “Medicina Industrial”.

Es un error pensar que la medicina pragmática-científico-natural es más curativa que una medicina centrada en una práctica antropofórica y por lo tanto global.

Pero entonces ¿porqué el uso habitual, hoy en día, es la medicina científico-natural (vamos a denominarla también técnica) y no una basada en la concepción antropológica de la salud?

Quizá la respuesta esté, al menos, en tres aspectos.

1.- Realmente la medicina técnica aporta grandes beneficios y curaciones de síntomas en un plazo muy corto. Por ejemplo ante una infección, una gastritis, una colitis, etc.

2.- Las medicinas llamadas “alternativas” quieren tener resultados técnicos, pero sin técnica. Mostrar resultados científicos, pero sin ciencia. Y al final no consiguen más que hacer un planteamiento pseudo-práctico, con pobres resultados. En otras palabras, no curan lo suficiente, queriendo imitar, en el fondo, a la medicina técnica.

3.- Lo que he denominado “el tiempo perdido”. Vivimos como si hubiésemos perdido tiempo de nuestra vida y tuviéramos que recuperarlo a toda velocidad. Cualquier cosa que nos cure pronto, y además con base “científica” nos es válido, primero por su eficacia, segundo porque al ser científico, nos da seguridad.

Pero realmente, con lo anteriormente dicho, ¿nos curamos?

¿Si tan efectiva es la medicina técnica actual, porqué no es el hombre mucho más feliz al encontrarse sano y a sabiendas que si enferma, pronto sanará?

La respuesta está en que con la medicina técnica, curamos enfermedades pero no “enfermedades que son acontecimientos humanos”. Se cura la enfermedad orgánica, o la enfermedad en-el-hombre, pero no al hombre que “es-un-ser enfermo”. Sería más claro si dijéramos que se cura “la enfermedad” con minúsculas “”, pero no “LA ENFERMEDAD” CON MAYUSCULAS. La enfermedad “con mayúsculas”, no se puede separar del ser humano sufriente, de su impacto vivencial, valorándose siempre la repercusión vital de la misma, aunque sea una simple gripe. Por esto para Von Weizsäcker, es la antropología de la salud la que establece la relación existencial en todas las Ciencias de la Salud y en el arte de curar, y se pregunta ¿Qué será este hombre?

Preguntarse ¿Qué será este hombre? supone que si se realiza la curación, será una curación Total, de Su Salud, no solo de la sintomatología que padece.

El objetivo de la medicina antropofórica no es la Terapia, sino la Curación, de la enfermedad, incluyendo en este concepto de enfermedad, tanto la sintomatología como la repercusión afectiva que la enfermedad le esté originando o le produzca en un futuro, valorando siempre cual es el impacto de la enfermedad en su integración psicobiográfica. Si bien es importante cual es la “causa” de la enfermedad, más importante va a ser “a donde la enfermedad le conduce”. Su repercusión, pues, nunca será ajena al hombre.

En resumen, para terminar, con todo lo expuesto, entendamos que todas las enfermedades (todas, insisto) son específicamente humanas, porque pueden tener un impacto emocional imposible de pretender en el resto de las especies animales.

Este poder-tener-impacto-emocional, sólo por el hecho de existir como posibilidad, nos obliga a cada profesional de la salud a enfocar a cada paciente antropofóricamente. En caso contrario no estaremos ante un Médico, en su caso, sino más bien ante un medicólogo²¹ o ante un magnífico técnico de la medicina eficiente en lo concreto.

No tengo la más mínima duda: las ciencias de la salud no es que tengan que introducir la antropología, es que son por fundamento y esencia antropofóricas, y esto es apodíctico²².

¿Cuándo introduciremos de forma habitual la practica antropofórica en el ejercicio de la medicina diaria?

Entrevista psiquiátrica y relación médico paciente

Desde el momento que se produce el encuentro entre el médico y el paciente ya está comenzando la entrevista psiquiátrica. E incluso como solía decir Von Leyden a sus discípulos “el primer acto del tratamiento es el acto de dar la mano al paciente”.

En cada visita que el paciente realiza con el médico se produce siempre un acontecimiento humano. Acontecimiento humano que adquiere para el paciente un significado especial, pues aunque padezca una banal infección o simplemente vaya a una revisión rutinaria, siempre estará a la

²¹ Término que usó el Prof. Miguel Rojo Sierra

²² Apodíctico, es definido por el Diccionario de la Lengua como incondicionalmente cierto, es decir pensamiento racional concluyente y cierto.

espera del diagnóstico o de la palabra del médico que pueda confirmar su gravedad, levedad o la normalidad de su estado actual. En ocasiones el médico puede no darse cuenta con que ansia y expectación o esperanza, el paciente, está deseando que llegue el momento de ser visitado, aunque sea para decirle simplemente que “se encuentra bien”. Por esto toda relación médico-paciente supone obligatoriamente un vínculo, es decir, una atadura (vinculūm = atadura) que se va a dar entre dos personas en un marco interpersonal. Además, en psiquiatría, la confianza que se desarrolla entre estas dos personas (paciente–médico), ha de ser especialmente personalizada (Rojo Moreno J, et al 1990).

¿Por qué especialmente personalizada?

Porque esta atadura o vínculo interpersonal, en el caso de la relación psiquiátrica, como dice Dorr, va a tener la característica de la “asimetría”.

La asimetría supone que el que solicita ayuda, el paciente, apenas nada sabe acerca del mal que le aqueja, en cuanto que no puede objetivarlo y el psiquiatra será el poseedor de todo el conocimiento.

Frecuentemente en medicina general, el paciente puede señalar y localizar el malestar que padece, diciendo de esta manera, me duele el estómago, la pierna, siento picores en el brazo o ahogo al subir las escaleras, “pero yo estoy bien”. Con esto indica el paciente que su vivencia del “yo” es normal, y que es su cuerpo el que está fallando.

El enfermo somático puede distanciar su dolencia del “si mismo” y hacerla objetiva (como en el caso del dolor de rodillas), y convertir la enfermedad en lo que denominó Laín Entralgo “un accidente morboso”.

De esta manera si tenemos en cuenta la famosa frase de Ortega y Gasset “yo soy yo y mis circunstancias”, en la enfermedad somática el paciente puede situar la enfermedad en el segundo “yo”, es decir, en “yo y mis circunstancias”.

Pero en la enfermedad psiquiátrica, al estar imbricada en nuestro ser, se sitúa en el primer “yo” de la frase “yo soy yo y mis circunstancias”²³

Al no haber en psiquiatría normalmente localizaciones morbosas, el paciente depresivo, es “él”, su yo, el primero de la frase orteguiana, el que se encuentra deprimido, y las manifestaciones de cansabilidad, y desgana o tristeza, o incluso pérdida de apetito, las achaca a que “él está enfermo”, no a una parte del cuerpo. Por lo tanto frente a un frecuente localizacionismo de la medicina general, la referencia que el enfermo hace durante la

²³ Es como decir “yo soy yo”. El primer Yo es el que consideramos genuino, propio, irreducible. El segundo Yo es más circunstancial y variable. Así si digo “yo no quería ir, pero (yo) tuve que hacer el viaje y asistir a la reunión”, el primer Yo es el genuino, y el segundo Yo es el que se presentó en la reunión y estuvo amable, simpático y adaptado a la circunstancia que no le quedó más remedio que cumplir.

entrevista psiquiátrica es fundamentalmente vivencial. El depresivo no puede “objetivar” su padecimiento, señalándolo con el dedo, sino que abocará a la vivencia de su Ser. El paciente psicótico expresará con absoluto convencimiento sus vivencias delirantes, con la certeza absoluta de que a su ser-persona le persiguen, miran o hablan de él.

Por esto durante la entrevista psiquiátrica debemos dejar que el paciente exprese con sus palabras, sus vivencias y el médico a medida que va entresacando estos datos vivenciales los va trasformando en síntomas que nos permiten hacer un diagnóstico.

En definitiva, en psiquiatría el paciente se expresa fenomenológicamente, es decir, expresa los fenómenos que siente como un todo, y durante la entrevista se manifiestan de forma entrelazada aspectos normales de su estar-en el-mundo, aspectos temperamentales, junto con vivencias patológicas.

¿Qué consecuencias tiene todo esto?

Una muy importante: un paciente con una enfermedad, por ejemplo, oftalmológica o que tenga que someterse a cirugía, podría incluso despreciar al oftalmólogo o al cirujano como persona, pero aceptar su gran capacidad técnica y “sus magníficas manos para operar”²⁴ y consecuentemente aceptar el tratamiento. La confianza recaerá en estos casos en el polo técnico más que en el personal

No ocurre así en psiquiatría.

El enfermo, en psiquiatría, no puede despreciar al mismo médico al que va a mostrar su interioridad más íntima, su “íntus”, que decía Ortega y Gasset, sus sentimientos y vida personal, sus debilidades y secretos profundos. Y por lo tanto, la confianza del enfermo estará más vinculada al polo personal y existirá una mayor dependencia afectiva con el psiquiatra que la que habitualmente es necesaria que exista con el médico generalista o de otras especialidades.

Por esto decía antes, que la confianza en el psiquiatra es especialmente personalizada, ya que ha de ser individualizada y sintónica.

Además de lo señalado, en la entrevista psiquiátrica desde el primer momento, ya puede haber unas características especiales que no se dan siempre en el resto de la actividad médica.

²⁴ En mi experiencia personal, vivencíé, tener que operar a un familiar de un nódulo tiroideo, y siendo el cirujano distante, seco, y soberbio, no obstante afamado por “sus buenas manos” se realizó la operación con todo éxito (fue un gran técnico ¿pero en que se habría diferenciado de un gran técnico cirujano veterinario?)

A/ Por la vivencia de enfermedad y su relación con el mundo que le rodea.

1.- Podemos detectar en el paciente psiquiátrico, desde el principio, que presente una buena empatía con el mundo circundante, como puede ser en una persona que padezca ansiedad, un hipocondríaco o un depresivo no muy grave. En estos casos el paciente empezará la entrevista con una aceptable normalidad expresiva de su padecimiento, y a su manera irá indicándonos sus vivencias y síntomas, colaborando bien en la entrevista.

2.- Pero también puede ocurrir en otros tipos de enfermedades, como en depresiones graves o en pacientes que presentan delirios (como pueden ser autorreferencias, vivenciando que todo el mundo le mira y murmuran de él) que presentarán una relación dispática o disfórica con el ambiente y mundo circundante, es decir, o se sentirán incómodos en relación con las demás personas (por ejemplo en los que padecen autorreferencias y fobia social), o angustiados y desbordados por un mundo en el que todo les es imposible y sin futuro.

3.- En otras ocasiones nos encontramos con pacientes que desde el principio de la entrevista se encuentran aislados del mundo consensual, como viviendo en un mundo suyo, propio, que a menudo fricciona constantemente con el mundo “de los demás”; esto ocurre en cuadros depresivos muy profundos estuporosos (se denomina síndrome nihilista o de Cottard), cuadros catatónicos, algunos psicóticos y en enfermedades demenciales. En estos casos va a ser muy difícil el contacto con el paciente y difícilmente nos va a expresar sus vivencias patológicas.

4.- Por último, otros pacientes como los que padecen Fases Maníacas, se hallarán con la vivencia de encontrarse “mejor que nunca”, no teniendo conciencia de enfermedad en la mayoría de los casos, con gran actividad, gran vitalidad, deseos de comprar, muy habladores, autoexpansivos, etc., y que durante la entrevista psiquiátrica, suelen venir generalmente por presiones de la familia²⁵. Muchas veces es difícil que admitan tomarse medicación pues no entienden para qué, ya que se encuentran “mejor que nunca”. Con bastante frecuencia se realizan ingresos hospitalarios en estos pacientes maníacos, muchas veces no por que sea, en principio, una enfermedad muy grave, o que no se recupere, sino porque al no querer tomar medicación cada vez van empeorando más y más haciéndose ya su estado grave e imposible la convivencia y originándoles grandes perjuicios económicos, laborales y relacionales.

