



- ◆ 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)

AQUILINO POLAINO-LORENTE

8. ¿Depende la depresión únicamente de la intervención médica?

Introducción

La ciencia no es la realidad y aunque ayude a conocer la realidad, también contribuye en otras circunstancias a enmascararla, e incluso a sumergirla en la tergiversación de su propia naturaleza. La ciencia contemporánea se sirve de “modelos”, de analogías prefabricadas de la realidad, de manera que al sustituir los fenómenos y sucesos por sus análogos, sean más fácilmente observables, cuantificables y manipulables que la realidad.

La ciencia se enfrenta a la realidad desde un punto de vista, desde una perspectiva que forzosamente ha de ser limitada y restringida, lo que impone la necesaria renuncia a las restantes dimensiones que, por definición o diseño, fueron excluidas de aquel acercamiento.

De aquí que concluya Frankl lo que sigue: “La ciencia es una anulación obligada de la estructura omnidimensional de la realidad: la ciencia debe enmascarar y excluir, debe fingir y hacer ‘como si’...”. Precisamente por eso, no debiera tomarse la parte (descubierta por la ciencia) por el todo (la realidad a la que pertenece la parte que ha sido estudiada).

La naturaleza ofrece una cierta resistencia a ser conocida por parte del hombre. La enfermedad depresiva es un fenómeno fundamentalmente natural, aunque abierto a lo cultural que, sin duda alguna, también afecta a esta peculiaridad.

Como muchas otras enfermedades, en la depresión incide también un vasto conjunto de factores psicosociales que modelan su curso clínico y manifestaciones psicológicas, a las que también modulan en su intensidad expresiva, frecuencia y duración.

A pesar de esta resistencia a dejarse conocer, es mucho lo que se

ha avanzado en las tres últimas décadas en el conocimiento y tratamiento de las depresiones, gracias, principalmente, al progreso y a las aportaciones, definitivamente innovadoras, de los psicofármacos anti-depresivos y de ciertas psicoterapias.

Pero, sin duda alguna, todavía hoy estamos muy lejos de disponer de tratamientos que sean eficaces, en el cien por cien de los casos. Sea por la complejidad de estos trastornos o por esa ignorancia residual en que actualmente se encuentra el estado de nuestros conocimientos, el hecho es que hemos de reconocer, en algunas ocasiones, un cierto fracaso terapéutico ante un número muy restringido de pacientes depresivos, que los autores sitúan entre el 15% y el 20%.

Surge así el concepto de depresiones resistentes, es decir, de depresiones que no responden, que son refractarias a las diversas estrategias farmacológicas y/o psicoterapéuticas que, en la actualidad, se vienen empleando en su tratamiento.

El fenómeno depresivo parece comportarse, en ocasiones, como un hecho tozudo que escondiese su verdad no sólo a la mirada de curiosos y extraños, sino también a la de los avezados expertos especialistas en psiquiatría.

En estos casos, cabe emplear una estrategia diferente: la aproximación al fenómeno depresivo desde la *studiositas*, es decir, desde el estudio y la investigación. Sólo cuando el clínico se entrega por entero, generosamente, al estudio de la enfermedad, es posible que el hecho morboso – hasta entonces resistente – desvele su intimidad y le entregue su verdad.

Acaso por eso, el tratamiento de las depresiones sólo será eficaz – será un verdadero tratamiento –,

si los expertos se entregan a su estudio sin regatearle ningún esfuerzo y afrontándolo desde *una perspectiva nueva y mucho más abierta*, no exenta de apasionamiento.

La ciencia procede siempre por aproximaciones sucesivas, yendo de lo simple a lo complejo. La ciencia no se presenta como un saber acabado, clausurado y hermético, que no pueda ser optimizado.

La ciencia nos presenta las verdades – verdades siempre circunstanciadas y provisionales – que ha logrado arrancar a la realidad, a través de ese proceso acumulativo en que ella misma consiste. De aquí que pueda afirmarse que no hay en la actualidad ningún problema científico que esté agotado, que los factores que verdaderamente lo causan sean del todo conocidos.

Más bien es el hombre – y muy especialmente el científico – el que se agota en el estudio de esos factores, sin que jamás llegue a identificar del todo la última razón explicativa. En este horizonte, hay que reconocer que *la ciencia nos ofrece casi siempre explicaciones penúltimas*, porque casi siempre el fenómeno estudiado – y la depresión constituye un buen ejemplo de ello – está también abierto a un más allá, cercano o lejano, que le trasciende y que, al mismo tiempo que nos hace progresar, tan sólo nos ofrece una explicación más bien circunstanciada y restringida, pero nunca completamente definitiva.

El psiquiatra clínico es quien tiene que habérselas con el paciente depresivo que no responde a los fármacos ni tampoco a la psicoterapia. En su quehacer terapéutico, el especialista muchas veces procede a través del *ensayo-error-corrección del error*, cuando prescribe éste o aquél psicofármaco antidepressivo o ciertas asociaciones de antidepressivos y lo mismo trata de ha-

cer respecto de las estrategias psicoterápicas que emplea.

Este modo de proceder sería más fecundo si estuviera mejor fundamentado, es decir, si el clínico estuviera mejor informado y más cercano respecto de lo que las ciencias básicas nos van aportando. En cualquier caso, no puede decirse que tal práctica sea reprochable, pues, como afirmó Aristóteles, "para saber lo que debemos hacer, hemos de hacer lo que queremos saber".

De aquí que, siempre que se respeten los límites éticos y se satisfaga "la voluntad de curar" a través de los programas estándar, hoy disponibles, para el tratamiento de las depresiones, tal modo de proceder en la toma de decisiones terapéuticas tiene también una relativa validez científica.

La psiquiatría actual está inmersa – no es posible otra opción – en la *sociedad del conocimiento*, una sociedad caracterizada no sólo por saber más sino por intercambiar mejor los saberes de que disponemos.

El potencial terapéutico de los actuales tratamientos psiquiátricos no es un mero saber derivado de los conocimientos ya adquiridos. Las estrategias terapéuticas que debemos emplear no debieran estar nimbadas por el halo de la mera práctica clínica inercial.

Es preciso apelar a procesos innovadores que alcancen el fundamento de otros procedimientos alternativos que, aunque por ahora nos estén todavía velados, en cualquier momento puedan ser desvelados y devenir o alzarse en forma de nuevos conocimientos emergentes que hagan diana en cuestiones nucleares como ésta de las depresiones, que tanto atenazan con su dolor lacerante al hombre doliente.

Pero más allá de esta forma prudencial de entregar al paciente en el ámbito de la práctica clínica, el especialista intuye, percibe y sabe que el propio paciente no sólo ha de colaborar con el médico sino que ha de comprometerse personalmente para recuperar la ausencia de salud psíquica que ahora padece.

Los especialistas nos sentimos interpelados en la hora presente por los sufrimientos de los enfermos depresivos. Pero somos conscientes de que si el enfermo y el entorno social no colaboran, el problema

no será resuelto o tardará mucho más en resolverse.

Por eso hay que insistir también al paciente que "la enfermedad que te sobrevino sin ti, no se curará sin ti". Algo muy parecido hay que hacer respecto de sus familiares y el medio social, aunque en ese contexto la acción del especialista sea mucho más limitada, por la simple razón de que su función no siempre coincide con la de un terapeuta familiar y mucho menos con la de un politólogo.

En definitiva, se trata de aliviar el dolor de los pacientes depresivos y sus familiares, de manera que, una vez superada su enfermedad, puedan integrarse en la sociedad, desarrollar sus potencialidades en favor de los demás y alcanzar su propio destino.

¿De qué depende la depresión, en su origen, evolución y completa recuperación? ¿de sólo la intervención del médico? ¿de sólo la voluntad de curarse del paciente? ¿de ambos? ¿no habrá tal vez otros muchos factores que la condicionan en su origen y manifestaciones, que en modo alguno depende del médico y el paciente? ¿no sucederá algo parecido respecto de esos otros numerosos factores de los que, en última instancia, depende su curación?

Según parece, la curación de la depresión no depende únicamente de la intervención del médico. Con sólo la intervención médica la depresión no se cura; pero tampoco sin ella, en ausencia de esa rigurosa intervención. Es preciso articular dos voluntades, la del paciente y la del médico, como si se tratara de una sola voluntad mucho más fuerte y con un destino común: la completa superación de esta enfermedad lacerante y, cuando ello no sea posible, la consecución del alivio y parcial recuperación del paciente.

En las líneas que siguen se tratará de pasar revista a los factores que escapando a la acción del médico pueden impactar en las personas a favor y en contra de la enfermedad depresiva.

Factores biológicos condicionantes de las depresiones

En la actualidad, hay un acuerdo unánime entre los investigadores de la comunidad científica en que

hay numerosos factores biológicos que, probablemente, se concitan en los diversos tipos de depresiones que son diagnosticadas.

