



- ◆ Trabajo realizado por la Biblioteca Digital de la Universidad CEU-San Pablo
- ◆ Me comprometo a utilizar esta copia privada sin finalidad lucrativa, para fines de investigación y docencia, de acuerdo con el art. 37 de la M.T.R.L.P.I. (Modificación del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual del 7 julio del 2006)

El síndrome depresivo por separación matrimonial (SDSM)

PSICOLOGIA DEL DIVORCIO

Por el Dr. A. Polaino-Lorente

Profesor Agregado de Psicopatología Universidad Complutense (Madrid)

EL DIVORCIO ¿UN PROCEDIMIENTO TERAPEUTICO?

Al filo de los años cincuenta, la imagen estereotipada que de la psiquiatría americana nos llegaba, se hacía coincidir con el modo de hacer de los psicoanalistas. Al psiquiatra iban —según se decía— las personas con problemas conyugales. El cine y la prensa de entonces divulgaron una solución más ficticia que real: el divorcio era aconsejado al paciente por su psicoanalista, como último remedio para resolver sus problemas matrimoniales.

El divorcio se convirtió así en un procedimiento "terapéutico" que, relativamente difícil de aplicar al principio, se vería automatizado y generalizado más tarde.

Han transcurrido treinta años desde que se lanzara al mercado este cliché. Lo que antes fue una excepción es hoy un modo de proceder rutinario.

El riesgo del divorcio en los adultos se ha incrementado tanto como en los jóvenes el de las toxicomanías. Cada edad comete sus errores.

La tasa del riesgo divorcista era de 1.5/1.000 habitantes en EE.UU. en 1925; en 1978 el resultado es del 5.1/1.000 (Flach, 1980).

En estas tres décadas se han producido también otros cambios importantes. Del **divorcio-terapéutico** se ha pasado al **divorcio-enfermedad**.

En un reciente artículo publicado en **Wall Street Journal** se describe, con un realismo pormenorizado, las ingentes consecuencias conflictivas, tanto para los padres como para los hijos, que se derivan de todo proceso divorcista.

Muchos investigadores consideran hoy al divorcio como un factor depresógeno de gran importancia. La separación y/o el divorcio puede desencadenar el padecimiento de la depresión en los miembros de aquella familia destrozada.

Los trabajos iniciados por Goode (1956) sobre este particular se han prolongado en otros más recientes y mejor controlados (Krautzler, 1974; Weiss, 1975 y 1976). Goode encontró que el 63% de las 425 mujeres divorciadas estudiadas, sufrían ciertos desajustes durante un período que variaba entre los 2 y los 26 meses después de la separación. Entre estos desajustes el autor encontró malestar, soledad, abuso de alcohol y tabaco, pérdida de memoria y bajo rendimiento laboral.

Muchas de estas alteraciones hacían su aparición en el período inmediatamente anterior a la separación, **incrementándose durante la fase post-divorcista**. En las investigaciones realizadas por Krautzler (1974), se concluye que el divorcio causa un síndrome —**separation shock**— como consecuencia de la muerte de una relación (**the death of a relationship**), caracterizado por: depre-