²⁵ Algunos paciente maníacos, cuando ya han padecido varias fases de exaltación maniaca, aprenden a reconocerse, en si mismos, - cuando comienzan los primeros síntomas-, estos estados de euforia y pueden acudir por propia voluntad ya informando al psiquiatra “que les está volviendo a aparecer de nuevo” la euforia. Es más difícil que vengan de motus proprio cuando la fase maniaca está ya avanzada. y es más grave.

B/ El rôl familiar.

El papel de la familia es muy importante en psiquiatría. No sólo por la influencia que puede tener en su psicobiografía y en cómo ha comenzado la enfermedad, sino que además nos da información muy valiosa sobre su estado y sobre la evolución de la enfermedad. Muchas veces el paciente depresivo dice que no ha mejorado nada y la familia constata mejorías parciales o leves, o al contrario, en otras ocasiones el paciente puede decir que se encuentra mejor o bien del todo y la familia informarte que no es así. La familia nos da información muy importante de cómo se expresa el paciente en su cotidianidad, en sus relaciones diarias,

Muy frecuentemente, para constatar la remisión completa de la enfermedad, y por lo tanto la vuelta a su normalidad absoluta, necesitamos tres perspectivas: 1.- la del paciente, que es fundamental para conocer como él se siente, 2.- la de la familia, que nos informa de cómo lo ve en el día a día y como interacciona con el mundo circundante y 3.- la del médico, que durante la visita valora tanto información verbal como no verbal, gestos, expresión, modo de hablar, viveza y cualquier posibilidad psicopatológica.

C/ Necesidad de hacer una entrevista Psicobiográfica.

Durante la entrevista tenemos que identificar las vivencias psíquicas que expresa el paciente y unir las entre sí. Tendremos que conocer lo que K. Jaspers denomina “Bios” de la persona: “sucesión de fenómenos psíquicos (vivencias) del individuo”.

Es decir, no nos basta con saber la sintomatología que padece, sino que debemos conocer aspectos con relevancia psíquica de la historia de su vida (bios)²⁶.

Por estas razones la entrevista ha de ser biográfica. Por la biografía captaremos el significado de la enfermedad.

¿Qué significa captar el significado de la enfermedad?

Una vez identificada la sintomatología del paciente, hemos de conocer la descripción de cómo está hecha internamente su vida psíquica. Es decir, su estructura vivencial.

Pero el estudio psicobiográfico lo hacemos desde el presente hacia el pasado. El paciente se nos presenta hoy, y a partir de este momento es cuando estudiamos lo que le ha ocurrido en su vida. Por lo tanto en la

²⁶ Biografía = historia de la vida de una persona

entrevista estamos realizando un “corte biográfico” y a partir del mismo (desde el presente) buscamos conocer el significado de la biografía pasada. Buscar el significado quiere decir conocer el modo de relación que, dentro de la vida, guardan las partes con el todo. Por esto cuando decimos que algo significa mucho para mi, quiero decir que esa cosa en concreto se relaciona de forma importante con mi concepción del mundo o de los sentimientos que se ha realizado a lo largo de mi vida (por eso decimos que significado es la relación de la parte con el todo).

Cuando damos valor a determinado hecho biográfico y lo consideramos importante para comprender la enfermedad del paciente, estamos nombrando su significado: estamos relacionando ese hecho con la totalidad personal del enfermo.

Pero no solo realizamos el estudio psicobiográfico como un mero interés por conocer los aspectos relevantes psíquicos de la vida del sujeto, sino que siempre los concatenamos buscando la comprensión de la situación actual.

La situación actual, es decir, la enfermedad que padece, cómo ha aparecido y la forma de evolucionar ¿se relaciona de alguna manera con acontecimientos de la vida?

Esta es la labor real de la psicobiografía.

Por lo tanto, en el estudio psicobiográfico es sopesado el Bios en relación con el momento Situativo actual del paciente. Así conocemos, si en realidad, hay aspectos vitales que nos ayudan a comprender cómo empieza o cómo evoluciona la enfermedad psíquica.

Por todo esto, la entrevista psiquiátrica es psicobiográfica y la relación medico enfermo es Situativa-Bio-Antropológica.²⁷

¿Cómo se realiza todo esto en la práctica diaria?

Voy a considerar cuatro apartados:

- 1- Deriva desde la perspectiva Logoterápica.
- 2- La “Técnica en espejo” (Rojo Sierra).
- 3- La exploración somática
- 4- La pauta terapéutica.

²⁷ Preferiría decir situativa-Bio-Antropofórica, pues siempre tenemos que captar de forma operativa, el sentimiento que produce, el enfermar.

1- Deriva desde la perspectiva Logoterápica.²⁸

V. Frankl apoyó su concepción en el hecho de creer firmemente que todo hombre tiene recursos para encarar la vida y la muerte, y que tiene el deber de emplearlos, no solamente para asegurar su supervivencia sino también para favorecer la de sus semejantes.

Desarrolla una postura en la que destaca la responsabilidad individual ante el destino. Su método, la Logoterapia (terapia por la palabra), utiliza los argumentos necesarios (éticos, filosóficos ...) para conmover al paciente y modificar su actitud existencial.

Como señala Laín Entralgo, el enfermo siempre es a la vez paciente, coautor y coactor de la enfermedad; en definitiva “persona creadora”. Un diálogo entre el médico y el enfermo es a la vez, y siempre, diagnóstico y tratamiento.

En nuestra relación médico-paciente, durante la entrevista, ésta no termina con el análisis biográfico; un paso más supone el diálogo con el paciente acerca de “cómo” ha aparecido “su” enfermedad”; es decir, de cómo la enfermedad ha entrado a formar parte de su desarrollo existencial.

En cuanto el enfermo va comprendiendo su estructura biográfica, asimilándola a su situación actual, puede tomar actitudes “hacia él mismo”, y estamos ya dando importantes resortes curativos.

2- La “Técnica en espejo” (Rojo Sierra).

La llamamos “en espejo” porque el psiquiatra va transmitiendo al enfermo “una imagen existencial biografiada” del propio paciente.

Una vez que ya se ha realizado el estudio psicobiográfico-situacional, le explicamos al paciente, con palabras que pueda comprender, sin tecnicismos, su enfermedad y los factores biográficos importantes, ya sean de la infancia, o posteriores de la adolescencia o adultez, que le hayan podido sensibilizar o desencadenar la enfermedad psiquiátrica. Es importante que el paciente “entienda” su enfermedad y el impacto que han tenido esos factores para conformar su estado actual.

El paciente entonces asimilará comprensivamente y se identificará con la estructura vital que le es presentada (como si pudiera ver en un espejo, esquemáticamente su vida y a él mismo en relación con su enfermedad).

El paciente puede intervenir activamente en la configuración total, confirmando o no los elementos constituyentes de su figura personal enmarcada sobre el fondo de su totalidad existencial.

²⁸ Al final de este capítulo se amplía más esta deriva Logoterápica con el dialogo entre el Profesor Miguel Rojo Sierra y el Profesor Omar Lazarte.

Le ofrecemos al paciente una interpretación constructiva que permite al enfermo asimilar, en sí mismo, el significado (relación de la parte con el todo) de su enfermedad.

El impacto existente en esta dinámica de “asimilación autobiográfica” es un acicate para el desarrollo en el enfermo de su carácter creador. Es decir, para desarrollar la variante productiva de su carácter personal.

En este “verse y comprenderse” existencial damos un importante paso que acerca al enfermo a su equilibrio íntimo, a la curación.

El diagnóstico ya no será un mero “bit informativo”, un código de la OMS o del DSM, ya no será simplemente una palabra más (técnica), sino que el diagnóstico es entonces asumido, comprendido, por el paciente y habrá adquirido una nueva dimensión para él: la del significado que tiene una palabra (un nombre o término médico) en su Ser-enfermo.

3- La exploración somática

Necesariamente pienso que es obligada la exploración somática del enfermo psíquico²⁹.

En las etapas anteriores ya dábamos un paso importante al ayudar al paciente a realizar su asimilación autobiográfica, pero en esta comprensividad de su ser-enfermo también el cuerpo forma parte de su totalidad. La exploración somática forma parte de la “iatría”, de la palabra psiqu-iatría. Porque el psiquiatra es médico de enfermedades que se manifiestan fundamentalmente (pero no solo) en lo psíquico, no es sólo un conocedor de lo psíquico como puede ocurrir con el psicólogo.

Por esto, y en este sentido, el ser-enfermo siempre es “como mínimo” psico-somático.

En la exploración somática final, es de hecho incorporado el cuerpo en la integración global de la enfermedad. La exploración somática es una parte más de la entrevista médico-paciente en psiquiatría.

Con la exploración física, no solo se comprueban alteraciones somáticas que pueden dar síntomas expresados por el paciente,³⁰ no solo se realiza una operación objetivante y cognoscitiva del paciente, sino que es también una operación existencial ya que mediante el cuerpo y su funcionalismo el enfermo se está también expresando³¹, manifestándose en el mundo.

²⁹ Aunque no se haga de forma sistemática en algún sistema sanitario, no por eso deja de ser necesaria. Problemas de tiempo y de espacio no eliminan la necesidad médica.

³⁰ Un paciente estuvo más de seis meses bajo tratamiento psicológico por unas cefaleas, hasta que se descubrió, pasado ese tiempo, que era hipertenso y que la elevada tensión arterial era lo que motivaba los dolores de cabeza.

³¹ Expresar, significa ex-presión, es decir, manifestar fuera

Esta expresión ha de ser incorporada en la concepción globalizante de la enfermedad que padece. La existencia como ser-enfermo es tanto psíquica como corporal ya que el cuerpo está siempre interactuando en todo sentimiento del sí mismo, ya sea somato-sensorialmente o psicovitalmente. Mediante el acto exploratorio físico, la relación médico-paciente adquiere en nuestra especialidad una nueva dimensionalidad complementadora; y como decía, además necesaria, ya que en ocasiones un trastorno psíquico puede ser el primer síntoma de una enfermedad somática (como por ejemplo, depresiones \leftrightarrow cánceres de estómago o de hígado, o en hipotiroidismo).

La exploración neurológica en psiquiatría

De Erb (1840-1921) se dice que fue el primer neuropatólogo que utilizó un martillo de reflejos.

En la actualidad deberíamos suponer una realidad que a todo enfermo psiquiátrico se le ha de realizar una exploración básica neurológica. Tanto es así que Barcia comienza su capítulo sobre “Psiquiatría: exploraciones neurológicas y biológicas”, señalando como “no merece la pena que insistamos en la necesidad de una exploración neurológica en los enfermos mentales” (¡se da ya por supuesto que es necesaria!).

Los datos obtenidos por múltiples y ya clásicas investigaciones confirmaban una y otra vez esta necesidad. Así, por ejemplo ya en 1951 Walther-Büel mostraba como en el 70% de los casos de tumor cerebral se presentaba algún trastorno psicológico. Y en esos mismos años Braetelin y Gallevan encontraron en las autopsias de los enfermos mentales un 4,6 % de tumores cerebrales. Las cifras con fechas actuales no difieren de las ya clásicas.

Si bien está claro el consenso general de la importancia de estos datos y de la necesidad de la exploración, no obstante podemos preguntarnos:

¿Cuántos psiquiatras realizan sistemáticamente una exploración básica neurológica en todos sus pacientes?