Es muy posible que en un futuro cercano puedan determinarse con mayor rigor y precisión esos factores, de manera que una vez identificados puedan servir como eficaces *predictores* de qué psicofármacos son los que específicamente deben prescribirse en cada tipo de depresión para que se obtenga en los enfermos una rápida respuesta terapéutica.

Sin duda alguna, los factores biológicos constituyen, *tout court*, el elemento emblemático y clave en el estudio etiológico de la enfermedad depresiva, tal y como ha sido demostrado en numerosas publicaciones científicas (Polaino-Lorenz, 1987a y 1986).

Ahora bien, no obstante estos conocimientos – en los que tantas esperanzas hay puestas –, a ningún autor se le oculta que el perfil psicopatológico de los pacientes depresivos no agota, por el momento, una descripción que sea plenamente satisfactoria para hacer frente a estos problemas. Más bien sucede lo contrario, que la numerosa bibliografía científica disponible sobre este particular viene insistiendo, una y otra vez, en la relevancia que tienen los factores psicosociales en la génesis, mantenimiento y perpetuación de las depresiones.

Esto quiere decir que en las posibles tipologías que en el futuro puedan establecerse para la identificación de los pacientes deprimidos, es menester considerar, como algo irrenunciable, el mayor o menor peso que estos factores psicosociales desempeñan en la emergencia o no de las depresiones resistentes (para una revisión cfr. Polaino-Lorenz, 1985a y b; 1995).

Dado que se trata de contestar a la cuestión que constituye el título de esta ponencia, se ofrecerá a continuación un apretado elenco de los datos de que disponemos en la actualidad respecto de los factores psicosociales más significativos que aquí intervienen. Pues se entiende, en primer lugar, que muchos de esos factores pueden ser modificados por el enfermo, sus familiares y la entera sociedad; y, en segundo lugar, que son precisa-

mente esos factores los que no dependen del médico, puesto que escapan al estatuto ético de su profesión y no le compete intervenir sobre ellos.

De aquí no debiera concluirse, sin embargo, que el acuerdo sea unánime entre los diversos investigadores, respecto de la importancia que hoy se concede a estos factores.

Factores psicosociales condicionantes de las depresiones

Son numerosos los factores que se han invocado por las diversas escuelas y diferentes teorías que, desde el ámbito de la psicopatología, se han aproximado a la consideración del comportamiento depresivo.

Entre los más destacables, a juzgar por la literatura científica que han generado, cabe mencionar los siguientes: la privación afectiva precoz por pérdida o separación parental; la baja autoestima (Polaino-Lorente, 2003a y b); los acontecimientos vitales estresantes; la ausencia de soporte social y el adecuado clima familiar; el estilo de comunicación conyugal y la disminución o abolición de la comunicación con los hijos; el aumento de la dependencia afectiva y de los conflictos conyugales; la vulnerabilidad y la inadaptación social; el moldeamiento de una personalidad alterada (Polaino-Lorente, 2003c); los sentimientos de inseguridad y culpabilidad; etc. (Polaino-Lorente, 1984).

El debate y la polémica siguió a esta proliferación de factores – algunos de cuales todavía no han sido verificados en modo suficiente con las necesarias investigaciones empíricas – y, a lo que parece, continúa estando viva en la actualidad. A pesar de la ausencia de robustez en bastantes de estas teorías, no obstante, cabe señalar que *malgré lui meme*, han contribuido al conocimiento – al menos más complejo y realista –, de la enfermedad depresiva, así como a desarrollos eficaces en el ámbito de las psicoterapias que más adelante estudiaremos.

El hecho de que la mujer sea más vulnerable que el varón al padecimiento de la depresión ha plantea-

do numerosas hipótesis – hormonal, genética, educacional, cultural, etc. –, sin que, por el momento, hayan podido verificarse o refutarse del todo.

Sin duda alguna, ciertas depresiones parecen estar vinculadas a *trastornos de personalidad* (Polaino-Lorente, 2003c y 1983a). Sin embargo, ignoramos en la actualidad si esos supuestos trastornos dependen de factores estructurales de la personalidad o si, por el contrario, tales alteraciones son apenas una consecuencia de cómo se ha modelado ésta, en función de los acontecimientos vitales estresantes, la ausencia del necesario apego infantil, los modelos educacionales a que ha sido expuesta, la privación afectiva o el modo en que la persona expresa sus emociones.



En cualquier caso, hay algo diferencial en el modo cómo se manifiesta la depresión – y a su través, en la mayor o menor incidencia de depresiones – en el varón y en la mujer. *Los estilos de comunicación* han gozado de gran relevancia entre los investigadores del grupo de Bristol (cfr., Keitner, Miller, Epstein y Bishop, 1990).

A lo que parece, los pacientes depresivos adoptan un *estilo de comunicación conyugal* muy diferente del que suelen adoptar con otras personas ajenas a su familia.

El estilo de comunicación de *los varones depresivos* se caracteriza por la tensión y hostilidad, normali-

zándose cuando la depresión desaparece. En *las mujeres depresivas* el indicador más característico de su estilo de comunicación son las manifestaciones ansiosas y hostiles, que continúan incluso cuando se recuperan de la depresión.

En uno y otro cónyuges, el modo de responder a estos *estilos depresivos* también varía: la mujer no depresiva suele responder con ansiedad, mientras que el marido no depresivo se muestra mucho más independiente de su mujer.

Paradójicamente, este estilo de comunicación varía en unos y otros, cuando se observan las relaciones entre ellos o con otras personas. Esto demuestra que el *clima familiar*, cuando uno de los cónyuges está afectado de depresión, es un factor que incrementa la probabilidad de la mala adaptación marital y la emergencia de *conflictos conyugales*, dos situaciones que por su cercanía, estabilidad y consistencia pudieran considerarse como factores que aumentan el riesgo de depresión.

Durante el episodio depresivo, los *varones* se hacen más dependientes de sus esposas, mientras que se independizan más cuando son ellas las que están deprimidas. Por contra, las *pacientes depresivas* suelen adoptar una actitud agresiva, pasiva y regresiva respecto de sus esposos, lo que contribuye a que éstos las eviten, escapen de la situación y no les presten la atención que deberían.

El varón depresivo, en cambio, adopta una postura más dependiente respecto de su cónyuge sano, quien suele responder protegiéndole y manifestando actitudes maternas. En síntesis, que *el estilo de comunicación en la pareja*, en que uno de ellos padece una depresión, está salpicado de tensión emocional, actitudes negativas y trastornos disfóricos que – por estar centrados, además, en problemas muy concretos e irrelevantes –, distorsionan el clima familiar en exceso, hasta configurar una atmósfera irrespirable de *alienación emocional*.

En el ámbito de la familia, se protege al depresivo, a la vez que se le excluye de la organización familiar, exclusión que es percibida por el afectado como frustración y pérdida de estatus, lo que condiciona

la suscitación en él de conductas agresivas hacia los otros miembros de la familia, perpetuándose así los conflictos (Gastó, Vallejo y Menchón, 1993; Polaino-Lorente, 1983b).

Aunque muchas de estas observaciones sean rigurosas, no obstante debieran articularse mejor con los datos clínicos pues, de lo contrario, no pueden generalizarse y su eficacia predictiva es más bien limitada, respecto de las estrategias terapéuticas de intervención que debieran emplearse.

De todas formas, los resultados anteriores coinciden parcialmente con los obtenidos por el grupo de New Haven, en la década de los setenta (Weissmans y Paykel, 1974). El resultado obtenido en *amas de casa norteamericanas depresivas* es en este punto concluyente: disminución de la comunicación, aumento de la dependencia y de los conflictos conyugales y tendencia a controlar al otro, a través de sus manifestaciones sintomáticas.

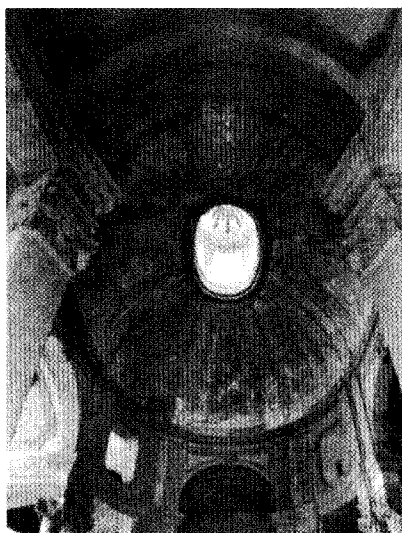
En esta investigación se encontraron también diferencias significativas entre el varón y la mujer depresivos: el grado de afectación de las relaciones sociales es más global y holístico en la mujer que en el varón; la recuperación de esas relaciones, una vez superada la depresión, es más lenta también en la mujer que en el varón; y su adaptación social, tras superar la enfermedad, es menos satisfactoria que en el varón.