- 24.—PANUM, PL. (1862). — Experimentelle beitrage zur lehre von der embolie. Virchow's Archiv fur Pathologische, Anatomie, un Physiologie und fur Klinische Medizin, 25, 308.
- 25.—PFEFFER, RB.; STASIOR, O. and HINTON, JW. (1957).—The clinical picture of the sequential developmetn of acute hemorrhagic pancreatitis in the dog. Surgical Forum, 8, 248.
- 26.—POLYA, E. (1908).—Die wirkung des trypsins auf das lebendepanckreas. Pf-luegers Archiv fuer die Gesamte Physiologie des Menschen und der tiere, 121, 483.
- 27.—POPPER, HL. and NECHELES, H. (1940).—Patways of enzymes into the blood in acute damage of the pancreas. Proceedings of the Society for Experimental Biology and Medicine, 43, 220.
- 28.—POPPER, HL.; NECHELES, H. and RUSSELL, KC. (1948).—Transition of pancreatic edema into pancreatic necrosis. Surgery, Gynecology and Obstetrics, 87, 79.
- 29.—PONCELET, P. and THOMPSON, AG. (1972).—Action of bile phospholipid on the pancreas. The American Journal of Surgery, 123, 196.
- 30.—QUINTANS, A. (1979).—Acción de la Somatostatina y N-Acetil-des (Ala₁, Gly₂) Somatostatina en la pancreatitis aguda experimental inducida con bilis en el perro. Tesis Doctoral. Universidad de Santiago de Compostela. 1979.
- 31.—RICH, AR. and DUFF, GL. (1936).—Experimental and pathological studies in the pathogenesis of acute hemorrhagic pancreatitis. Bulletin John's Hopkins Hospital, 58, 212.
- 32.—SATAKE K.; REICHMAN, J.; CARBALLLO, J.; APPERT, HE. and HOWARD, JM. (1974).—Plasma levels of elastase, trypsin and their inhibitors in bile induced pancreatitis in the dog. The Annals of Surgery, 179, 58.
- 33.—SCHMIDT, H.; CREUTZFELDT, W. and HEBERMANN, E. (1967).—Phospholipase A: Ein moglicherweise entscheidender faktor in der pathogenese der akuten pankreatitis Klinische Wochenschrift, 45 163.
- 34.—WHIT, TT. and MAGEE, DF. (1950).—Perfusion of the dog pancreas with bile without production of pancreatitis. The Annals of Surgery, 151, 245.

A la gentileza de nuestros anunciantes debemos de corresponder con la prescripción de sus eficaces especialidades.

Doctor DE JUAN

Jefe del Departamento de Cirugía de la Ciudad Sanitaria
"Juan Canalejo"

CIRUGIA GENERAL Y DIGESTIVO

Consulta, de 4'30 a 7,30

Juana de Vega, 31-3.º D. - Teléfono: 26 28 28

C.S.P. 2038-R
LA CORUÑA

SANATORIO QUIRURGICO DEL SOCORRO

Valle Inclán (Ciudad Jardín)

Fundado por el Dr. Francisco Ponte Ferreiro

CONSULTORIO: Riego de Agua, 60-1.º

SANATORIO: Teléfono: 22 23 00

Teléfono: 22 15 48

LA CORUÑA

sión, hostilidad, culpabilidad, autoreproches, ansiedad y temores.

Weiss (1975 y 1976) ha denominado a este síndrome con el término de **separation distress** (estrés por separación) y lo ha definido como una reacción de pérdida caracterizada por manifestaciones de pánico, ansiedad, desconfianza, alteraciones del sueño y del apetito, sentimientos extremos, falta de energía, incapacidad para concentrarse, depresión, desesperanza, temores y rechazo familiar.

El autor distingue las tres etapas siguientes en este cuadro clínico:

1.—**Fase de shock:** Es la fase inicial caracterizada por repudio del (de) otro (a), entorpecimiento, perplejidad y nerviosismo.

2.—**Fase de transición:** Se prolonga hasta después de un año de haberse producido la separación. Se caracteriza por algunas de las alteraciones afectivas descritas más arriba, variando su participación cuantitativa y cualitativa en función de ciertas diferencias individuales. En este período es cuando el divorciado resulta más vulnerable a la enfermedad depresiva, que casi siempre aparece de forma más o menos encubierta.

3.—**Fase de convalecencia.** Esta fase se prolonga, según el autor, hasta tres o cuatro años después de producirse la separación. Se caracteriza por disminuir, lenta y progresivamente, los sentimientos depresivos y las alteraciones comportamentales.

Naturalmente no todos los divorciados se ajustan al síndrome descrito, como tampoco en todos los que lo padecen, aparecen necesariamente las tres fases diferenciadas por Weiss.

DEPRESION Y PROCESOS DIVORCISTAS

Hasta aquí la descripción clínica, no comprobada empíricamente hasta fecha reciente, de un síndrome vagamente perfilado.

Recientemente ha podido al fin demostrarse lo que hasta ahora era sólo una hipótesis clínica.

Hackney y Ribordy (1980) de la **DePaul University** (Illinois), han probado de forma experimental que durante los procesos divorcistas aparece un síndrome caracterizado por depresión, ansiedad y hostilidad.