La respuesta, sin que aporte ahora números ni porcentajes, va a ser “muy pocos” o peor aún “poquísimos”.

Nosotros ya hemos insistido desde hace tiempo (Rojo Moreno J et al, 1991) en la suprema importancia de realizar esta exploración básica, aunque no haya evidencia presente y clara de alteración neurológica, durante el estudio anamnésico.

En más de una ocasión, gracias a esta exploración hemos podido detectar, por ejemplo, un parkinson incipiente que se estaba confundiendo con una

depresión, una bradicardia importante que estaba originando síntomas de apariencia depresiva y que se curó cuando le pusieron un marcapasos, o por poner dos últimos ejemplos, un cáncer gástrico, o un tumor liberador de catecolaminas (feocromocitoma) que le originaba, este último, elevaciones súbitas de tensión arterial y se estaba confundiendo con crisis de ansiedad.

Quizá se esté produciendo en los últimos años, como indica Ballús, “un alejamiento del sentido y del quehacer clínico, unas veces porque se ha deformado o desvirtuado el concepto de enfermedad mental, otras porque se pierde de vista bajo una dominante y no menos desvirtuada tecnificación”.

En ocasiones bajo la engañosa cubierta de la omnipotente respuesta psicofarmacológica, el psiquiatra prendado de las hipótesis neurobioquímicas, puede caer en la trampa de hacerse un erudito “fármaco-érgico”, que en base a las hipotéticas alteraciones serotonin-érgicas, dopamin-érgicas, noradren-érgicas ... puede focalizar el acto terapéutico en un acto solo de prescripción de psicofármacos..

Esta ingenuidad “psicológica” es a veces tan frecuente como la ingenuidad “organicista” que hace, como señala Zutt, que en ocasiones el psiquiatra “ignore las cuestiones psicopatológicas y antropológicas” cuando objetiva un hallazgo somático.

Por nuestra parte, estamos de acuerdo, con la concepción de “diagnóstico integral” de Laín Entralgo según el cual el paciente ha de ser estudiado en todas sus perspectivas para conocer su modo de “ser” y “estar” enfermo.

Y lógicamente el cuerpo, no es que sea una parte más del paciente, el cuerpo “es paciente” y por eso también ha de ser explorado neurológicamente.

Si no se realiza esto, puede ocurrir una “deficiencia en el diagnóstico”. Y lo que es más lamentable, lo que llama Laín Entralgo una “deficiencia doctrinaria” que llevará al profesional a ejercer lo que propone llamar un “escotoma noético vicioso”, que supone llegar al diagnóstico bajo la viciosa regla del “no es más que...”. Y en Psiquiatría podríamos decir “no es más que un cuadro de ansiedad, no es más que una depresión...”, cuando siempre es algo más que eso.

Presentamos a continuación un caso clínico.

A.C es una mujer de 63 años. Temperamentalmente ha sido de genio fuerte, detallista, ordenada, muy responsable y activa. Tiene una hermana diagnosticada de Trastorno Bipolar.

Durante la entrevista apenas responde, muy lentamente, a las preguntas, por lo que son las hijas las que informan sobre la evolución de la enfermedad. Hace 20 años tras un traslado de domicilio padece el primer cuadro depresivo que le duró 2-3 meses, y con el tratamiento se recuperó completamente, adaptándose bien y siguiendo luego su vida normal. Hace 11 años padece de nuevo una fase depresiva fuertemente inhibida, que con una duración aproximadamente igual a la anterior, cedió bien con el tratamiento que le prescribieron. Desde entonces hasta hace 4 meses ha estado asintomática y eutímica y sin tratamiento psicofarmacológico ni de otro tipo. Hace 4 meses empieza el cuadro actual. Las hijas empiezan a notarla malhumorada, se quejaba de “no acordarse donde dejaba las cosas” y hablaba menos de lo habitual. En un mes de evolución ya deja de hacer las comidas y progresivamente se agrava el cuadro depresivo, predominando una fuerte inhibición de pensamiento, “no sé hacer nada”, y fuerte inhibición motórica “todo el día en el sofá sin hacer nada”. Le prescriben tratamiento con clorimipramina -un antidepresivo- (150 mgrs/día) y solo le mejora el insomnio que padecía.

Se realiza una exploración somática y sobresale un evidente rigor y rueda dentada en Miembro Superior e Inferior derecho y Babinski positivo³².

Ante estos datos neurológicos se realizaron las siguientes pruebas:

Electroencefalograma: “hipofunción difusa bioeléctrica cerebral, junto a signos de sufrimiento localizados sobre región temporal izquierda de notable repercusión sobre región parietal y frontal del mismo lado, todo ello de grado medio muy compatible a proceso expansivo”.

La TAC realizada posteriormente nos mostró: “a nivel temporo-parietal izquierdo una irregular e inhomogénea LOE (Lesión Ocupante de Espacio). Hay efecto masa sobre estructuras adyacentes... y zona de edema maligno perilesional”

Pocos comentarios he de hacer tras lo expuesto anteriormente. El que haya tenido previamente dos depresiones, no nos debe cegar a la posibilidad de que una tercera “fase depresiva” no fuera otra enfermedad diferente, y no solamente “una fase más”. Cada vez que tenemos al paciente delante es un “novum”, es decir, una persona nueva que hay que valorar holísticamente, globalmente, conociendo los antecedentes, pero no deslumbrándonos por lo que le ha pasado anteriormente y olvidándonos de las características propias de “su” enfermedad “aquí y ahora”.

³² Rigor y rueda dentada, así como el signo Babinski positivo, son datos de la exploración que nos indican que hay una alteración neurológica evidente. Tras las pruebas EEG y TAC se evidenció un tumor cerebral

La paciente fue remitida a un servicio de neurocirugía.

Pero con la cirugía no acaba todo. Posteriormente al tratamiento quirúrgico no nos olvidemos del tratamiento psicológico o psiquiátrico que la paciente ha de recibir como ser existencial, como “persona enferma global”.

4- La pauta terapéutica.

Un último paso, en donde la relación médico-paciente llega a su punto culminante, es el momento en que se instaura explícitamente el Tratamiento.

Ya hemos nombrado como el tratamiento se instauraba desde el principio, al decir de Von Leyden, al darle la mano al paciente. Balint también decía “el médico es el primero de los medicamentos que él prescribe”.

En el sentirse comprendido el paciente, y durante la autocomprensión biográfica realizada con la “técnica del espejo”, entrelazada en un marco existencial logoterápico, ya estamos realizando terapéutica.

Pero todo este proceso culmina, como decía, con la instauración de la pauta terapéutica. Si el paciente la acepta, es cuando está haciendo la máxima ofrenda personal al ponerse definitivamente “en manos del médico” para seguir los pasos necesarios, biológicos, psicofarmacológicos, psicoterápicos... que consagren la mejoría o curación del padecimiento.

El desconocimiento generalizado de los pacientes de estos métodos que van a actuar sobre su ser global, supone el máximo exponente de la confianza que depositan en el médico.

En el psiquiatra ha de estar patente el máximo compromiso de buscar el mejor camino, a su entender, y en el enfermo el de la lucha y esfuerzo por realizarlo. Es el único compromiso posible en esta coexistencia terapéutica.

El psiquiatra tras lo expuesto ya no será un burócrata que propone casi mecánicamente sus recetas, ni un cientista ortodoxo que solo diga “lo que la ciencia dice”.

Curar con frecuencia y aliviar siempre (o casi siempre) va a ser una fórmula digna de la relación terapéutica, y si se receta un psicofármaco habrá que explicarle el sentido y el objetivo concreto que se quiere conseguir con el mismo. No bastará con decirle simplemente “le doy un medicamento para la depresión”.

“La prescripción psicofarmacológica no es simplemente un “arreglo” biológico. La administración ha de acompañarse de una explicación -

entendible- del sentido de la misma. Si no se realiza así, el fármaco es solo una ‘cosa’ que le damos y el paciente no es articulado con el sentido de la enfermedad y no participa íntegramente en la experiencia terapéutica, y el psiquiatra solo será un burócrata que propone casi mecánicamente sus recetas”, decíamos ya en un trabajo que realizamos sobre psicoterapia-psicofarmacología en 1992.

Como indica Rubio, el paciente ha de responsabilizarse de la prescripción psicofarmacológica y para esto es necesario que entienda el sentido que ésta tiene en su proceso curativo.

Por esto estoy de acuerdo con Rojo Sierra³³ en que el médico y por lo tanto el psiquiatra es, así y solo así, si su interés va dirigido en su máximo exponente al intento de la posible curación y por ello busca a la ciencia sólo como fuente de conocimiento para su ineludible intentar curar. Podemos comprender así porqué llamaba “medicólogos”, y no “médicos”, a ciertos doctores y licenciados que se olvidaban del padecimiento del paciente que tenían delante, que les pide singular ayuda, aunque eso sí, pueden estar perfectamente “al día” de lo último que “se” ha escrito en la última revista científica publicada la semana pasada.

- . ¿Desparecerán las depresiones? El Humanismo gen-ético. La emergencia del Hombre Gen-Ético

La gran esperanza de los avances bioquímicos y genéticos está en que en un tiempo, no muy lejano, se encuentren unidades biológicas determinantes de las depresiones endógenas o del trastorno bipolar (al ser estas depresiones, en el mejor de los casos, las que tienen una influencia más escasa de los factores ambientales o externos). Por supuesto a todos nos agrada pensar que en un futuro, una vez descubiertas estas “unidades biológicas” (genéticas, proteínas,...), podamos actuar científicamente sobre ellas para poder hacer una prevención, en gran medida, de estos trastornos endógenos, como la melancolía o el trastorno bipolar.

Pero la mayoría de las depresiones que padece el ser humano no son de este tipo, sino que dentro de lo que podemos entender como enfermedad depresiva, las que se han desencadenado por circunstancias externas, las depresiones neuróticas, distimia, depresiones endorreactivas, o las

³³ Comunicación personal

relacionadas con el impacto de acontecimientos de la vida, son las que ocupan el mayor número.

En definitiva nuestra pregunta es ¿conseguiremos en el futuro mejorar nuestra fortaleza humana a padecer enfermedad depresiva?

¿Qué es mejorar nuestra fortaleza humana?

Hablar de mejora humana, es hablar de humanismo. Dice Julian Huxley³⁴ “dentro de la evolución total, un nuevo paso capacitará al tipo humano a realizarse a sí mismo, relacionado con sus posibilidades inherentes, posibilitará en suma la total humanización del hombre”.

Pero ¿realmente nuestra sociedad ha avanzado tanto en su evolución humana?. Es curioso que en 1951 escribía en una conferencia este mismo autor: nuestro mundo actual, en el presente año, anda psicológicamente mal. Nuestros pensamientos son caóticos, nuestros nervios están crispados, somos presa del pesimismo y de la depresión, parece como si nos asustáramos de nuestro propio ente humano.

Esto ocurría en 1951, ¿acaso no es válido para nuestros días ya en pleno siglo XXI, y pasados más de 50 años de aquellas palabras?

En este sentido, señala Rolando Lazarte: cabría preguntarse si hoy la sociología, que fuera eficaz en destruir los mundos de fantasía y apariencia en nombre de la verdad científica y de la razón, ¿tendrá algo que dar a ese hombre que se debate en el sinsentido de las megalópolis modernas, masacrado en las garras de un sistema que le saca lo mejor de sí, sus mejores años, su fuerza, su creatividad, para vomitarlo como un despojo cuando ya está exhausto, robotizado, aniquilado como criatura humana? ¿Tendrá la sociología algo que ofrecer a ese hombre? ¿O deberemos encarar la realidad de que la sociología es un camino sin corazón, una más entre las muchas formas como la sociedad destruye al ser humano en nombre y a favor de algo siempre más grande y más valioso que él mismo, llámese progreso, civilización, religión, ciencia?