Las anteriores manifestaciones podrían tener un cierto alcance explicativo de la mayor incidencia de depresión en la mujer y del hecho de que sufra más recaídas que el varón (Polaino-Lorente, 1983a). Nada de particular tiene que la exposición más prolongada a los anteriores factores empobrezca o arruine su competencia y habilidades sociales y que al alterarse sus relaciones interpersonales, la mujer se refugie más en el medio familiar, un medio éste que en tales condiciones en absoluto puede contribuir a la superación de su trastorno depresivo.

No resulta extraño tampoco que haya una mayor incidencia de depresión infantil entre *los hijos de madres depresivas* que de padres depresivos (Polaino-Lorente, 1987a), independientemente de que en esa

mayor incidencia puedan intervenir otros factores no controlados en estas y otras investigaciones como, por ejemplo, la interacción y el apego hijos-madre e hijos-padre.

Desde la perspectiva de *la vulnerabilidad social, la pérdida temprana de uno o ambos progenitores* puede considerarse como un poderoso factor de riesgo depresivo (Polaino-Lorente, 1987a y b). En un grupo de 458 mujeres diagnosticadas de depresión crónica o aguda, el 22% habían perdido a sus madres y el 17% a sus padres, antes de los 11 años. En el grupo control de mujeres no deprimidas este indicador se daba sólo en el 6% y 12%, respectivamente.



Según los datos disponibles, este factor aislado no parece tener el suficiente peso para desencadenar la depresión, sino que es preciso que a él se añada otro factor. Cuando se asocia otro factor desencadenante en aquellas mujeres que habían perdido a sus madres, antes de los 11 años, el riesgo de depresión aumenta en un 46%.

Junto a la muerte de uno de los padres debe considerarse también *la separación* de uno de ellos, durante un año o más, antes de los 17 años de edad; *la pérdida de uno de los hermanos*, entre 1 y 17 años de edad; y, a cualquier edad, *la muerte del cónyuge*.

Estos *factores de riesgo* correlacionan con otros *factores de vulnerabilidad* depresiva como la escasa intimidad con el esposo y la ausencia de amigas con las que comunicarse a nivel confidencial.

Los anteriores factores suelen contribuir, indirectamente también, a configurar unas *relaciones conyugales insatisfactorias*. En primer lugar, porque favorecen el moldeamiento de una personalidad alterada y, en segundo lugar, porque generan sentimientos de inseguridad y culpabilidad (Polaino-Lorente, 1991a y b) en la mujer joven, que tratará de superarlos casándose muy precozmente para aliviar así su necesidad de protección, lo que, por otra parte, no augura futuras relaciones conyugales felices.

Los datos anteriores, sin embargo, no debieran considerarse como factores suscitadores específicos de la enfermedad depresiva. De hecho, por sí solos son insuficientes para explicar la patogenia de la depresión.

Su alcance explicativo es mayor y más plausible en aquellos *trastornos depresivos atípicos*, no vinculados a factores biológicos y en pacientes donde de alguna manera estén presentes los *trastornos de personalidad*, es decir, justamente las depresiones que, de ordinario, peor responden a los tratamientos farmacológicos.

Pero conviene no olvidar que en muchas de las actuales investigaciones disponibles no se han evaluado ciertas características positivas en estas personas, que podrían ser consideradas como *factores neutralizantes del riesgo depresivo* y, en consecuencia, desempeñar el papel de factores que incrementan la resistencia al padecimiento de depresión.

En cualquier caso, Andrews y Brown (1987) consideran que *el riesgo a padecer una depresión crónica está asociado en la mujer*, a las tres variables facilitadoras siguientes: ausencia de soporte social, baja autoestima y privación afectiva precoz por pérdida o separación de los padres. Este mismo grupo encontró, en un trabajo anterior, que la recuperación de las pacientes depresivas crónicas iba precedida con frecuencia por la presencia de acontecimientos neutralizantes.

Para Hirschfeld y col. (1986), la única variable predictiva de cronicidad encontrada en 90 pacientes con depresión mayor, fue el *neuroticismo*, siendo irrelevantes tanto la pérdida parental precoz como los

acontecimientos vitales estresantes y la ausencia de soporte social.

Por su parte, Matussek y Wiegang (1985) encontraron, en una muestra de 95 depresivos endógenos y 57 depresivos neuróticos, que lo que más condicionaba el neuroticismo en la mujer era *la infidelidad de sus padres y el divorcio o la separación* (Gastó, Vallejo y Menchón, 1993; Polaino-Lorente, 1981).

Respecto de la mayor o menor relevancia del soporte social en relación con la depresión, hay demasiadas cuestiones que no han sido resueltas. De una parte, es preciso evaluar la calidad del soporte social, habida cuenta de su amplia versatilidad en los diferentes grupos humanos.

De otro lado, el déficit en *habilidades sociales* – lo que necesariamente comporta una mayor ausencia de soporte social – está presente en muchas personas antes de que aparezca el cuadro depresivo. Este déficit suele correlacionar de forma significativa con una *baja autoestima*, lo que tal vez pudiera interpretarse como un efecto de la depresión durante un prolongado periodo en que cursa de forma subclínica (Polaino-Lorente, 1988 y 2003a y b; Polaino-Lorente y Buceta, 1982; Polaino-Lorente y García Villamizar, 1983, 1984 y 1985).

Al verificar esta hipótesis, habría que concluir justamente lo contrario: que la ausencia de soporte social no es causa de la depresión sino consecuencia de ella. También podría suceder que el mayor o menor soporte social fuera del todo independiente de la aparición del cuadro depresivo y que, en cambio, actuase como una variable moduladora de su expresión sintomatológica: a menor soporte social mayor expresividad sintomática.

Por último, resulta inviable en la práctica la disección, individuación y apresamiento de cada uno de los factores psicosociales a los que se ha aludido líneas atrás, de manera que pueda estimarse de forma rigurosa cuál es el papel que desempeñan en el origen y cronificación de las depresiones. De hecho, ambos factores se concitan con harta frecuencia en los enfermos e interactúan entre sí, reobrando unos en otros (¿sumándose, neutralizándose, multiplicándose o restándose?).

De aquí que sean necesarias futuras investigaciones en que se establezca de un modo riguroso, si fuera posible, el peso relativo y/o absoluto de cada uno de estos factores, independientemente considerados, así como el juego de las sinergias y antagonismos que puedan acontecer entre ellos, cuando se les considera conjuntamente e inciden en un determinado paciente.

Hasta tanto esto no pueda establecerse, hay que concluir que el bajo soporte social incrementa la vulnerabilidad a la depresión sólo en aquellos pacientes que han estado expuestos a acontecimientos vitales inevitables y estresantes, durante un periodo prolongado de tiempo (Catalán 1990).

Factores psicosociales y respuesta de la depresión a los fármacos y a la psicoterapia

La relevancia alcanzada en la última década por los factores psicosociales en lo que se refiere a los trastornos afectivos tiene una cierta deuda contraída con las terapias cognitivas (cfr. Polaino-Lorente, 1983b, 1987a y b, 1995 y 2003a y b). Pero a su vez, las terapias cognitivo-comportamentales, probablemente no habrían llegado jamás a emplearse en la clínica de la depresión, de no haberse dispuesto de un cambio de paradigma en la investigación básica y después de la introducción innovadora del concepto de "learned helplessness" (cfr. a este respecto Vázquez y Polaino-Lorente, 1981, 1982; Polaino-Lorente, y Vázquez, 1982a y b; Polaino-Lorente, 1986, 1991a, 2000 y 2003a).

Así, por ejemplo, para Ezquiaga Terrazas y García López (1986), ni los acontecimientos vitales ni los factores estresantes parecen influir o predecir la respuesta terapéutica en un grupo de 77 pacientes diagnosticados de depresión mayor, de acuerdo con los criterios del DSM-III. Los autores concluyen que los factores estresantes crónicos, por ellos estudiados, que siguen incidiendo sobre el paciente en el curso del tratamiento, no parecen hacerlo de modo significativo sobre su respuesta terapéutica.

Algo análogo sucede respecto de los acontecimientos vitales, tam-

bién estudiados por ellos, a los que, no obstante, mayor énfasis etiológico depresivo se les atribuye por otros autores. En la publicación, los autores se refieren explícitamente a los acontecimientos vitales independientes de la patología psíquica, que son previos al inicio de la sintomatología depresiva, y a aquellos otros no controlables. En esta muestra ninguno de los factores antes aludidos parecen influir sobre la respuesta terapéutica del paciente.

Por su parte, Thase y Howland (1994) estudiaron las posibles relaciones existentes entre los factores psicosociales y las depresiones. Los autores encontraron que las depresiones estudiadas estaban asociadas a las siguientes características: *presencia en los pacientes de rasgos neuróticos de la personalidad, un alto nivel de actitudes disfuncionales y persistencia de acontecimientos vitales estresantes*.