Los tres síntomas que caracterizan dicho síndrome (en lo sucesivo lo denominaré con el término de Síndrome Depresivo por Separación Matrimonial: SDSM) se manifiestan levemente al aparecer los problemas conyugales, alcanzan su máxima intensidad cuando se inicia el proceso del divorcio y se atenúan, progresiva y lentamente, a lo largo de la etapa post-divorcista (entre el primer y el tercer año).

Sintetizo a continuación los resultados de esta investigación.

Hackney y Ribordy estudiaron 74 sujetos (33 hombres y 41 mujeres), cuyas edades estaban comprendidas entre los 20 y los 45 años. La muestra se dividió en cuatro grupos: HM (**Happily Married**), MC (**Marriage Counseling**), D (**Divorcing**) y Dd (**Divorced**), según se considerasen felices en su matrimonio, hubiesen solicitado ayuda para resolver sus conflictos conyugales, hubiesen iniciado el proceso de divorcio o/y la separación, o estuvieran ya divorciados desde hace 6 ó 12 meses, respectivamente.

Como instrumentos de evaluación se emplearon en este diseño el **Beck Depression Inventory** (el BDI es un cuestionario para evaluar la depresión), el **Minnesota Multiphasic Personality Inventory** (el MMPI es un inventario usado tradicionalmente para el diagnóstico psicopatológico) y el **Multiple Affect Adjective Check List** (MAACL). A los cuatro subgrupos se aplicaron las mismas pruebas. Los datos obtenidos fueron sometidos al oportuno tratamiento estadístico (análisis de varianza).

Enumero a continuación las conclusiones obtenidas:

1.—Los resultados obtenidos en el BDI revelan diferencias significativas entre los cuatro grupos ($F = 8.84$; $p < .001$); todas las comparaciones intragrupo fueron significativas al nivel del 1%.

El mayor índice de depresión se encontró en el grupo D ($M = 71.95$), decreciendo progresivamente en los otros tres: MC ($M = 71.95$), Dd ($M = 57.76$) y HM ($M = 49.99$).

Según esto, la depresión aparece en aquellos que han iniciado su proceso divorcista, siendo menos intensa en aquellos que padecen conflictos conyugales. Una vez divorciados, sin embargo, parecen superar su depresión o al menos mejoran de ella.

2.—Los resultados obtenidos a través del MMPI indican que hay diferencias significativas entre los grupos en las escalas de Depresión, Psicastenia y Esquizofrenia (nivel de significación: $p < .001$) y en las de Hipocondría, Paranoideísmo y Psicopatía ($p < .01$). No se encontraron diferencias significativas entre estos grupos, en lo que se refiere a las siete escalas restantes que constituyen esta prueba.

La comparación de los resultados intergrupos, manifiesta que las mayores alteraciones se localizan en los que han iniciado el proceso de separación y en los que padecen conflictos conyugales no resueltos.

3.—Los resultados obtenidos en el MAACL confirman las conclusiones obtenidas en el BDI. La combinación de ansiedad, hostilidad y depresión en un solo factor, arrojó un resultado estadísticamente significativo al nivel del 1% y análogo al encontrado con los otros instrumentos de evaluación.

4.—Basándome en las conclusiones anteriores, propongo para este síndrome la siguiente denominación: Síndrome Depresivo por Separación Matrimonial

(SDSM). A continuación sistematizo sus peculiaridades, siguiendo a los investigadores antes citados:

a) **Concepto:** el SDSM aparece como una reacción emocional de desajuste ante la experiencia del divorcio, caracterizada por los síntomas de **depresión, ansiedad y hostilidad**, que acontece con idénticas intensidades y cualidades en el hombre y en la mujer y cuyas manifestaciones aparecen al suscitarse conflictos conyugales insolubles, incrementándose al máximo al iniciarse el proceso del divorcio y atenuándose lentamente durante el período post-divorcio comprendido entre el primer y el tercer año de haberse producido aquél.

b) **Evolución:** El SDSM puede entenderse como un síndrome en el que se distinguen tres fases cronológicas.

1) **Fase traumática:** Acontece cuando los conflictos conyugales saltan a un primer plano, acompañándose de stress, irritabilidad, hostilidad, discusiones, incompreensión, etc. En esta fase se acaba por reconocer la gravedad de los problemas matrimoniales. En otras ocasiones los conflictos se prolongan latentemente durante mucho tiempo sin que lleguen a afrontarlos ninguno de los cónyuges. En estas circunstancias es frecuente el talante predepresivo en alguno de los miembros del grupo familiar.