El problema no está en que no hayamos avanzado mucho en cuestiones técnicas, resultados científicos y aplicaciones industriales. El problema está en que los valores no han cambiado sustancialmente, o mejor dicho, los nuevos valores que se admiten como ideales en la sociedad no han sido incorporados, integrados, en ser humano de una manera natural. Por poner un ejemplo, sabemos que tenemos que cuidar a los débiles, ¿pero

³⁴ En este capítulo las referencias a Julian Huxley son todas de su libro Nuevos odres para vino nuevo.

cuantas personas los discriminan o a veces incluso se mofan de personas discapacitadas? Por desgracia es algo muy habitual, ya que ese valor no está incorporado a la naturaleza de ese individuo; está aprendido, pero no incorporado. Quizá por esto dice Octavio Paz que vivimos en una época de permanente enmascaramiento intelectual y de convivencia familiar con la mentira.

Por lo tanto, ya que la evolución técnica y científica va por buen camino, pero no ha sido capaz de transformar de forma significativa el intus humano³⁵ el nuevo gran avance ha de ser en el campo de los valores, es decir, de la ética³⁶.

El nuevo humanismo ha de ser un humanismo ético, pero no solo ha de “tener valores” sino que ha de realizar una evolución intra-humana en valores. Y por esto mismo dice Huxley “nadie puede probar que los valores desempeñan una parte en el proceso de evolución biológica, pero nadie puede negar que lo desempeñan en los asuntos humanos... el humanismo evolucionista impone una nueva tasación de los valores”.

Pero ya hemos señalado como no es suficiente que la sociedad manifieste valores, en sus cartas constitucionales y en sus decretos, sino que estos han de ser incorporados al individuo.

¿Y que es esto de incorporarlos al individuo?

Evidentemente no es solo saber sobre los valores y la ética. Todos sabemos que no se puede matar, que no se puede insultar ni agredir, pero una cosa es saberlo y otra cosa es que ese valor esté codificado en nuestra ética, de manera que sea inviable para nuestra naturaleza un acto de ese tipo. Cuando ese valor se incorpora, ya se integra con nuestra naturaleza y no tenemos que pensarlo, sino que lo vivimos de forma natural, como parte de nosotros mismos. A la persona que le es inconcebible hacer un maltrato de género, ese valor de respeto lo tiene interiorizado a su propia constitución.

³⁵ Aunque, como indica Julian Huxley, para que se de el proceso de evolución humanista es necesario que la sociedad esté libre de los apremios de la falta de salud, la miseria material y la ignorancia.

En este sentido, gracias a los avances de las sociedades modernas, evidentemente, se controlan con sus sistemas sanitarios la salud fundamental, con sus sistemas de educación se evita la ignorancia, y con los avances económicos se evita la penuria alimentaria.

³⁶ Podríamos decir ética-axiológica ya que la **ética** (del latín *ethicus* y éste del griego clásico *ēthikós*, «moral, relativo al carácter»), tiene como objeto de estudio la moral y la acción humana, y la **Axiología** (del griego *axios*, ‘lo que es valioso o estimable’, y *logos*, ‘ciencia’), es la teoría del valor o de lo que se considera valioso. Puede hablarse de una ‘ética axiológica’, que fue desarrollada, principalmente, por Max Scheler y Nicolai Hartmann. El estudio axiológico culmina con el desarrollo de un sistema de valores.

En este sentido dice Ramón Muñoz “me di cuenta de que más que una adhesión a normas institucionales yo había in-corporado a mi fisiología humana un “gen” de sabiduría...”

Por esto podemos hablar de una incorporación gen-ética. Y como señala este mismo autor “quizá la tarea más importante de los legisladores del futuro sea transferir esta potencialidad gen-ética... al cuerpo orgánico de la vida social”.

Si esto ocurre, entonces la naturaleza humana será menos vulnerable, la postura del hombre ante el mundo cotidiano cambiará, y su vulnerabilidad para los estresores también será mucho menor o incluso desaparecerá.

En un documento póstumo Heidegger³⁷ anunciaba el advenimiento de un “pensar totalmente nuevo”, aunque denunciaba la “insuficiencia de los medios”, y Rojo Sierra en su libro sobre el Hombre Cósmico dice “vivenciará aspectos sorprendentemente positivos..., podrá actuar mentalmente sobre su cuerpo, primero en la bioquímica cerebral por lo que no padecerá enfermedades psíquicas, después en sus sistemas de inmunidad y en la corrección de las alteraciones celulares, por lo que no tendrá enfermedades corporales”.

¿Desaparecerán las depresiones?, era el título inicial de este apartado.

Si la evolución humana, el humanismo, no se queda en filosofía, sino que in-corpora gen-éticamente los valores, entonces emergerán nuevas funciones, una nueva manera de ser-en-el mundo³⁸, y desde esa nueva cosmovisión gen-ética, las depresiones tal como hoy las conocemos, habrán dejado de ser una realidad actuante.

En la necesidad de esta transformación interior uno tras o otro múltiples autores insisten. Ramón Muñoz cuando dice “ la conquista del espacio exterior es solo la cara visible de un viaje silencioso a la tierra interior... para rescatar allá la energía esencial aprisionada en la mater/materia y subir con Ella...” y Rojo Sierra enfatiza “repiteamos, sin cansarnos: ¡es absolutamente preciso que en el próximo milenio, el ser humano se dedique intensamente -incluida una psicopedagogía a propósito

³⁷ Referencia citada por Ramón Muñoz.. “M Heidegger: Solamente un dios puede todavía salvarnos” (entrevista), Der Spiegel, traducción de Juan Manuel Silva Camarena publicada en Revista de filosofía, año XXII, n° 66, México, 198.

³⁸ Solo a la Filosofía que es impulsora y formadora del mundo, que K Jaspers (1967) denomina Filosofía Profética, “solo a esta Filosofía le corresponde el nombre de Filosofía, si es que queremos que el nombre conserve el sonido noble y poderoso”. Y en este sentido resalta M Caballé: la filosofía genuina no se puede tener, sin más, pues no podemos acceder a ella sin trasformarnos profundamente. Comprende las claves de la existencia quien ha accedido a cierto estado de ser, quien se desenvuelve en cierto nivel de conciencia. La filosofía esencial -dice esta autora- exige, y a la vez posibilita la conversión de nuestro ser, la modificación de nuestro nivel de conciencia.

desde que se es niño- a hacer evolucionar la auto-conciencia que aún es débil y masivamente todavía desconocida”.

Entonces no habrá depresiones pues como dice Rojo Sierra, se transformará el hombre actual haciéndose un hombre “del todo hecho” con “conciencia nueva”.

Y con esta nueva conciencia, in-tegrados en su propia naturaleza (gen-ética) los valores de un nuevo humanismo, las depresiones, al igual que la viruela, serán cosa de la historia pasada.

La Logoterapia.

Diálogo entre los Profesores

Dr. Miguel ROJO SIERRA

y

Dr. Omar LAZARTE

CONCEPTOS GENERALES DE LOGOTERAPIA

Diálogo entre los Profesores Dr. Miguel Rojo Sierra, Catedrático de Psiquiatría y Psicología Médica (Valencia – España) y el Dr. Omar Lazarte, Profesor de Psicología Médica de Mendoza-Argentina

El dialogo se realiza en marzo de 1988 en Potrerillos – Mendoza.

Miguel Rojo Sierra (**M.R.S.**): Mi querido amigo Omar ¿me quieres decir de una manera muy sintética para que yo lo lleve a mi tierra, cuál sería a tu manera de ver, el aspecto más vital, importante y esencial, del pensamiento de Viktor Frankl y de la Logoterapia, qué ayuda podría llevar a la humanidad, y qué sería lo substancial desde el punto de vista de la práctica psicoterápica?

Omar Lazarte (**O.L.**) Pienso que la psicoterapia de Frankl viene a ser una terapia, no solamente para el individuo, sino para la humanidad, como vos bien dices, porque justamente apunta a la búsqueda de sentido, la cual se realiza a través de la búsqueda y vivencia de los

valores. Estos últimos, al ser vividos por el individuo concreto, le dan también un sentido a la vida de ese individuo.

Se trata de descubrir los valores superiores que rigen en cada momento, pero también a lo largo de la vida de la persona, en su trayectoria biográfica, como también se analizan los "valores de situación", que corresponden a circunstancias determinadas. Esta actualización de los valores te lleva a vivir una vida auténtica y te da sentido a la vida. Entonces cuando uno tiene un vacío existencial, tiene que descubrir qué valores está reprimiendo, o simplemente no ha sido consciente de ellos, pero que son los que tiene que actualizar necesariamente en la circunstancia presente y que a lo mejor, no son los valores que ha estado desarrollando en las etapas previas de su vida.

Un ejemplo muy común puede ser el de la mujer que desarrolla en su hogar sus valores familiares, como esposa y como madre, el valor del amor y de la protección, cuidado y educación de sus hijos, hasta llegar a una edad en la cual los hijos se independizan para formar nuevas familias. Allí, aunque ella mantenga una buena relación afectiva y espiritual con ellos puede sentir que ya no tiene una misión en la vida, que nadie la necesita, que su vida no tiene sentido (para Frankl el preguntarse por la propia misión – aunque sea pequeña – es una forma concreta de preguntarse por el sentido de la propia vida). Ante ese vacío existencial – vacío de valores, de sentido, de misión –, el logoterapeuta ayuda a esa mujer a encontrar aquellos valores propios, que ella tiene potencialmente, y cuya actualización le darán de nuevo sentido a su vida.

Para ello, Viktor Frankl, ha propuesto recorrer – en un análisis existencial – toda una gama de valores concretos, que él ha dividido en tres grandes niveles (como ustedes han hecho muy bien en dividir en tres niveles los estudios que han realizado sobre la esquizofrenia). Estos tres niveles, que representan distintas manifestaciones de la existencia humana, constituyen para Frankl, tres grupos de valores englobantes, que son los valores creadores, los vivenciales y los de actitud. Volviendo a la situación de esa mujer que ha llegado a una etapa de su madurez y de su evolución del grupo familiar, puede encontrar a través de la logoterapia nuevos valores creadores que la mantengan en un estado de plenitud, y para ello incluso puede ayudar la orientación vocacional. Pero también puede suceder que sus posibilidades creativas estén disminuidas, al menos en sus aspectos exteriores, y sin embargo, pueda tener oportunidad de desenvolver en mayor medida, los valores vivenciales y de actitud. Estos últimos van cobrando cada vez un mayor valor, valga la redundancia, porque los valores de actitud son los que van acompañando a esas “situaciones –

límites” –como a vos te gustaría nombrarlas con Jaspers–, que son la enfermedad, la vejez y la muerte. Por otro lado fueron esas tres situaciones, observadas en los demás por el Buda, las que lo movieron a dejar su palacio de Kapilavastu, para indagar, fuera de sus comodidades principescas, el sentido de su propia vida, y de la humanidad en conjunto.

A través de la situación planteada a esa mujer concreta a la que nos referíamos, en una de las crisis existenciales que tiene todo ser humano, podemos en forma resumida ejemplificar cómo se encuentran cada uno de esos valores en cada persona y cuales predominan en cada momento. Los valores de actitud, que según Frankl pueden ser de los más elevados espiritualmente, se pueden relacionar, en cierta medida, con lo que otros autores llaman "elaboración del duelo". Pero en la Logoterapia se apelaría más vale a intencionalizar el sufrimiento y darle un significado de desarrollo espiritual. Hacerse consciente del dolor para comprender su origen (causalismo), pero también para encontrarle una finalidad en el "proceso de convertirse en persona" (Rogers).