Según ellos, puede establecerse un perfil predictivo diferencial entre los pacientes que responderán o no al empleo de psicofármacos o cuya respuesta será muy pobre a la acción de la psicoterapia – fundamentalmente, en esta investigación, a la terapia cognitivo-comportamental y a la terapia interpersonal.

Los rasgos más elocuentes entre los pacientes no respondientes a la terapia cognitiva fueron los siguientes: *cronicidad de la enfermedad, alto nivel de actitudes disfuncionales, soltería y presencia de comorbilidad por concurrir simultáneamente otros diagnósticos*. Según los resultados de la investigación, sólo respondieron a la terapia cognitiva entre el 25% y el 50% de los pacientes depresivos, a condición de que se empleara ésta al inicio del tratamiento.

Por contra, entre los pacientes no respondientes al tratamiento farmacológico, las características más frecuentemente encontradas fueron las siguientes: *trastornos graves y rasgos neuróticos de la personalidad, alto nivel de actitudes disfuncionales e inadecuado soporte social*. Los datos anteriores están a favor de la presencia de dos perfiles muy diferentes entre los pacientes no respondientes a una u otra terapia.

Phillips y Nieremberg (1994), reconocen que en los pacientes depresivos, en los que concurra un

trastorno *borderline de personalidad* debería estar indicada la asociación de farmacoterapia y tratamientos psicosociales, pues con la intervención aislada de uno sólo de ellos, resulta mucho más difícil obtener un satisfactorio resultado terapéutico.

En otra investigación realizada por el autor de estas líneas y sus colaboradores (Polaino-Lorente, Maldonado Buitrago y Barceló Iranzo, 1991a y b, 1992 y 1993), en la que se trataron tres grupos de 8 pacientes con terapia cognitiva, psicofarmacoterapia y terapia mixta, respectivamente, se encontró una mayor eficacia en las estrategias farmacológicas que en la terapia cognitiva – cuando cada una de ellas se empleaba aisladamente –, especialmente en lo que se refiere a la duración y coste económico de estas intervenciones.

De hecho, aunque en el grupo de pacientes sometido a *terapia mixta* se obtuvo una respuesta terapéutica significativa, no obstante, se encontró un número mayor de pacientes respondentes (50%) en el subgrupo en el que sólo se empleó terapia psicofarmacológica, sin apoyo alguno de terapia cognitiva.

En esta investigación se comparan los resultados obtenidos con tratamientos farmacológicos empleados por otros autores, consistentes en un “cocktail 5-HT” (asociación de fenelcina, l-triptofano y litio; Barker y col., 1987), en pacientes con depresión crónica y refractaria a los antidepresivos tricíclicos.

De otro lado, algunos de los rasgos psicológicos que presumiblemente son modificados por la *terapia cognitiva* (síntomas cognitivos de la depresión, autoestima y *locus de control*), también son modificados, y muy eficazmente por cierto, por el tratamiento psicofarmacológico.

Según nuestros resultados, tanto la *autoestima* como la *autoevaluación cognitiva de la sintomatología depresiva* (mediante el cuestionario de Beck) mejoraron en los pacientes tratados sólo con fármacos. Estas dos características, no obstante, nunca llegaron a alcanzar – al menos durante un periodo de seguimiento post-tratamiento de seis meses de duración – los niveles obtenidos en las personas no depresi-

vas del grupo control con las que se les comparó. Esto hace suponer a los autores que tal vez las *variables cognitivas* puedan tener un mayor alcance explicativo en lo que se refiere a la evolución clínica de los pacientes depresivos.

De un modo análogo, los pacientes tratados exclusivamente con fármacos modificaron también de forma significativa su *locus de control* (disminución de las atribuciones externas), al final del estudio. En síntesis, que el tratamiento exclusivamente farmacológico consigue suscitar o instaurar un cierto grado de atribuciones internas en el *locus de control* de estos pacientes, lo que se trasluce también como una mejoría en su estilo atribucional y en la asertividad experimentada por ellos.

En este punto, el tratamiento farmacológico consiguió hacer emerger una nueva *reestructuración cognitiva del paciente* que, por los demás, permaneció estable durante el seguimiento y con unos niveles de atribuciones internas (escala de Rotter) que, en la práctica, nada difieren de los resultados obtenidos en las personas sanas del grupo control.

Algunos predictores psicosociales de respuesta terapéutica a la depresión

En la actualidad apenas si disponemos de predictores psicosociales de los trastornos depresivos, que sean fiables y hayan sido rigurosamente establecidos. No obstante, a continuación se enumeran algunos de aquellos que en la literatura científica actualmente disponible parecen ser más relevantes, hasta el punto de constituir un marco de referencias que tal vez pueda ser de cierta utilidad para la orientación del clínico.

1. En las mujeres depresivas y antes de que aparezca la enfermedad se ha encontrado un empobrecimiento de sus relaciones interpersonales, una disminución de su capacidad laboral y un aumento de su dependencia afectiva.

En los pacientes que sufren un episodio depresivo agudo puede establecerse un predictor acerca de su recuperación en relación al funcionamiento general de la familia.

Cuanto mejor sea el funcionamiento familiar, más rápidamente será su recuperación (Keitner y col., 1990).

3. La morbilidad depresiva en los pacientes ancianos es tanto mayor cuanto menor sea el soporte social.

4. En las mujeres depresivas el soporte social correlaciona con la respuesta al tratamiento farmacológico. Cuanto menor sea aquél más fácilmente serán resistentes a la administración de fármacos (Gastó 1993).

5. La prontitud de la respuesta terapéutica correlaciona en ambos sexos con el soporte social de que se disponga. Cuanto más alto sea éste, más rápida será aquella.

6. La presencia de factores psicosociales negativos parece predecir un peor curso y evolución de la depresión en la mujer que en el hombre.

7. El disponer de un mayor o menor repertorio de conductas asertivas no puede considerarse como un predictor riguroso del padecimiento de futuras depresiones, pero, probablemente, tiene un mayor alcance predictivo en lo que se refiere a la evolución de la enfermedad, aparición de recaídas y futura recuperación de las relaciones interpersonales.

8. Los trastornos cognitivos y las atribuciones depresivas pueden tener un relativo valor predictivo de la vulnerabilidad a las recaídas y de la evolución a la cronicidad de la depresión.

9. Cuando las distorsiones cognitivas aparecen sólo en el curso de la enfermedad suelen responder mejor a tratamientos biológicos. Por contra, si el estilo cognitivo y las distorsiones atribucionales son crónicas e independientes de los trastornos del humor es aconsejable el empleo de terapia cognitiva, asociada o no a tratamientos farmacológicos.

10. La pérdida o separación temprana de los padres (antes de los 11 años) no debe considerarse como un predictor de depresión, a no ser que se asocien otros factores de vulnerabilidad o acontecimientos vitales estresantes (Andriws y Brown, 1987).

11. Una puntuación elevada en la dimensión de neuroticismo, medida a través de cualquier escala, puede considerarse como una variable

predictiva de cronicidad depresiva (Hirschfeld y col., 1986).

12. La infidelidad de los padres, el divorcio y la separación pueden considerarse factores de riesgo de neuroticismo en la mujer depresiva, capaces de ensombrecer la respuesta al tratamiento con antidepresivos (Matussek y Wiegand, 1985).

13. Los acontecimientos vitales estresantes inevitables triplican la incidencia de depresión, mientras que un bajo soporte social duplica la incidencia de depresión (Gastó y col., 1993).

Las depresiones en el anciano y las terapias cognitivas

Las terapias cognitiva y conductual están especialmente indicadas en la depresión en el anciano, aunque, obviamente, su eficacia sea un poco menor que entre los pacientes adultos y jóvenes. Estos procedimientos, en contra de lo que en principio cabría suponer, han demostrado ser eficaces. Y son hoy tanto más precisos y eficaces, cuando nuestra sociedad margina tan intensamente al anciano.

Muchos de estos procedimientos pueden, además, emplearse como programas institucionales (asilos, etc.), en donde los ancianos están reclusos y privados de la necesaria estimulación. Es curioso, a este respecto, que ya Abraham, hace casi noventa años, manifestara su asombro ante la buena respuesta del anciano depresivo a la intervención psicoterapéutica.

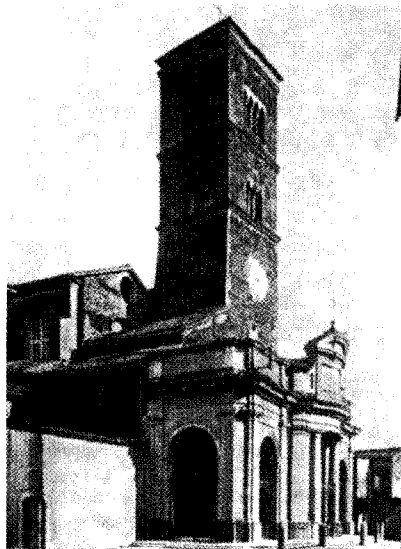
La psicología comunitaria y la psicopatología social, hoy como ayer, han encontrado en la *terapia cultural* un espléndido aliado para la modificación y/o prevención del comportamiento depresivo en el anciano.