2) **Fase de estrés prolongado:** Suele seguir a la anterior. Los cónyuges toman decisiones que suponen el reconocimiento de la gravedad de sus problemas. Operativamente esta fase suele englobar desde el momento en que se consulta al especialista en consejo matrimonial hasta el momento en que se decide iniciar el proceso de la separación. Aquí los afectos negativos son más intensos y nocivos que en la fase anterior. Se han llegado a distinguir hasta 15 síntomas diferentes: depresión, ansiedad, susceptibilidad, sentimientos de aislamiento, alienación y soledad, hostilidad, aburrimiento e insatisfacción

con la vida, resentimientos contra la familia, vago malestar corporal, remordimiento e inflación del yo, y angustia. Los anteriores signos se han aglutinado en tres categorías fundamentales: depresión, ansiedad y hostilidad.

3) **Fase de reajuste:** Suele comenzar entre los 6 y los 12 meses de haberse obtenido el divorcio.

Al cesar el estrés, ceden también las reacciones negativas descritas en la fase anterior. No obstante, son típicas de esta fase las reacciones depresivas, la susceptibilidad y las hostilidades ante la familia y una general insatisfacción con la vida toda.

Por ahora se desconoce qué sucede a los 5 ó 10 años de obtenerse el divorcio o cuando tras el divorcio se inicia el declive de la vida que llamamos envejecimiento. En este sentido no se ha realizado ningún seguimiento controlado.

5.—El SDSM viene a confirmar, una vez más, la existencia de las depresiones reactivas o reacciones depresivas ante la pérdida de vínculos afectivos permanentes y profundos. En el caso del divorcio esta pérdida es aún mayor, por cuanto la misma vinculación y las personas a que se renuncia, son cualitativa y cuantitativamente más relevantes y significativas.

Tampoco se han estudiado las modulaciones que puede sufrir el SDSM en función de otras variables como el número de hijos, la edad de éstos, la circunstancia de que pasen a depender del padre o de la madre, etc. Un estudio en profundidad de las anteriores variables debe delimitar, muy posiblemente, unos perfiles psicopatológicos de otros, dentro del SDSM.

6.—A lo que parece, el divorcio no es la solución "terapéutica" para la resolución de los conflictos conyugales.

Las imágenes estereotipadas que se ofrecieron de esta "terapéutica psiquiá-

trica" hace 20 años, eran sólo eso, estereotipias: tópicos que a nadie convencieron y, sin embargo, lo que entonces fue sólo una "imagen" es desgraciadamente hoy una realidad indiscutible: las consultas de los psiquiatras —sean o no de orientación psicoanalítica— son frecuentadas por parejas en busca de divorcio. Pero no es nada fácil para el psiquiatra —contra lo que pudiera parecer— convertirse en un animador divorcista, sobre todo cuando se ha demostrado que el divorcio, en el mejor de los casos, es un disparador de la depresión (a **common trigger for depression**), un agente depresógeno de desventuradas consecuencias.

¿No será acaso un mejor procedimiento terapéutico conservar el vínculo, simultáneamente que se trataran de resolver los conflictos conyugales? ¿Tan graves son éstos que exigen la disolución del vínculo de las personas en que asientan? ¿Tan graves son que exijan una disolución vincular aunque se derive de ésta pérdida una depresión reactiva? ¿Puede el especialista aconsejar una "terapia" generadora de patología, aún en el caso de que afecte ésta únicamente a los dos cónyuges? ¿Para cuándo dejamos el **primum non noscere**?

BIBLIOGRAFIA

Flach, F.: *Divorce and the Psychiatrist*, 1980. Comunicación personal.

Goode, W.: *After Divorce*. Glencoe, Ill., The Free Press, 1956.

Krantzler, M.: *Creative divorce*, M. Evans, New York, 1974.

Weiss, R.: *Marital separation*. Basic Books, New York, 1975.

Weiss, R.: The emotional impact of marital separation. *Jour. of Soc. Iss.*, 1976, 32, 135-145.

Hackney, G. R. and Ribordy, S. C.: An empirical investigation of emotional reactions to divorce. *Jour. of Clin. Psych.*, 1980, 36, 105-110.