En general la Logoterapia preconiza más una técnica que apela a lo consciente e incluso a lo supraconsciente, entendiendo por tal el nivel espiritual o "noológico", en términos de Frankl. La espiritualidad puede estar en el individuo reprimida o adormecida -sobre todo en ese tipo de hombre que vos pintaste muy bien en tus conferencias, ese hombre que se deja llevar ciegamente por los "artífices del derroche"-, por las técnicas de la propaganda que favorecen un ciego consumismo y por el conformismo. Ese individuo de improviso, en un momento crucial entra en conflicto con su realidad, y es gracias a ese choque (que por otro lado duele) que tiene la posibilidad de despertar y descubrir sus verdaderos valores, a los cuales hasta ese momento había sido infiel. También allí tiene que superar el sufrimiento de descubrir que hasta ese momento había llevado una vida inauténtica.

M.R.S.: Quería preguntarte, querido Omar; si los valores tienen siempre dos aspectos: un aspecto intelectual – que por eso se puede discutir un valor – y, un aspecto emocional. El aspecto intelectual podría ser descubierto por una mayéutica, si se quiere, o a través de un razonamiento. Así intenta hacer un poco también la psicología cognitiva, a la que acusan de demasiado intelectualista. Pero ¿cómo se puede hacer emocional una búsqueda de un valor si la persona de por sí no lo encuentra y no se emociona? Diría: para que haya un valor tiene que haber una emoción; para que la persona encuentre un valor espiritual tiene que encontrar una emoción espiritual, pero ¿como se puede conducir a una

persona concreta para que tenga una emoción suficiente, para que tenga un valor vivido?

O.L.: Creo que es muy importante esto que planteas. Yo lo relaciono en la Logoterapia a la forma que adquiere el encuentro existencial. Esto lo explico en mi trabajo sobre la "Presencia participante", no sé si lo conoces.

M.R.S. : Si.

O.L.: Para nosotros es muy importante, indudablemente, la experiencia terapéutica, la relación terapeuta – paciente. Es decir, que el terapeuta en la logoterapia se ve como una "Droga médico" (como decía Balint), es decir, como un agente activo que interviene en la curación del paciente y no, como pensaron algunos en su momento, que el terapeuta es un observador desapasionado que está a una gran distancia. Todavía algunos siguen estructurados en esa idea. No son conscientes que el terapeuta, quiéralo o no, siempre influye de una manera muy importante sobre el paciente.

En la Logoterapia se parte de una actitud correspondiente a un "encuentro existencial", procurando que si este no se ha establecido, pueda llegar a producirse. Se trata aquí de dos personas comprometidas, que juegan por un lado un rol específico terapéutico, pero al mismo tiempo no dejan de ser personas totales que se expresan de acuerdo a los valores que cada uno debe vivir y que patentizan el ser mismo de cada uno y al mismo tiempo constituyen la díada terapéutica. Se crea una relación interpersonal humana fundamental y ahí es donde me parece que así como Alexander, de la escuela psicoanalítica de Chicago, habló de la reeducación emocional que ocurría en sus pacientes, yo diría que en la Logoterapia habría una reeducación existencial, porque en este método se toma al individuo como una totalidad autotranscendente, como una persona integrada y en relación, y entonces el vínculo terapéutico se asienta y toma como fundamento la natural relación dialogal, que siempre existió, en una forma u otra, a través de la historia. Se trata entonces de una relación no sofisticada, donde el terapeuta se muestra como una "persona real", al decir de C. Rogers. La técnica es usada dentro de ese marco referencial sin alterar la relación de fondo "persona – persona", para evitar que se produzca ese tipo de relación inconveniente señalada por Frankl, que es la de un técnico que vive al paciente como una máquina que hay que arreglar. Se trata en cambio de un encuentro entre dos seres, el cual produce una comunión y un enlace del paciente con el mundo a través de una sana experiencia psicoterapéutica,

reintegrando así su vínculo existencial esencial, en la dimensión que Heidegger llamó "ser – con – otro".

M.R.S.: Por lo tanto ¿debo interpretar que lo fundamental de la energía en la psicoterapia frankliana sería el rapport?

O.L.: ¡Claro!, yo creo que sí, es la fuerza que surge en la relación. Yo no diría que es la fuerza del terapeuta, es la fuerza que surge de la relación bipersonal.

M.R.S.: ¡Una transacción!

O.L.: Una transacción en que surge una fuerza que moviliza a ambas partes. Así como moviliza al terapeuta para descubrir y ayudar a esta persona concreta, al mismo tiempo moviliza a ésta, no sólo en su estado de conciencia y de captación de elementos intelectuales o reflexivos, sino también en su forma de estructurar sus relaciones interpersonales y su relación consigo misma, productos de esa conmoción que le produce al paciente el sincero enfrentamiento de su propia vida.

M.R.S.: Así ¿el terapeuta tendría que explicar, a veces, a su paciente, aspectos de su propia vida, para conmocionarle?

O.L.: Yo diría que lo más frecuente es que el paciente se emocione o se angustie al relatar él mismo aspectos cruciales de su vida. También puede conmocionarse cuando descubre algo que estaba oculto, ya sean aspectos que le disgustan o posibilidades personales insospechadas. Es común que se le puedan dar ejemplos de otras vidas. Pocas veces el terapeuta relata alguna experiencia de sí mismo, p. ej. cómo logró salir de alguna situación conflictiva, sin entrar en el detalle y evitando ubicarse en el rol de paciente.

M.R.S.: Al fin y al cabo en la Logoterapia se buscaría, dijéramos, ¿poner un punto en la nueva elevación de rango del autoconcepto del individuo?

O.L.: ¡Exactamente! Porque a través de la Logoterapia el individuo pasaría de una existencia inauténtica; como es la del hombre condicionado, del hombre masa (el "Das Man" de Heidegger), a una existencia autotranscendente, auténtica. El individuo daría un nuevo paso en lo que C. Rogers llama "el proceso de convertirse en persona". Esta idea frankliana de realización auténtica, responde en parte a la influencia de la filosofía existencial que insiste en la unicidad de la vida de cada uno, la

originalidad y la necesidad que cada uno dé una respuesta única a la vida, respuesta que debe descubrir a cada instante. Vos también en tus conferencias insistes en la autenticidad y por eso expresaste tu oposición de vivir pendiente de la imagen que uno produce en el otro.

La autenticidad en la Logoterapia se promueve desde la iniciación misma de la relación terapeuta – paciente, hasta la forma general por la que el paciente se re-instala como ser–en–el–mundo. En esa forma, como también lo expresabas vos, todo está unido; está unido al intelecto con el afecto y con la acción.

¿Y como se produce esto? Por un lado el individuo mantiene su unidad histórica (historicidad), su identidad profunda, es consecuente con los valores que fundamentan su biografía. Por otro lado se encuentra unido a una circunstancia única, en cada momento. Allí debe responder en función de misión, de su propia misión, diría Frankl, intransferible. El compromiso consigo mismo, con sus valores, con su misión, con su realidad del permanente “ahora”, implica una profunda conexión afectiva. Un amor a la vida, que moviliza el entusiasmo y la capacidad para la acción. La terapéutica existencial no da sólo interpretaciones intelectuales. Estas no darían fuerza para favorecer los cambios y las movilizaciones de ciertos “constructos” o estructuras. Se entraría en una intelectualización, como pasa en muchos tratamientos prolongados de cualquier escuela, donde al final se hace sólo un aprendizaje de una terminología y de una teoría.

M.R.S.: ¡Y se queda en eso!

O.L.: Y se queda en eso y no es transformador. Por ello es que en la terapia existencial es muy frecuente que suceda lo que dice Frankl, que en lugar de tener que escuchar pasivamente el terapeuta al paciente es el paciente el que tiene que escuchar muchas veces al terapeuta. Esta necesidad de una psicoterapia activa (que no es lo mismo que directiva) puede ser captada a partir del terapeuta o del paciente. Recuerdo el caso de un paciente que en la primera sesión a la que concurrió con un logoterapeuta de B. Aires le dijo de entrada: "Yo vengo a oírlo a Ud. Dr.". Evidentemente, este paciente no consultaba para realizar una terapia catártica, para desahogarse o descargar sus conflictos, sino que buscaba "cargar la batería ", como dicen otros.

A mí también me ha pasado con algún paciente con el cual alternaba una técnica de interrogar con otra más transmisora de energía, donde le hablaba con fuerza, que me dijera al emplear este último método:

"así me gusta que Usted me hable, eso me hace mucho bien". Por supuesto, que para que esto suceda tiene que darse una sintonización que no es tan frecuente, algo así como lo que Balint llamaba el relámpago o "flash" empático. Allí se expresa la fuerza terapéutica, la entrega y el magnetismo del terapeuta que está realmente comprometido con la curación del paciente, en lugar de mantener una distancia exagerada que, por supuesto, en algunos pacientes es necesaria, pero en otros no. Esto tiene que ver con lo que Laín Entralgo llama "Amistad médica".

M.R.S.: Y así por consiguiente, en la psicoterapia frankliana sería muy importante la evolución del psicoterapeuta.

O.L.: Exactamente.

M.R.S.: Si el psicoterapeuta no evoluciona, no podría darle ese calor afectivo suyo, ese "transfer", para que participando el enfermo, que sería el necesitado, del calor que tiene el psicoterapeuta, al participar de él se llene de esa nueva energía.

O.L.: Yo creo que sí, y esto nos recuerda a nuestro maestro Mira y López, primer profesor de psiquiatría de Barcelona (a quien Uds. también citan en su trabajo); al hablar él de las condiciones que tendría que reunir el Psicoterapeuta ideal, dentro de lo posible, tendría que ser de mayor evolución que el paciente. Estimo que eso que vos dices es muy importante. De allí el desafío que significa la buena formación del psicoterapeuta. Empezando por ver si el aspirante tiene condiciones básicas para serlo. En esto, hay que reconocer la seriedad de la formación en algunas escuelas psicoanalíticas. También las exigencias, prácticamente iniciáticas de la escuela de Carl Jung, orientación que vos conoces mejor que yo. No puede bastar leer un par de libros para hacer psicoterapia. Creo que ésta es una de las mayores dificultades que tienen la mayor parte de las escuelas psicoterápicas: la formación del terapeuta.

M.R.S.: Y en el encuentro, dentro del vacío existencial tan grande que hay en el mundo, Omar, cuando el cliente llega con su vacío y tiene conciencia de su vacío, y se le dice que le hace falta encontrar su misión, y pregunta el paciente ¿Cómo puedo yo encontrar mi misión si es que no veo ninguna misión mía?

O.L.: La pregunta por la misión se relaciona con la pregunta por el sentido. En primer lugar la persona no puede preguntarse ¿cuál es el sentido de la vida? en general. No podemos hablar de un sentido de la vida igual para todos, sino del sentido de "mi vida", como vos decías, en esta

burbuja, que es mi propio mundo, es la pregunta que puede hacerse el introvertido, acostumbrado a querer resolver los problemas dentro suyo. Pero si yo soy extravertido necesito ver cual es mi misión, como me decía un paciente al terminar una sesión con muchas comprensiones: "pero en concreto ¿qué tengo que hacer?". Mi misión me proyecta hacia afuera como existente, como extraversion, entonces puede ser que eso me ayude a encontrar el sentido que se relaciona con el desarrollo de mis potencialidades y de mis valores. La misión no es algo extraordinario, sino simplemente, como decía Goethe, la responsabilidad de cada día. O en las palabras de Cristo: "cada día tiene su afán". Entonces uno se levanta por la mañana y se pregunta ¿cuál es mi misión hoy?. A veces la persona dice que tiene que ir al trabajo, pero que esa no es su misión. Si uno le hace ver que ir al trabajo es sostenerse a si mismo, sostener a su esposa, mantener, proteger y educar a sus hijos, puede revalorizar y dar un sentido más profundo y trascendente a su trabajo. Deja de verlo como un hecho solamente material económico para dimensionarlo espiritualmente.