Mientras se escriben estas líneas, se estima que sólo en Madrid capital, viven solas más de 300.000 personas mayores de 65 años de edad, lógicamente faltas de los necesarios cuidados e incluso privadas del afecto y de los estímulos culturales a los que, como personas, tienen derecho.

Este hecho parece confirmar el diagnóstico social de Lasch (1979), quien ha tipificado nuestra actual cultura como *la cultura del narcisismo*: una cultura en la que cada

persona está únicamente pendiente de sí misma, mientras se horroriza frente al envejecimiento y margina radicalmente a las personas de la tercera edad.

El empleo de la terapia cognitiva (en lo sucesivo, TC) tiene su origen en 1960, cuando un psicoanalista, Beck, descubre la ineficacia de las terapias psicoanalíticas, especialmente centradas en el análisis de los conflictos sexuales. Beck (1976) afirmó entonces que los pacientes depresivos y ansiosos dependen menos de sus conflictos sexuales que de sus pensamientos e ideas.



Concretamente, algunas de éstas hacen que el sujeto se autoevalúe negativa y erróneamente, perciba la realidad de forma negativa y anticipe negativamente lo que está por suceder. El autor introdujo, entonces, ciertas estrategias que, de forma activa y estructurada, podrían ser de utilidad para *la modificación de las ocurrencias y pensamientos negativos en los pacientes depresivos*.

Esta aproximación terapéutica da una gran importancia a *las representaciones mentales de los pacientes* que, como estímulos internos relevantes – y como pensamientos automáticos –, modelan y configuran el estilo del comportamiento depresivo. Estos *pensamientos automáticos* suelen ser vagos y no siempre bien formulados, no resultan de una deliberación reflexiva acerca de la realidad, son muy difíciles de detener por el paciente, quien cree firmemente en

ellos, a pesar de su irrealidad y de su desconexión con la lógica (Polaino-Lorente 2000b y c).

Las teorías cognitivas postulan que estos pensamientos, como *estilos cognitivos*, constituyen un importante factor etiológico en la producción de sentimientos disforicos, conductas desajustadas y síntomas psiquiátricos.

En consecuencia, en los pacientes depresivos hay *un exceso de cogniciones negativas*, que tienden a perpetuarse y cuya intensidad evoluciona paralelamente a la intensidad de la sintomatología depresiva. De aquí que el depresivo se perciba a sí mismo de forma negativa, perciba el mundo también negativamente y anticipe negativamente el futuro.

Estas cogniciones se organizan en forma de *esquemas cognitivos* que arrastran con ellos *asunciones, premisas, inferencias, atribuciones y modos de procesar la información típicamente depresivos, determinando percepciones, expectativas y comportamientos en el paciente, también depresivos*.

De lo que se trata con estas estrategias es, en última instancia, *construir un estilo cognitivo nuevo*, un nuevo modo de pensar, capaz de actuar de forma contrapuesta al perfil cognitivo típico de la depresión. Es decir, se interviene por vía cognitiva para modificar (o reestructurar) el modo de pensar depresivo y, a su través, incidir sobre los sentimientos depresivos.

En este último cuarto de siglo, las TC han demostrado su eficacia en el tratamiento de las depresiones. Estos resultados son congruentes con muchas de las informaciones clínicas de que disponemos, como el hecho de que haya depresiones provocadas por factores psicológicos, que actúan como factores desencadenantes, precipitantes, suscitadores o mantenedores de la sintomatología depresiva (Akiskal y col., 1978; Blaney, 1977); el hecho de que otros cuadros depresivos estén fuertemente vinculados al flujo estimular ambiental y a los refuerzos positivos o negativos que inciden sobre el paciente, por lo que se suponía que, cambiando éstos, se modificaría la depresión (Paykel y col., 1975; Polaino Lorente, 1984a; Shipley, 1973, etc.); y el hecho de que, cuando un depresi-

vo percibe que puede controlar su conducta o experimenta que operativa y funcionalmente puede ejercer un cierto control sobre su medio, mejora su sintomatología depresiva (Lewinsohn, 1974).

Quien esto escribe se ha ocupado con anterioridad de este tema en repetidas ocasiones (Polaino Lorente, 1984a, 1984b, 1985, 1987, 1997, 2000 y 2003c), por lo que remite al lector interesado a esas publicaciones.

Sintetizo a continuación las características específicas que son propias de las Terapias Cognitivas (TC):

1. La TC constituye un modo de terapia estructurada y rigurosamente diseñada para el tratamiento de los factores específicamente cognitivos implicados en las conductas depresivas, sean éstas moderadas o severas.

2. La TC abarca un bloque de estrategias integradas con las que el paciente y el terapeuta trabajan juntos y de forma activa.

3. La TC se propone los objetivos siguientes:

identificar y modificar las alteraciones cognitivas del paciente;

hacer explícito el esquema cognitivo subyacente al comportamiento depresivo;

incrementar el repertorio adaptativo del paciente para la conducta de solución de problemas, y

examinar, junto con el paciente, las evidencias en pro y en contra del pensamiento automático distorsionado.

4. La TC se sirve de estrategias y situaciones, diseñadas *ad hoc*, para la identificación de los desórdenes cognitivos del paciente. A este fin se asignan tareas comportamentales al sujeto depresivo, de modo que pueda experimentar y registrar qué situaciones y qué problemas considera él, especialmente insuperables. Mediante pruebas empíricas y análisis verbal se esclarecen las creencias y los modos de atribución en que están asentados los esquemas cognitivos depresivos.

5. La TC entrena al paciente, a través de las anteriores estrategias, de manera que sea el propio paciente quien obtenga la información relevante, para que, ayudándose de ella, pueda incrementar la interpretación-atribución de las situaciones

estimulares que, hasta entonces, eran funcionalmente depresivas.

6. La TC encamina al paciente a que aprenda a asumir su alterada construcción de la realidad. Este es el primer paso que debemos dar en el tratamiento de sus síntomas depresivos.

El terapeuta, a la vez que entrena el enfermo en estas actividades, puede ir introduciendo las estrategias de intervención que considere pertinentes, en función de las exigencias que el paciente y sus circunstancias le impongan.

7. El terapeuta debe seleccionar, de acuerdo con su paciente, el ámbito sobre el que incidirá fundamentalmente su trabajo. En la TC de la depresión son prioritarios algunos temas y manifestaciones cognitivas. Sintetizamos a continuación, a modo de orientación, algunos de los aspectos preferenciales sobre los que el terapeuta debe centrarse y en lo posible incidir allí con las estrategias de intervención que considere más pertinentes.

a) Premisas y/o asunciones que son inferidas de un modo persistente y repetitivo.

b) Tematizaciones más frecuentes y conclusiones estereotipadas a que llega el paciente, cualesquiera que sean las situaciones estimuladoras que le rodean.

c) Sentimientos de desaprobación, autoestima negativa y/o dependencia suscitados bien por sus cogniciones, bien por el ámbito ecológico familiar. Premisas irreales que sostienen estas asunciones negativas.

d) Elucidación del modo en que el paciente examina, atribuye y procesa la información estimular de su ambiente para inferir esas conclusiones erróneas.

e) Reexamen, con ayuda del terapeuta, del proceso cognitivo que genera las conclusiones erróneas, de modo que el paciente pueda aprender otras estrategias cognitivas contrapuestas a las anteriores.

f) Reformulación y reatribución de las percepciones y cogniciones con objeto de establecer una conducta más real y ajustada.

g) Observación y registro de las contingencias extremas que hacen emerger, reactivan o sostienen este set cognitivo negativo. Propuesta de modificación para esas contingencias.

h) Entrenamiento del paciente en la evaluación y reformulación de las estrategias e hipótesis sugeridas por su terapeuta, de forma que pueda verificar o refutar la validez y eficacia de aquella, respecto de la modificación de su conducta.

i) Las estrategias deben estructurarse con toda claridad, marcándose los objetivos y las secuencias de los pasos o etapas a seguir. La flexibilidad de la programación es muy conveniente y debe estar en función de la evolución experimentada por el enfermo.



j) El terapeuta no debe fundamentar sus estrategias en el autoritarismo ni en la sugestión. Cada área del programa debe fundamentarse en datos que puedan ser comprobables, tanto por el paciente como por el terapeuta. A través del análisis de estos datos, el paciente puede evaluar los resultados que va consiguiendo y, a través de éstos, modificar su propio sistema atribucional.

k) El terapeuta debe procurar limitar sus intervenciones sin discutir o pretender invalidar las argumentaciones, interpretaciones o sentimientos del paciente. Su misión se restringe a observar, cuantificar, registrar y evaluar la conducta depresiva de éste. Sobre esta evaluación se construyen más tarde las hipótesis explicativas, y en función de éstas se diseñan las estrategias que habrán de emplearse.

Siguiendo a Beck (1976), las indicaciones para el empleo de la TC

aísladamente en el tratamiento de la depresión serían las siguientes: el fracaso de la repuesta terapéutica del paciente después de haberse empleado adecuadamente dos fármacos antidepresivos; la respuesta parcial e insatisfactoria de la adecuada dosis de antidepresivos; la respuesta parcial e insatisfactoria a la adecuada dosis de antidepresivos, cuando hay un fracaso parcial o total tras el empleo aislado de otras psicoterapias tradicionales; la existencia de un diagnóstico de trastorno afectivo menor o depresión reactiva; la presencia de sentimientos depresivos reactivos a acontecimientos ambientales; la presencia de correlación entre estos sentimientos y las cogniciones negativas; la ausencia de alucinaciones y delirios, estando intacta la capacidad de concentración y la memoria; y la incapacidad para tolerar la medicación, sea por sus efectos secundarios indeseables o sea por suponer un excesivo riesgo para el paciente.

A las indicaciones señaladas por Beck, el autor de estas líneas añadiría otras: la edad del paciente, ya que los jóvenes responden mejor a estas estrategias que los ancianos y adultos; el nivel cultural (cuanto mayor sea éste, más fácil es obtener una buena respuesta terapéutica); la fluidez verbal y la capacidad intelectual, así como la motivación y las expectativas que el paciente tenga respecto de esas intervenciones.

La *personalidad del terapeuta* es también un factor que contribuye de forma importante al éxito del tratamiento, por lo que deberá evaluarse siempre que sea posible.

Entre las indicaciones que aconsejan el empleo combinado de TC y psicofármacos se encuentran las siguientes: episodios depresivos mayores que remiten tras el empleo de antidepresivos y en los que se produce una disminución de los síntomas vegetativos; depresiones recurrentes en las que la medicación ha sido eficaz; pacientes depresivos, cuyos familiares han respondido bien al tratamiento con antidepresivos; pacientes depresivos cuya respuesta a la medicación es parcial o incompleta; pacientes en los que su adherencia (*compliance*) al tratamiento medicamentoso es muy pobre, mejorándose dicha adherencia tras el empleo, para este

fin, de la TC; y pacientes depresivos intermitentes, de conductas y funciones maladaptativas.

La combinación de ambos procedimientos fue estudiada hace más de un cuarto de siglo por tres equipos diferentes (New Haven-Boston, Baltimore y Filadelfia), bajo el patrocinio de la *Psychopharmacology Research Branch*, del Instituto Nacional de Salud Mental.

Los resultados de estos equipos fueron coincidentes en señalar que las psicoterapias actúan específicamente sobre aquellas *áreas comportamentales no específicamente depresivas* (relaciones interpersonales, adaptación al ambiente, afrontamiento del estrés, etc), pero que, estando asociadas a ellas, pueden aminorar la eficacia terapéutica en la depresión.

Simultáneamente, se comprobó también que *los fármacos tienen un efecto positivo sobre la psicoterapia*, haciendo que el paciente sea más accesible a estas intervenciones.

Por otro lado, *la psicoterapia puede contribuir a optimizar la adherencia del paciente al tratamiento farmacológico*. Aunque parece que uno y otro procedimientos actúan selectivamente sobre áreas comportamentales y sintomatológicas muy diversas – efectos independientes –, cada uno de ellos interactuando con el otro, refuerza su eficacia-efecto de interacción.

La anterior revisión pone de manifiesto que la depresión no depende exclusivamente del médico, pero su tratamiento sí que depende principalmente de él, aunque no sólo de él. De otra parte, no todo se soluciona con psicofármacos. Es preciso intervenir, además, en otros ámbitos de la personalidad del paciente, así como en algunas de sus habilidades y destrezas que sin estar directamente implicadas o afectadas por la depresión, pueden contribuir a aliviarla o mejorarla.

Otra cuestión que debiera afrontarse con mayor profundidad en el futuro es la relativa a las consecuencias que la depresión genera en las relaciones sociales e interpersonales de los pacientes. Me refiero, claro está, a la doble vinculación existente entre los factores psicosociales y la depresión. Hasta la actualidad, se ha concedido un mayor énfasis al papel etiológico que

juegan los factores psicosociales en el ámbito de la depresión, mientras *se ha silenciado o subestimado el papel que la depresión desempeña en el deterioro de la dimensión psicosocial del enfermo crónico*, y que de mejorarse esas consecuencias se aliviaría la depresión.

Así, por ejemplo ignoramos cuáles sean las consecuencias de la depresión en la vida del paciente respecto de sus relaciones interpersonales, su vida familiar, la convivencia conyugal, la adaptación profesional y vocacional, la dinámica de la personalidad, la educación de sus hijos, etc. Esto es tanto más grave cuanto que las depresiones pueden generar también efectos, por su cronicidad, en los familiares y personas más allegadas al paciente, a través, precisamente, de sus relaciones con él (Polaino-Lorente, 1984; para una revisión, cfr. Gastó, Vallejo y Menchón, 1993, pp. 71-75).

Pero también la familia puede hacer – ¡y mucho! – por el paciente depresivo, pero eso se expondrá en el último epígrafe de esta colaboración.

¿Qué puede hacer el paciente depresivo para aliviar su enfermedad?

Responder a esta cuestión no es siempre fácil y exige hacer ciertas matizaciones. Se diría que la respuesta más rigurosa a la pregunta formulada es doble: el paciente sí y no puede hacer por mejorar o aliviar su enfermedad.

El paciente depresivo, por lo general, puede hacer muy poco – en sentido estricto – por aliviar con cierta eficacia su enfermedad. En este sentido hay que decir que no, que el paciente debe solicitar la ayuda del experto y dirigirse cuanto antes al especialista.

Pero, en otro cierto sentido, es mucho lo que el paciente puede hacer para aliviar su enfermedad. Disponemos en este punto de una larga tradición histórica de pacientes que han dejado escritas sus patografías y los remedios de que se servían para soportar mejor la enfermedad depresiva. Este es el caso, por ejemplo, de Robert Burton (1577-1640), quien en su obra *The Anatomy of Melancholy* (1621), descri-

be cómo solía modificar “sus juicios pesimistas y hasta manifestar la alegría de vivir” cuando se daba a la conversación con personas en grata compañía.

Otras muchas recomendaciones pueden encontrarse en la obra *De arte médica* de Alejandro de Tralles (525-605), de Andrés Piquer (1711-1772) y en el *Tratado de la Manía* de Philippe Pinel (1745-1826). De esas recomendaciones, algunas son obsoletas, pero otras no (cfr. Chinchilla, 1846).

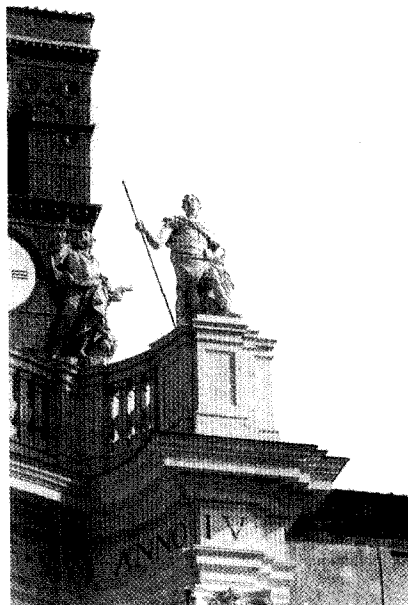
Hoy como ayer sería muy conveniente dedicar más atención a estos problemas, por cuanto es muy aconsejable entrenar y ayudar al paciente depresivo, de forma que sea él quien también se ayuda a sí mismo.

En cualquier caso, *es conveniente recordarle* que debe adherirse a las indicaciones y pautas que le aconseje el especialista con quien ha de consultar todo lo referente a su enfermedad; que es muy desaconsejable que incurra en el comportamiento de la automedicación; que cuantas más horas esté en la cama, más difícil le será salir de la depresión; que el ejercicio físico o la práctica de algún deporte resulta muy beneficiosa para la enfermedad que padece; que no debe quedarse en casa viendo la televisión, sino que ha de salir y pasear por la calle y comenzar a recuperar las pequeñas cosas que antes de padecer la enfermedad le hacían sentirse dichoso; que la incomunicación con los demás no es buen compañero de viaje de esta enfermedad; que ha de recuperar – aunque le cueste – el trato y las relaciones sociales con sus amistades; que debe esforzarse por tener el día ocupado aunque fuere en pequeñas actividades de diversa naturaleza; etc.