M.R.S.: En medio del anónimo, de la inautenticidad del mundo que existe hoy, donde tantas personas dicen: "yo estoy amotivado", vamos a suponer que esto se lo pregunta un cliente: "Yo voy al trabajo porque está todo mal, pero qué voy a hacer, es una lástima, y no me puedo salir de ahí; no tengo ningún motivo, hago de tripas corazón". ¿Cómo se le puede enseñar un motivo dónde, a veces, ya no halla ningún motivo?

O.L.: Eso también lo ha estudiado Frankl. El señala que lo importante no es lo que uno hace, sino el sentido que uno le da a ese acto, la actitud ante él (logoactitud), la forma como lo realiza. Es común que se esté demasiado pendiente del factor económico del trabajo y que los pocos rendimientos en este campo sirvan para justificar el desaliento y el abandono, proyectando la desmotivación en la sociedad. Sin embargo Frankl pasó tres años de su vida en campos de concentración, en la segunda guerra mundial, y allí descubrió que podía encontrarle el sentido a su vida ayudando a otros prisioneros a encontrar su propio sentido, sin cambiar de circunstancias, ya que ésta era rígida, inamovible, pero en cambio podía cambiar su actitud frente a la misma, y desarrollar valores que llevan al crecimiento interior. Si Frankl nos enseñó, también a nosotros, que ellos pudieron encontrar un sentido a la vida en el campo de concentración, ¿cómo nosotros, por problemas que tenemos que soportar, como cualquier ser humano, no vamos a poder darle un sentido a nuestra vida? Quizás en ciertas privaciones y sufrimientos de distinto tipo podamos descubrir cosas que en el consumismo exagerado o en el opio de la comodidad no las podamos percibir. Entonces tendríamos que hacer al revés, no racionalizar,

no justificarnos, no proyectar afuera de uno lo que depende de la libertad interior de uno mismo. Lo importante es desarrollar la capacidad de darle un sentido a su vida en cualquier situación y, por ello, dice Frankl, como "slogan" que "en cualquier situación hay que decirle sí a la vida". De modo que no cabe una posición escéptica ya que la posibilidad de darle un sentido a la vida es incondicional, es decir, no depende de los factores exteriores. No es un sentido que se dé para ciertos momentos y no para otros. Que sí puedo hacer lo que me gusta, porque se trata de los valores creadores o vivenciales, sí tendría sentido y sino puedo hacerlos, no. Es allí donde se plantea al problema del sufrimiento. Son muchas las formas del dolor, el mismo vacío existencial es una forma de sufrimiento, como lo son determinadas "frustraciones" de nuestras tendencias...

M.R.S.: Hay una frase muy bonita de Frankl que me parece que la recuerdo en alemán:

"A pesar de todo, decir siempre sí a la vida".

Pero a veces es imposible, porque no se puede sacar el sí ni de los riñones ¿Cómo se las puede arreglar el psicoterapeuta ante una persona que dice: "Las cosas me han venido mal, he perdido a mis hijos (como un caso que he visto), mi vida no tiene sentido; tengo otros hijos pero no me llaman, ni me dicen nada. Para mi vida lo mejor sería el suicidio" ese choque me ha quitado toda ilusión de vivir, porque todo puede morirse, porque todo lo mejor que se pueda tener se puede perder"?. Una persona así, como un enfermo que tenemos nosotros ¿cómo se le puede hablar para que él diga a pesar de todo un sí a la vida?. ¿Cómo?.

O.L.: Bueno, yo he tenido algún paciente así cuando trabajaba en el Hospital Central (de Mendoza). Un colega del Servicio de Clínica Médica me envió a una señora pobre que había perdido un hijo y aunque tenía otros lloraba inconsolablemente por el primero. La depresión reactiva era sin duda justificada. (Esa pérdida puede quedar en la persona como una llaga permanente, afectando al ser profundo. Por algo me decía un especialista en este tipo de problemas, Mauricio Knobel, que el duelo por la pérdida de un hijo era inelaborable). Sin embargo siempre se puede hacer algo para atenuar el dolor, sino se lo puede eliminar totalmente. La Logoterapia trata de "intencionalizar el dolor", como dice Frankl, a través de un cambio de actitud, según los valores y posibilidades de cada persona. El da muchos ejemplos en sus libros al respecto.

Volviendo a la señora que yo atendía le dije: Bueno, Ud. sufre esa tristeza porque es muy buena madre, Ud. cumplió con su hijo todo lo

que pudo cumplir, pero ahora ya no puede hacer nada más por él, salvo, si Ud. es creyente, por la oración. Pero ese rol de madre puede realizarlo con sus otros hijos, a los que sin darse cuenta está descuidando y es a estos a los que Ud. puede realmente ayudar. Son los que están aquí vivos, esperando su atención, mientras Ud. está con la idea fija en aquél que ya no puede atender, pero que atendió con todo amor mientras él vivía. Ahora realícese como madre ocupándose de sus hijos vivos, y cuando recuerde a su hijo fallecido, ya que Ud. es creyente, eleve una oración por él. Y esa mujer, que uno creía analfabeta, fue inteligente, y en pocas sesiones pudo superar su grave depresión reactiva y reinsertarse en su hogar.

M.R.S.: Pues me interesa mucho porque un caso muy paralelo es el que te relataba recién y al que hemos atendido nosotros, porque aunque al paciente le quedan dos hijos y su mujer, sin embargo él dice: me atrae como si fuera un imán, la muerte de los dos primeros. Quiero a mis otros hijos, sé que viven, ojalá pueda olvidar esos flashes que se me vienen de la muerte de los primeros, que los veo y entonces me tapan toda "posibilidad afectiva" de cuidar a mis hijos vivos de los que tengo obligación, y a mi mujer. Pero déme esa posibilidad porque yo no la tengo, y mi corazón no la siente aunque lo vea a Ud.

O.L.: Posiblemente Frankl aplicaría otros dos elementos: Uno, la comprensión que el amor cuando es profundo está más allá del espacio y del tiempo, de la vida y la muerte simplemente permanece y le pertenece a uno.

El segundo elemento se refería a la posibilidad de poner distancia no al amor de esos hijos, sino al recuerdo exclusivo del cadáver, cuando ya habían dejado de existir. De esta manera recupera todo lo fundamental de la relación que tuvo con sus hijos y no quedarse sólo en el accidente, o sea que el padre no tendría que cristalizar su relación con sus hijos en ese momento, no identificarse él mismo con ese recuerdo doloroso. Por supuesto que esto no es fácil y tiene que ser precedido por la elaboración del duelo, a través de la catarsis, comprensión, apoyo emocional, etc. Recién entonces poner distancia frente a la imagen recurrente que le vuelve.

M.R.S.: ¿De qué modo?

O. L.: Volcándose al "si mismo", quizás preguntándose, como el Ramana Maharshi, ¿quién es el que está recordando esto? ¿Quién soy yo? Entonces al ir al ser mismo, a la esencia interior trascendente, al yo real, o como se quiera llamarle, automáticamente se logra una distancia, un desasimiento del síntoma, de la obsesión, de la idea fija, del recuerdo.

M.R.S.: ¿Así que habría que hacer una implosión del dolor?

O. L.: Una implosión del dolor y además otra cosa: transformarlo en un elemento de crecimiento interior. Ya lo decía Nietzsche que no hay conocimiento profundo sin sufrimiento.

M.R.S.: ¿Y si la persona dice que prefiere ser necio y no sufrir?. Porque algunas veces dicen eso.

O. L.: ¡No importa!, Porque aunque él prefiera eso, lo mismo va a sufrir. Entonces tiene que aceptar una realidad, que él va a sufrir y que todos sufrimos, sino es por una cosa es por otra. Él no puede elegir si va a sufrir o no pero sí puede elegir la actitud que va a tomar ante el sufrimiento. La inteligencia del ser humano es transformar ese sufrimiento en algo superior, utilizarlo para su adelanto espiritual. Ese es el sacrificio. Y si es creyente tiene más facilidad, porque entonces sabe del sacrificio, sabe del holocausto, sabe de la importancia de esa ofrenda, sabe que puede ofrecerle ese dolor a Dios.

M.R.S.: Quiere decir que por una parte y en la formación de este nuevo auto-concepto que tendría que tener él después de haber tenido ese vaciamiento, tendría que buscarse nuevas referencias y unos nuevos valores, y un nuevo sentido de sí mismo. Que se vea a sí mismo incluso recurriendo a ese gran "si mismo", que llamaré yo la autoconciencia, que dice Ramana Maharshi "quien soy yo" y ese yo que está comprometido con lo que habla y lo que sufre ya se tendría una franja en medio, entre un yo nuevo que podría fructificar ese yo atrapado por esos dos hijos que murieron, p.ej., y que ya poco a poco irá secándose, como si fuera una rama que se hubiera cortado.

O.L.: Todo eso depende mucho de cada paciente.

M.R.S.: Todo eso se acerca mucho a la psicología cognitiva. Allí todo es importante, porque allí está la forma de conceptualizar y hacer metódico a Frankl. Vista la psicología cognitiva por un frankliano, este la acusaría de que es demasiado intelectualizada. Visto el frankliano por la psicología cognitiva, esta lo acusaría de que no tiene sistema.

O.L.: ¡Tienes razón!

M.R.S.: Pero como los dos se unen, porque es lo mismo, prácticamente, quizás el frankliano le diera el aspecto de cómo conmovele

el valor a otro, lo que me parece es casi carismático, para poder conmover los valores a otro, y más los valores universales, y el cognitivo darle sistemas y preguntas que pudieran plasmarse y hacerse comunicativos para los enfermos, ¿te parece?

O.L.: ¡Como no!. ¡Me parece muy bien!.

M.R.S.: Es decir, en resumen, que todo se junta con todo y estamos en un momento casi crucial de la vida. Igual que lo que estamos hablando de la psicología cognitiva y de la psicología de Frankl, que están tan juntas. Le llamamos reconstrucción cognitiva de la existencia a una y le llamamos a otra Logoterapia. Son nombres que están uno fundado en otro, no se desconocen.

¿También se relacionaría ese encuentro ya desesperado por un sentido de la vida, que no se viese separado con el Karma yoga, con el yoga del trabajo? Dice p.ej. el Karma yoga: nosotros tenemos que trabajar, somos como si fuéramos ruedas de una máquina, queramos o no queramos tenemos que trabajar. Incluso el vagabundo está trabajando y pasa sus necesidades como quiera. Ya entonces como tengo que trabajar, voy a trabajar libremente, quiere decir: voy a aceptar libremente lo que trabajo, eso sería darle un sentido a lo que parece que no tiene sentido y un valor a lo que parece que no tiene ningún valor.