Los recursos espirituales han sido desatendidos casi por completo en la actualidad, pero también pueden ser instrumentos eficaces para mejorar la calidad de vida y la enfermedad depresiva que sufre el paciente. En realidad, falta mucha investigación por realizar en este ámbito, pues como la experiencia clínica nos enseña, entre los católicos, precisamente, por su sistema de creencias (esperanza, sentido del sufrimiento, existencia de otra vida, comunión de los santos, etc.), les es más fácil levantar un impor-

tante frente de resistencia respecto de las ideas suicidas, preocupación por la enfermedad, etc., lo que incrementa su tolerancia a la frustración y su espíritu de fortaleza para soportar los sufrimientos que le aquejan.

Estos y otros consejos con ser muy necesarios no son suficientes. Es preciso que la familia esté avisada y sea orientada acerca de lo que conviene hacer o no con el enfermo.



Depresión y pastoral

Pero antes de poner fin a esta ponencia, apelando al papel que debiera jugar la familia en la depresión, permitidme algunas breves reflexiones sobre la pastoral del enfermo depresivo.

1. La depresión afecta por igual a creyentes y no creyentes, por lo que no puede atribuirse – como décadas atrás se pensaba – a problemas relacionados con la falta de coherencia entre la fe y el comportamiento, a pesar de que sin duda alguna este puede ser uno más de los muchos factores que tal vez condicionan su aparición en el contexto bio-psicosocial en el que la enfermedad acontece.

2. Por acontecer en un marco tan amplio – de etiología multifactorial y pluricausal –, conviene advertir que la lucha contra esta enfermedad es algo que a todos nos concierne, especialmente a las personas más directamente implicadas en el ámbito de la pastoral.

3. Por consiguiente, es conveniente poner fin al etiquetado seudoespiritualista – y erróneamente psicoterápico, que tanto sufrimiento añadido causó en el pasado a estos enfermos – y reconocer de una vez por todas que la persona tiene derecho a estar enferma de depresión – es algo relativo a la misma condición humana – y a que se le comprenda en su sufrimiento.

4. La espiritualidad y la cura de almas, unida a la psicofarmacología y a la psicoterapia constituyen hoy los tres ingredientes principales del tratamiento de la enfermedad depresiva. Estos factores principales también se concitan en lo que es relativo a la prevención, ámbito en el que han de estar también implicados los educadores. No es cierto, pues, que de haber más sacerdotes habría menos psiquiatras. Entre otras cosas, porque también algunos sacerdotes sufren de depresión. Por consiguiente, de haber más sacerdotes deprimidos, habría que incrementar el número de psiquiatras que les prestasen atención. No se trata aquí de ninguna falsa disyuntiva “sacerdotes o psiquiatras”, sino de la unión entre ellos, de “pastores y psiquiatras”.

5. A lo largo de mi experiencia profesional como psiquiatra, durante casi cuatro décadas, he podido observar que la acción pastoral – y más concretamente el sacramento de la penitencia – puede contribuir a mejorar este padecimiento, especialmente en aquellas personas que, después de muchos años de silencio, no han resuelto sus sentimientos de culpabilidad a causa, por ejemplo, de haber abortado.

6. Las crisis biográficas y vocacionales constituyen un ámbito en el que es especialmente frecuente la presencia de la depresión. En este caso la labor del psiquiatra y del psicoterapeuta han de ser muy atinadas y convergentes con la del sacerdote o la persona que acoja y acompañe el *iter* espiritual del paciente. En estas circunstancias, una excelente acogida del hombre doliente – no juzgadora, sino comprensiva –, que le conduzca a suplir el perdón, a perdonarse a sí mismo y a ser reafirmado en sus propios valores personales suele tener una muy alta eficacia reparadora y terapéutica.

Elogio de la familia en el contexto de la enfermedad depresiva

La depresión constituye una de las más importantes cargas – aunque sólo sea por los datos epidemiológicos de que disponemos: con mucho, la enfermedad psiquiátrica hoy más frecuente – que la familia ha de soportar, cualquiera que sea el familiar que la sufra. En la actualidad son conocidos los efectos psicopatológicos que se generan en los hijos de padres deprimidos, como también los nocivos efectos sobre los cónyuges cuando uno de ellos padece de depresión.

La eclosión de la enfermedad en el contexto familiar entraña, qué duda cabe, efectos nocivos sobre los familiares, pero el impacto de la enfermedad no debería limitarse a sólo esos efectos.

Más allá de ellos, *es mucho también lo que la familia puede hacer para mejorar la enfermedad depresiva de uno de sus miembros*. No ha de olvidarse que la familia es el lugar donde la persona es tratada como persona. Esto ha de predicarse también de todos los familiares que, con sus atenciones y actitudes estimulantes hacen posible que al familiar enfermo se le trate como la persona que es.

Por eso, *la depresión constituye también un excelente escenario donde los familiares sanos pueden realizarse como personas*. Se entiende aquí por *realización* un proceso a través del cual la persona puede dar alcance a esa difícil y compleja meta que es una vida lograda, una biografía cumplida. En el caso particular de la familia en que uno de sus miembros padece de depresión, los valores que cada uno de los familiares realiza en sí mismo, a través precisamente de su atención al paciente, coinciden con los valores a que el enfermo está expuesto, y en los que también él puede crecer.

La autorrealización de los familiares sanos y del enfermo pueden y deben ser aquí coincidentes. Si los familiares ejercitan la paciencia y el buen gusto de estimular al paciente, además de ayudarlo en su enfermedad, también éste, probablemente, crezca en ellos; si los familiares se exigen más a sí mismos a fin de hablar especialmente de su-

cesos positivos, vuelve a suceder lo mismo en el paciente. De este modo, la autorrealización de los familiares que cuidan del enfermo deviene en criterio justificativo, evaluador y legitimador de la autorrealización del paciente.

En cierto modo, no hay autorrealización posible – cualquiera que sea el ámbito donde ésta se estudie – que no nos interpele, una y otra vez, respecto de la autorrealización de esos mismos valores en un determinado contexto, situación o ambiente. Esto significa que la *autorrealización* – aunque sin dejar de ser un proceso personal – acaba siempre por ser *algo transpersonal*, algo que trasciende a la persona que a sí misma se realiza.

La presencia de la enfermedad en el contexto familiar nos invita a salir del anonimato para singularizarlos participativa y solidariamente, de manera que la realización personal de los familiares se construya con la autorrealización personal del paciente a quien estos se entregan.

Por eso, la libertad es la *conditio sine qua non* para que cada uno se dé y/o reciba al otro en el contexto familiar. El otro es, en la familia, mucho más que un objeto captado por un conocimiento objetivo. El otro es esencialmente una persona que ha de desarrollar y llevar a plenitud la libertad de autorrealizarse. Yo colaboro a su libertad y le ayudo a hacerse un ser: el que libremente él ha elegido. Por esa ayuda solidaria, por esa participación en el proceso autorrealizador del enfermo, los familiares devienen en *autoperfección participada y participante*, al tiempo que toman conciencia del valor de su libertad, pues, como escribe Jaspers, “adquirimos conciencia de nuestra libertad cuando reconocemos que otros esperan de nosotros”.

En consecuencia, el familiar que cuida del paciente depresivo se sentirá interpelado a mejorar personalmente, puesto que con su perfeccionamiento personal puede contribuir a la felicidad de los demás. ¿Y quién será capaz de negarse a hacer un pequeño esfuerzo con tal de hacer más feliz a quien precisamente más sufre?

El ideal al que nos convoca la *paideia* familiar es, ciertamente, muy exigente y ambicioso; pero no supongamos que antes no fue así,

pues, como afirmaba García Morente (1975), a propósito del educador, “la profesión que habéis elegido es voraz y exclusivista, se traga al hombre entero; no sólo exige la parte pública de la personalidad, sino, además, la privada e íntima (...) Porque el maestro entrega a su profesión su vida entera, no se reserva nada para sí, lo da todo y, en cierto modo, se sacrifica íntegramente en el altar de sus obligaciones”. Estas palabras pueden aplicarse y son también especialmente exigentes para los pastores que se dedican al cuidado de estos enfermos.

Esta última afirmación puede suscribirse en su forma más radical respecto de cualquier familiar que, de acuerdo con lo antes afirmado, se dé por entero a esa gigantesca, emblemática y necesaria tarea que consiste en cuidar de quien, estando más próximo y siendo uno de nosotros, más necesita ahora de nuestras atenciones (Polaino-Lorente, 2000).

Prof. AQUILINO
POLAINO-LORENTE
Catedrático de Psicopatología
de la Universidad Complutense.
Madrid, España.