O.L.: Pero para darte otro caso de este tipo que vos tienes un enfermo parecido, se me viene a la memoria el recuerdo de la historia de un destacado profesional mendocino, muy católico, muy creyente, que cumplía al pie de la letra las prescripciones, y que en cada sesión me traía resumido y esquematizado todo lo que habíamos tratado en la sesión anterior, con sus propios aportes y deducciones. En pocas sesiones produjo cambios internos y conductuales muy importantes. Hacía ya muchos años que había fallecido uno de sus hijos, de pocos años de edad. En aquel momento tuvo un alejamiento de Dios, pensando que cómo siendo tan fiel creyente, Dios podía permitir que le sucediera algo tan doloroso. A partir de ese momento empalideció el valor espiritual de la fe, lo cual a su vez repercutió sobre su estado habitual de ánimo y sobre sus emociones y repercusiones psicósomáticas. En la Logoterapia no se deja de lado el recurrir a la religión del paciente, cuando él mismo plantea sus inquietudes espirituales. Por supuesto que se toca solamente desde un ángulo científico y no religioso, ya que en ese campo se deja estrictamente al sacerdote, como lo ha enseñado Frankl, respetando los propios valores del paciente y la propia pertenencia (sin pretender imponer las creencias filosóficas o religiosas del terapeuta). Analizamos entonces desde el punto

de vista psicológico, su distanciamiento con su religión. Entonces yo le dije: Bueno, pero Ud. creía que su relación con Dios era así, que Ud. iba a cumplir con El, mientras Dios hiciera lo que Ud. quisiera. Ud. siempre dice: hágase tu voluntad y no la mía, pero cuando Dios quiso hacer su propia voluntad y no la de Ud., cuando no coincidió la disposición de la Providencia con la proposición suya, Ud. se rebeló.

El paciente comprendió lo que había pasado y entonces pudo orientarse espiritualmente cuando le dije: vea Ud. en la situación dolorosa que tuvo, la voluntad de Dios, acéptela, resígnese cristianamente, y entonces Dios estará de nuevo con Ud. y Ud. con Dios. En poco tiempo este hombre se recuperó anímicamente y recuperó los valores religiosos, que no habían sido perdidos del todo pero si eclipsados.

M.R.S.: Y casi le hiciste una especie de reducción al absurdo de su sistema de referencia, que tenía de su existencia.

O.L.: ¡Exacto!.

M.R.S.: Le dijiste: si tú no haces la voluntad de Dios, tú no eres cristiano, luego tenía que dejar de ser cristiano, que sería una forma de existencia, o volver a ser cristiano, pero de otra forma, así que sería una renovación la raíz del tratamiento y la curación.

O.L.: Claro.

M.R.S.: ¿Estamos conformes entonces?

O.L.: ¡Si!. El recuperó el valor de la fe, que en la persona de religiosidad auténtica corresponde al núcleo del ser, a la persona profunda, a la conciencia trascendente, a aquel aspecto más íntimo de lo íntimo, en donde ubicabas en tu primera conferencia a la relación con Dios. Cuando se accede a ese nivel o dimensión espiritual (noológica diría Frankl), las transformaciones que se producen toman a la persona en su totalidad. Es un cambio de estado de conciencia, una "metanoia" muchas veces. No es un cambio de conceptos o intelectual, que no afecta la vida concreta del individuo, sino todo lo contrario, es una transformación existencial y el escepticismo de ese hombre, que era su verdadera enfermedad, la enfermedad espiritual – aunque el espíritu no enferma, dice Frankl, pero sí puede haber una falta de actualización de lo espiritual, un adormecimiento – desapareció y tuvo un cambio total en toda su persona.

M.R.S.: ¡Porque era el escepticismo su neurosis!

O.L.: De acuerdo.

M.R.S.: Ya no era la angustia solamente, sino que estaba angustiado por el escepticismo.

O.L.: Claro, por eso es muy importante, al analizar el vacío existencial, el tratar de ubicar, cronológicamente y retrospectivamente, el momento o la época en que se produjo, porqué se originó, y revisar así ese trauma axiológico, si vos me permitís llamarlo así.

M.R.S.: Y cuando ya se ha detectado ese trauma axiológico, ¿cómo se llama?, ¿Cómo puede el psicoterapeuta llenarlo? A no ser que le pida a Dios que llene ese vacío. ¿Cómo se llena?

O.L.: ¡Actualizando lo espiritual!. Ahí en el momento que tuvo el conflicto se interrumpe en parte el fluir de lo espiritual. Es como si lo espiritual se hubiese reprimido, al menos en parte. La relación con Dios queda oscurecida o marginada. (La "presencia ignorada de Dios" diría Frankl) .No se lo rechaza, pero se le ignora. Hay que volver a recordar ese momento en que se dejaron de lado ciertos valores, reelaborar el conflicto en una forma más profunda. Volver al pasado, al punto en que se interrumpió el fluir espiritual, para recuperarlo, sacarlo del inconsciente espiritual. También lo espiritual se reprime, dice Frankl. Hay un inconsciente espiritual. Así como en otras técnicas se regresa al pasado para desenganchar al yo de los conflictos infantiles, acá, en un caso como el referido, se desengancha la dimensión espiritual que vuelve a aflorar y a tener una vigencia plena.

M.R.S.: Es decir, al fin y al cabo que hay que buscar un inconsciente. Entonces el frankliano ¿opina como Freud del inconsciente o como Jung? o ¿a que le llama inconsciente?

O.L.: Frankl no niega que en el inconsciente existan tendencias y contenidos como los que describió Freud. No niega que existen contenidos como los que descubrió Jung. Pero apela en la Logoterapia a otro inconsciente, al inconsciente espiritual. Trata así de despertar algo que está dormido en el ser. El usa entre otras técnicas el análisis existencial de los sueños, pero reconoce que hay muchas formas de despertar ese inconsciente, puede ser un médico, un psicoterapeuta, una religión, aunque cada uno conmueva un aspecto distinto de ese inconsciente. Lo importante es actualizar esa dimensión espiritual que le vuelve a dar un sentido trascendente a la vida, que empieza a poner de

nuevo en movimiento el espíritu, que es la dimensión abarcativa. No es algo opuesto a la materia, pero no es sólo la materia ni sólo lo psíquico. Es lo abarcativo, diría Jaspers. Allí la persona se dirige hacia el cumplimiento de valores, lo cual establece un movimiento que Frankl llama "noodinamia", la persona se orienta hacia los valores y se moviliza por los valores. Es complementaria en el nivel axiológico, de la psicodinamia descrita por Freud en el nivel psicológico. La persona toma conciencia de lo que debe ser, no por una imposición exterior, sino en el sentido que propone Heidegger, como una realización y despliegue de su propio ser, en su manifestación auténtica. El moverse hacia el "deber ser" verdadero crea una tensión espiritual, sana, movilizadora, aunque a veces se manifiesta como angustia existencial o angustia metafísica. Entonces este proyecto de ser, este presente del futuro, actualiza aquel aspecto del pasado que cobra actualidad gracias a la nueva variante de proyecto que se va estableciendo en diversas etapas de la vida. Desde este punto de vista, dice Sartre, el futuro determina el pasado (el pasado que se presencializa podríamos decir) en lugar que el pasado determine siempre el futuro.

M.R.S.: Yendo al aspecto técnico de la práctica de la psicoterapia frankliana, creo que el enfermo no está en el diván, ¿Cómo se colocan médico y paciente?

O.L.: Cara a cara.

M.R.S.: ¿No encuadrados, como estamos ahora nosotros, sino uno frente a otro?

O.L.: Lo más común es que sea uno frente al otro.

M.R.S.: ¿Sin mesa alguna en medio?

O.L.: Esto puede variar según el terapeuta. Hay que tener en cuenta que aunque se haga logoterapia, los aspectos transferenciales también suceden. Por eso pueden convenir variaciones según la necesidad de mantener una mayor o menor distancia en la relación terapéutica. Esto hay que tenerlo en cuenta porque si en un tratamiento no existencial se produce la transferencia, con más razón si es un tratamiento existencial, porque el terapeuta no sólo va a representar alguna figura importante de la infancia del paciente, sino también su guía espiritual que se va...

M.R.S.: Su gurú.

O.L.: Su gurú, su maestro. O sea que va a ser o puede llegar a ser una figura muy idealizada espiritualmente, por ello yo prefiero mantener una cierta distancia, para que el paciente pueda apoyarse más en sí mismo que en el terapeuta.

M.R.S.: Hay una forma que tenemos allá en Valencia para evitar esta disyuntiva del diván en el cual no se ve al terapeuta, del diván tendido que casi infantiliza a la persona porque la pone tendida, y el otro que está vigilando. Nosotros colocamos un escritorio encuadrado, y las sillas están en un ángulo recto entre las dos. También se está cara a cara.

O.L.: Ah!, que bien!

M.R.S.: Con lo cual están en comunicación y en separación. Después te daré el esquema de lo que tenemos allí en la consulta.

O.L.: Me interesa mucho.

M.R.S.: Eso es muy interesante para vosotros ya que utilizáis la transferencia y buscáis además un aclaramiento.

O.L.: Se utiliza la transferencia y se le pone un límite, una proporción.

M.R.S.: Claro, si uno se aparta se aleja y cuando es necesario uno puede acercarse.

O.L.: A veces también hacemos esto. Al iniciar el tratamiento estamos frente a frente, con escritorio de por medio, y si el paciente avanza en su mejoría, sobretodo si son tratamientos prolongados, cambiamos de lugar y nos sentamos en dos sillones, frente a frente, pero sin escritorio de por medio. Esto significa aceptarlo ya en otro nivel, de igual a igual, en una relación más simétrica, porque ha avanzado.

M.R.S.: Y al final sería aceptarlo como un hermano.

O.L.: Exacto

M.R.S.: Quiere decir que al llegar a la curación final la relación entre psicoterapeuta...

O.L.: Sería como tu dices, aceptarlo como un hermano. En esta nueva etapa se repara la herida narcisista que puede haber sufrido el

paciente por estar sometido a una situación de dependencia, que puede vivir como inferioridad, por la diferencia de roles. Esta posición de igualdad compensa lo anterior y él tiene ocasión de poder también decir algunas cosas al terapeuta.

M.R.S.: Y esa fraternidad ¿puede llegar hasta invitarle a comer, o ya no, se queda ahí en lo profesional?

O.L.: En general uno se queda hasta ahí nomás. Hay excepciones, por supuesto, como las hacía el mismo Freud. Si uno se encuentra por la calle lo saluda, lo habla, pero sin hablar de la terapia.

M.R.S.: La terapia está en una burbuja dentro del despacho.

O.L.: Puede haber acá algunas diferencias con otros terapeutas que a lo mejor se encuentran en la calle con el paciente y no lo saludan, como si no existiera, para conservar...

M.R.S.: Es demasiado fingido eso.

O.L.: Demasiado fingido.

M.R.S.: Sin embargo con la psicosis no se podría hacer este tipo de terapia porque el psicótico tiene, ya psicóticamente, valga la redundancia, alterado todo el sistema de valores. ¿Vosotros hacéis a pesar de todo, psicoterapia a los psicóticos?

O.L.: No, por lo menos yo no lo hago. Prefiero en una primera etapa que sea tratado por otro psiquiatra, con psicofármacos.

M.R.S.: ¿Y en caso de depresivos endógenos?

O.L.: En caso de depresivos endógenos a veces hacemos tratamiento combinado. Otro hace el tratamiento biológico y yo la psicoterapia.

M.R.S.: Muy bien. Pues en esta magnífica relación que hemos tenido, representando los dos, como dice Heidegger, manifestaciones humanas, ni más ni menos, los dos que así somos la humanidad, que estamos ahora aquí también sentados. Que yo represento por tanto a España y tú representas a Argentina. ¿Quieres tú ahora hacer alguna pregunta, algún comentario para que ahora cuando vuelva a España yo te aclare, de parte de España? No como si me sintiera un representante suyo, sino como

si fuera una muestra de sangre que saca el analista, para analizar la sangre, que saca una pequeña muestra. Así sería yo no un índice de lo español, sino como una muestra de lo español.