Bibliografía

- AKISKAL, HS: The nosological status of neurotic depression. *Archives of General Psychiatry*, 35, 756-766, 1978.
- ANDREWS, B; BROWN, GW: Social Support, onset of depression and personality: an exploratory analysis. *Social Psychiatry*, 23: 99-108, 1987.
- BARKER, W; SCOTT, J; ECCLESTON, D: Newcastle chronic depression study: results of a treatment regime. *International Clinical Psychopharmacology*, 2, 261-272, 1987.
- BECK, AT: *Cognitive Therapy and the emotional disorders*. International University Press. Nueva York.
- BLANEY, PH: Contemporary theories of Depression: Critique and comparison. *Journal of Abnormal Psychology*, 3, 203-223, 1977.
- BURTON, R.: *The Anatomy of Melancholie*. Eds. F. Dell y P. Jorden-Smith. Tudor Publishing Company. Nueva York, 1948.
- CATALÁN, R: Factores de Riesgo. Aspectos Psicosociales. En: Vallejo Rubiola, I; Gastó Ferrer, C (Eds): *Trastornos afectivos: ansiedad y depresión*. Barcelona. Salvat, 193-213, 1990.
- CHINCHILLA, A.: *Historia de la Medicina Española*. Vol. IV, págs. 3-36. Valencia, 1846.
- EZQUILAGA TERRAZAS, R; GARCÍA LÓPEZ, A: Factores psicosociales y respuesta terapéutica en la depresión. *Psiquis*, VII: 265-286, 1986.
- FRANKL, V. E.: *Psicoanálisis y Existencialismo. De la Psicoterapia a la Logoterapia*. Fondo de Cultura Económica. México, 1977.
- GARCÍA MORENTE, M: *Escritos pedagógicos*. Espasa Calpe. Madrid, 1975.
- GASTÓ, C; VALLEJO; MENCHÓN, M: *Depresiones crónicas*. Doyma, Barcelona, 1993.

- HIRSCHFELD, RMA; KLERMAN, GL; ANDREASEN, NC; CLAYTON, PJ; KELLER, MB: Psychosocial predictors of chronicity in depressed patients. *British Journal of Psychiatry*, 148: 648-654. 1986.
- KEITNER, G; MILLER, I; EPSTEIN, I; BISHOP, D: Family Process and the Course of Depressive Illness. En Keitner G, edr. *Depression and Families Impact and Treatment*. Washington, American Psychiatric Press. 2-29. 1990.
- LASCH, CH: *La cultura del narcisismo*. Andrés Bello, Barcelona, 1999.
- LEWINSOHN, PM: A behavioural approach to depression, en RM Friedman y MM Katz (eds.): *The psychology of depression: Contemporary theory and research*. Winston-Wiley, Washington, DC, 1974.
- MATUSSEK, P; WIEGAND, M: Partnership problems as causes of endogenous and neurotic depressions. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 71: 95-104. 1985.
- PAYKEL, ES: Life Stress and Illness, en EKE Gunderson y RH Rahe (eds.). Charles C. Thomas, Springfield, Illinois, 1975.
- PHILLIPS, KA; Nierenberg, AA: The assessment and treatment of refractory depression. *Journal of Clinical Psychiatry*. 55(2, Suppl) : 20-26. 1994.
- PINEL, P.: *A treatise on Insanity*. W. Dodd, Scheffield, 1806.
- POLAINO-LORENTE, A: *En busca de la autoestima perdida*. Desclée de Brouwer. Bilbao, 2003 a.
- POLAINO-LORENTE, A: *Familia y Autoestima*. Ariel. Madrid, 2003b.
- POLAINO-LORENTE, A. (Dir.): *Fundamentos de Psicología de la Personalidad*. Rialp. Madrid, 2003c.
- POLAINO-LORENTE, A: *¿Qué puede hacer el médico por la familia del enfermo? El impacto del enfermo en la familia*. Rialp. Madrid, 2000.
- POLAINO-LORENTE, A: Bases psicosociales y predictores de respuesta terapéutica en las depresiones resistentes, en VV.AA: *Depresiones Resistentes*. Mayo. Barcelona, 1995.
- POLAINO-LORENTE, A; BARCELÓ, M; MALDONADO, CL: Modificaciones sintomatológicas en una muestra de pacientes depresivos sometidos a tratamiento farmacológico. *Psiquis*, 14: 259-266. 1993.
- POLAINO-LORENTE, A; MALDONADO, CL; BARCELÓ, M: Evolución sintomatológica mediante evaluación con el BDI de diversas muestras de pacientes depresivos, sometidos a estrategias terapéuticas farmacológica y de terapia cognitiva. *Psicopatología*, 12: 8-14. 1992.
- POLAINO-LORENTE, A; BARCELÓ, M; MALDONADO, CL: Versatilidad atribucional y tratamiento farmacológico de la depresión. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 18, 4: 173-184. 1991.
- POLAINO-LORENTE, A: Versatilidad atribucional y tratamiento farmacológico de la depresión. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 18: 173-184, 1991a.
- POLAINO-LORENTE, A: El senso di colpa non patológico. En A. Lambertino (a cura di): *Al di là del senso di colpa? gli interrogativi del dopo-Freud*. Citta Nuova Editrice. Roma, 113-128. 1991b.
- POLAINO-LORENTE, A: El tema del autoconcepto y sus implicaciones en las investigaciones clínicas, en VV. AA.: *Identidad, norma y diversidad*. Ed. Universidad del País Vasco. San Sebastián, 29-52. 1988.
- POLAINO-LORENTE, A (Dir.): *Las depresiones infantiles*. Morata. Madrid, 1987a.
- POLAINO-LORENTE, A: Terapia cognitiva y conductual en la depresión: Una revisión polémica y crítica", en VV. AA.: *Terapias conductuales y cognitivas en psicopatología infanto-juvenil*. Ed. Alhambra. Madrid, 91-119. 1987b.
- POLAINO-LORENTE, A: Terapia farmacológica y psicoterapia: Una alternativa combinada para el tratamiento de la depresión. *Revista del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, XIII, 3: 135-147. 1986.
- POLAINO-LORENTE, A: *La depresión*. Martínez Roca. Barcelona, 1985a.
- POLAINO-LORENTE, A: Factores socioculturales depresógenos y psicopatología de la depresión. *Formazione Psiquiátrica*, IV, 1: 89-135. 1985b.
- POLAINO-LORENTE, A; GARCÍA VILLAMISAR, D: Análisis del estilo atribucional entre sujetos no depresivos, desvalidos y normales. *Revista del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, XII: 7-25. 1985.
- POLAINO-LORENTE, A; GARCÍA VILLAMISAR, D: Análisis experimental de los déficit motivacionales y cognitivos del "Learned Helplessness" en una muestra de adolescentes no depresivos. *Cuadernos de Psicología*, 8-2: 7-34. 1984.
- POLAINO-LORENTE, A: *Depresión: actualización psicológica de un problema clínico*. Alhambra. Madrid, 1984.
- POLAINO-LORENTE, A; GARCÍA VILLAMISAR, D: Déficit motivacionales y cognitivos a partir de la percepción de la ineffectividad de las propias respuestas: Un estudio controlado con humanos. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 38, 4: 715-150. 1983.
- POLAINO-LORENTE, A: Personalidad depresiva: Planteamiento actual desde la psicología atribucional. *Galicia Clínica*, 7-8: 391-406. 1983a.
- POLAINO-LORENTE, A: "Algunos aspectos de las terapias comportamental y cognitiva en el tratamiento de las depresiones reactivas", en: Mayor, J. y Labrador, F.J. (ed): *Manual de modificación de conducta*. Alhambra Universidad. Madrid, 661-690. 1983b.
- POLAINO-LORENTE, A; BUCETA, JM: Déficit de autoestima y de tipo emocional del "Learned Helplessness" en un estudio experimental con estudiantes no depresivos y depresivos leves. *Análisis y Modificación de Conducta*, 8, 18: 191-211. 1982.
- POLAINO-LORENTE, A; VÁZQUEZ, C: La indefensión aprendida en el hombre. Revisión crítica y búsqueda de un algoritmo explicativo. *Estudios de Psicología*, 11: 69-89. 1982a.
- POLAINO-LORENTE, A; VÁZQUEZ, C: La indefensión aprendida: ¿Un modelo experimental de depresión? *Revista del Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Barcelona*, IX, 3: 175-193. 1982b.
- POLAINO-LORENTE, A: El síndrome depresivo por separación matrimonial (SDSM). *Galicia Clínica*, 5: 286-295. 1981.
- THASE, AU; HOWLAND, RH: Refractory depression: relevance of psychosocial factors and therapies. *Psychiatric Annals*, 24 (5): 232-240. 1994.
- VÁZQUEZ, C; POLAINO-LORENTE, A: Indefensión Aprendida ("Learned Helplessness"): Un modelo experimental animal. Revisión crítica. *Psiquis*, 5: 169-180. 1981.
- VÁZQUEZ, C; POLAINO-LORENTE, A: Reformulación del modelo "Learned Helplessness" desde el punto de vista de la psicología atribucional. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 37, 1: 13-29. 1982.
- WEISSMANS, M; PAYKEL, E: *The depressed Woman: A Study of Social Relationships*. Chicago University of Chicago Press. 1974.