O.L.: Yo realmente ya he visto tu posición a través del curso que dictaste el cual ha sido tan exhaustivo que, como decía Espinosa, hemos quedado fascinados con todo lo que nos has aportado. Debo destacar tu gran visión antropológica que es lo que esta haciendo falta para darnos cuenta que, a cada paciente, tenemos que ubicarle en distintos niveles de conciencia, como vos tan bien planteaste. Esto nos lleva por lo pronto a ver que, en ciertos pacientes, vamos a pretender nada más que un cierto nivel de posibilidades, mientras que en otros pacientes podríamos recordar a Jung, entendiendo que pueden estar en un nivel más elevado del común, y pueden estar neuróticos, como expresión "del sufrimiento del hombre que no ha encontrado el sentido". Hay que ayudarles a que desarrollen su propio sentido que a veces es de un nivel espiritual elevado, y que se enferman por tener que adaptarse a un medio ambiente mediocre.

M.R.S. : ¡Ajá !.

O.L.: Desde ese punto de vista tu planteo ha sido muy claro, al describir distintos tipos de niveles.

M.R.S.: Lo que tú dices me recuerda la doble enfermedad. Por un lado la persona que se encuentra en un status que no es el suyo, que es superior al que le correspondería. Por otro lado el que se encuentra en un status en donde los otros no le pueden entender, porque no llegan a él y entonces se encontraría uno sólo en soledad y el otro sólo en compañía.

O.L.: Esa soledad a la que te referías ayer...

Ahora vos, este tipo de terapia nueva, a lo mejor no le llamas ni cognitiva ni le llamas tampoco logoterapia. No se si te he entendido bien en este punto, ¿vos le llamarías antropológico – existencial?, ¿te gustaría esa forma?

M.R.S.: Si, yo le puse un nombre hace ya mucho tiempo, pero que después no lo he usado, le llamaba ontoterapia. En el sentido que toma al ser íntegro.

O.L.: Claro.

M.R.S.: y por consiguiente no sólo al “ántropos” no sólo al ser en el mundo, sino incluso en lo cósmico. Porque el planeta está dentro del sistema solar y el sistema solar está dentro de la galaxia, y la galaxia está dentro del Cosmos, y somos nosotros, no sólo de aquí..., y ahora mismo estamos en este bonito jardín que tienes, y en esa bonita tierra de Mendoza, pero además estamos participando del sol, estamos participando de todo; y somos manifestaciones, nuestra conciencia de la luz del sol que estamos recibiendo, y de las plantas que están creciendo, por eso llamaría ontoterapia. Porque uno se encuentra siendo ser del universo.

O. L.: Pero eso es maravilloso.

M.R.S.: Si es que uno puede, porque muchos no pueden, ya que depende del nivel de conciencia de cada uno.

O.L.: No importa, pero dentro de cada nivel tender a eso.

M.R.S.: Tender a eso, a lo más próximo.

O.L.: Dentro de la conciencia de ser de cada uno.

M.R.S.: Así entonces, ahora estoy pensando en la conversación, que siempre es creativa, que no estaría entonces mal hacer a veces una pequeña idolatría, a ver si me lo explico: si una persona no puede llegar al nivel ontoterápico de sentirse frente a lo cósmico, dejarlo que se sintiera frente a su tierra. Sería una idolatría, porque ya no es frente a lo óptico, pero es el nivel que puede tener, ya que según me parece que te he entendido, no se puede hacer subir a otro a un nivel que no le corresponde.

O.L.: No se puede, él tiene que encontrar su propio nivel, dentro de lo que él puede desarrollar lo mejor que puede.

M.R.S.: Y ya está y hay que quedarse, y ahí es donde se juntaría aquello que dice: no hace falta ser apóstol y también se puede ser apóstol. No se puede ser apóstol para llevarlo a niveles más altos que allí se encontraría atosigado como un esquizofrénico en nuestro propio nivel, ni tampoco puedes dejarlo solo en el nivel, sin darle ningún consuelo, en sentido existencial. Esto significa etimológicamente un “con – solus”, que sería un estar con él solo y quitarle entonces la soledad.

O.L.: Ahora fijate vos que para mí esto es muy importante, lo que vos acabas de decir. ¿No se podría llegar a esto: hablar de una psicología óptica? o vos dirías una ontopsicología?.

M.R.S.: Yo prefiero decir una ontopsicología, pareciera que la psicología es una parte del “ontos”, no un psicologicismo.

O.L.: Entonces podemos decir ontopsicología para esto que acabas de decir, que está claro y que coincide con uno de los libros que te he traído. Y como terapia seguir usando antropológico – existencial, porque es lo que la mayor parte de los pacientes pueda alcanzar, porque a lo óntico no todos pueden llegar, en general, digo yo.

M.R.S.: ¡No!. A lo óntico no pueden llegar. Entonces por eso la ontoterapia sería el capítulo general de la obra, pero después tendría que transformarse en una antropoterapia y en una antropopsicología, pero para dejar a cada persona dónde está. Ahí digo no apostolado, no quererlo subir adonde no puede quedarse.

O.L.: Ahora ¿vos crees que lo mismo se puede llamar ontoterapia?.

M.R.S.: Eso sería lo global.

O.L.: Y usar en cambio del nombre antropológico – existencial.

M.R.S.: O psicoterapia antropológica o logoterapia, o incluso usar el término cognitiva. Porque creo que os va a resultar muy interesante, no sólo a ti sino a todos los franklianos, el que ya haya un sistema de comunicación...

O.L.: Si, lo necesitamos.

M.R.S.: Ellos necesitan ver de vosotros el contacto emocional, es decir, a ellos les gustaría ver una psicoterapia tuya en donde se conmueve a la persona, no solamente donde haya una modificación del sistema de referencia existencial que tiene y, por consiguiente, lo cognitivo de su existencia, no sólo decirle al paciente: este era el sistema, por este sistema has llegado aquí, ahora te cambiamos el sistema, cambias el sistema y llegarás a otra parte. Te analizo el sistema, mira cómo has llegado aquí, ahora sácate. Es lo mismo que dice Frankl, pero como los cognitivos son académicos, digo que podríais hacer una gran convergencia.

O.L.: Yo diría por un lado la ontopsicología, y por otro lado la logoterapia, o la cognitiva, o la antropológica existencial. Estas últimas la parte terapéutica, la primera la parte del conocimiento.

M.R.S.: No, la parte logoterápica tiene mucha más incidencia, porque me parece que Frankl a la palabra "logos", la toma del griego, en el significado de "verbum", palabra.

O.L.: El lo toma mucho como "sentido".

M.R.S.: Es la palabra. Entonces ontoterapia tendría que suponer una logoterapia, en este sentido, porque no puede haber nada óptico sino hay lenguaje. Ahora, la psicoterapia cognitiva sería ya un método y una técnica, y una forma científica de darle a la logoterapia.

O.L.: Me parece muy bien.

M.R.S.: Pues nada, que va llegando nuestra hora de seguir adelante. Te tengo que dar de nuevo las gracias por esta lección que la transmito y la veremos allí en Valencia, con un gran maestro como tú, que me has hecho trabajar desde el verano hasta ahora y me has hecho recorrer 26 horas de vuelo, y además, siendo yo hipertenso, se me ha bajado y normalizado la tensión arterial. Ahora estoy hipotenso. Muchas gracias de nuevo.

O.L.: Ya nos vamos a seguir viendo. Muchas gracias también para vos, Juan, que has tenido la amabilidad de filmar este encuentro.

PSIQUIATRÍA

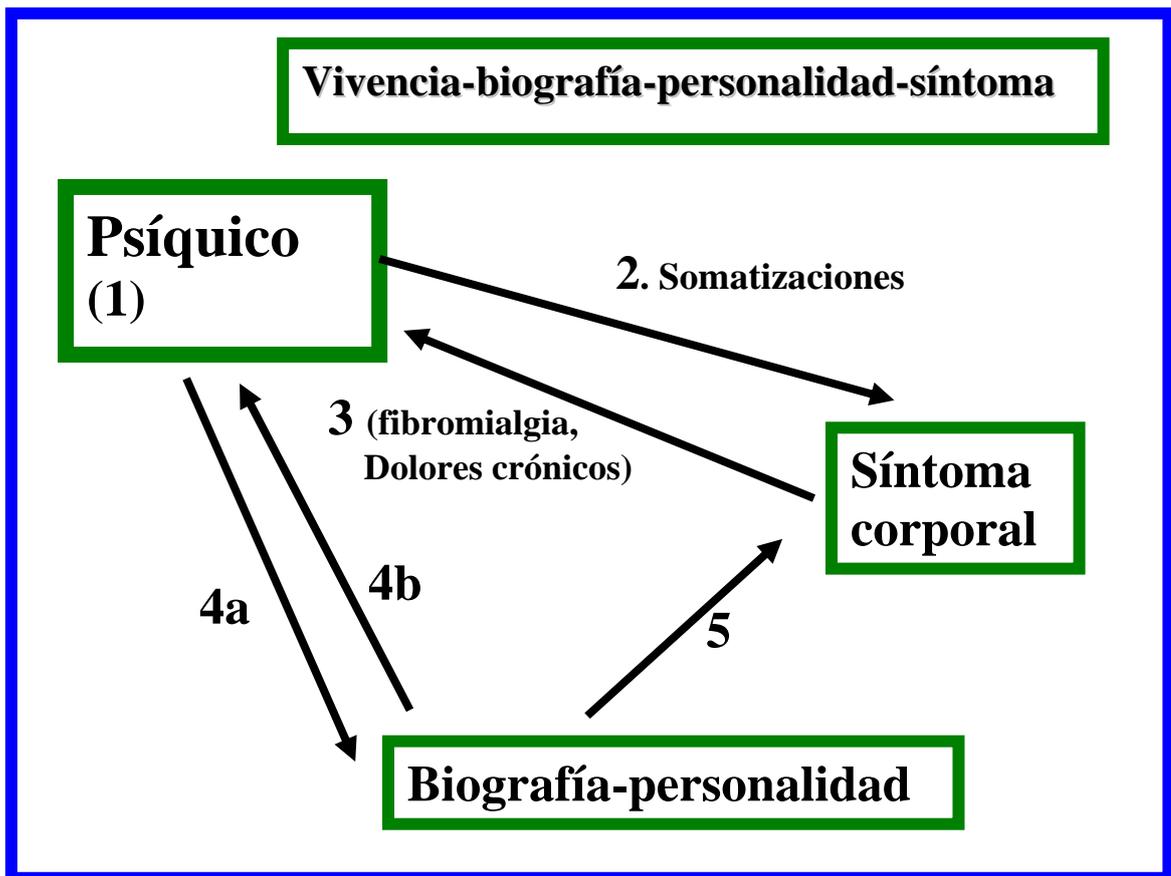


Figura 8.

El paciente expresa una vivencia o síntoma psíquico (1). Muchas veces el estado psíquico también se manifiesta en síntomas corporales (anorexia, dolores erráticos, sensación de falta de aire, opresión torácica, polaquiuria, palpitaciones (2)

Pero también enfermedades corporales como la fibromialgia, dolores crónicos por artrosis etc, origina con mucha frecuencia trastornos psíquicos, como pueden ser depresiones. (3).

Un trastorno psíquico, una depresión, es un aconteciendo vital, que queda marcado de forma importante en la biografía del sujeto, pudiendo cambiar en parte la personalidad del sujeto (personalidad es temperamento + influencia del ambiente) (4a). Y a su vez la personalidad, influye en muchos casos para que se produzca una enfermedad psíquica, como en las depresiones de claudicación (4b).

Y también la personalidad y su transcurso biográfico pueden favorecer ciertos síntomas somáticos, como ocurre en el colon irritable o en el asma. (5).