

“Psicoterapia de las reacciones depresivas”*

DR. JOSE REMUS ARAICO**

Para poder hablar acerca de tema tan amplio como la psicoterapia de las reacciones depresivas, es indispensable hacer notar la diferencia entre las -reacciones depresivas, de la juventud y madurez de aquellas reacciones depresivas consiguientes a un duelo en niños, y a las reacciones con las que se inician los cuadros de depresión involuntaria en el climaterio y en la vejez. Sobre todo es importante hacer esta diferenciación, en lo que respecta a las indicaciones y limitaciones de algunas formas de psicoterapia, haciendo énfasis en cuanto al pronóstico del cuadro morboso.

Quiero expresar en primer lugar los hechos que a mi juicio deben tenerse en cuenta para poder hacer un plan de psicoterapia en un paciente determinado que caiga dentro de cualquiera de los tres grupos de reacciones depresivas que antes he mencionado. Está fuera de los límites de este trabajo tratar acerca de la psicopatología y los psicodinamismos de las reacciones depresivas, debiendo limitarnos al tema.

En primer lugar debemos considerar la personalidad premórbida de un enfermo depresivo que acude a nuestra consulta para decidir intentar con él alguna forma de psicoterapia. Debe valorarse tanto el momento previo al derrumbe depresivo, como el tono general del estado de ánimo en lapsos más o menos grandes de su historia. En general, los pacientes que han tenido otras reacciones depresivas mostrarán en relación directa con el número duración y severidad de las mismas un peor pronóstico. Si se ha intentado antes alguna forma de psicoterapia en el paciente en cuestión, deberá evaluarse la calidad de esta terapia y su respuesta a la misma, pues nos pueden hacer dudar estas circunstancias sobre la indicación de una nueva psicoterapia. Si ésta ha sido mal llevada, seguramente la encontraremos incluida en las experiencias vitales del paciente como una noxa más.

En segundo lugar para la indicación de un tratamiento psicoterápico, hay que evaluar el fondo genético de la reacción depresiva de cada paciente. A mayor raíz genética del cuadro en cuestión, como lo ha mostrado Kalimann,^{4, 5} menor será la posibilidad de una recuperación duradera. En este mismo punto también tendría que evaluarse para la estrategia terapéutica a seguir, no sólo las reacciones depresivas de familiares consanguíneos, sino también aquellos equivalentes depresivos como son ciertos cuadros Psicósomáticos, en especial los antecedentes de ulcerosos gastroduodenales.

En tercer lugar es importante mencionar la posibilidad de suicidio en las reacciones depresivas. Casi diríamos que las dos únicas emergencias psiquiátricas que tenemos los psicoanalistas, por el tipo de clientela que manejamos, son las excitaciones catatónicas y los intentos de suicidio. Los dos momentos en los que es más frecuente el suicidio en la reacción depresiva, es al comienzo de la misma, y al momento de un viraje espontáneo o terapéutico por los psicodinamismos propios del cuadro, hacia una excitación maníaca, Por lo tanto, los antecedentes de intentos de suicidio son muy importantes para la indicación de psicoterapia. Un paciente que ha intentado suicidarse anteriormente es casi seguro que volverá a plantearnos él mismo problema en el curso de una psicoterapia. En estos casos, siempre es útil conocer lo más posible, el momento, la modalidad, el ambiente y cualquier otro dato ligado a los intentos de suicidio. Siempre nos servirán como hilos conductores en el curso de una psicoterapia, para prevenir lo más posible este riesgo.

En cuarto lugar y aún cuando no se refiera al acceso depresivo en el paciente mismo, es importante evaluar la cooperación presente y potencial de los familiares al tipo de psicoterapia

* Publicado en la Revista de Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría Vol. 3 No. 1, Pags. 15-20.

** Fundador, Vitalicio y Psicoanalista Didáctico de la Asociación Psicoanalítica Mexicana. Profesor Titular de las Facultades de Psicología y de Ciencias Políticas y Sociales de la Universidad Nacional Autónoma de México.

que emprendamos. Esto es de tan gran importancia, que muchos tratamientos psicoterápicos fracasan porque no evaluamos el grado de colaboración del ambiente que rodea al paciente. Por ejemplo una fuerte hostilidad reprimida del familiar, enmascarada por una aparente e incondicional colaboración con el médico, puede perturbar la terapia al grado que el paciente, dentro de sus motivaciones propias, busque el suicidio como una escapatoria única a una real agresión del ambiente y en especial de un familiar cercano. He visto esto sobre todo en el caso de mujeres casadas con reacciones depresivas motivadas por conflictos conyugales en que el intento de suicidio no hace sino realizar lo que el marido desea. En un psicoanálisis prolongado, muchas veces el analista puede hacer la historia a posterior de un intento de suicidio y encuentra situaciones de las más dramáticas en las que se ve envuelto por no haber previsto desde un comienzo esta posibilidad. Todo aquel que haya tenido problemas de suicidio en su práctica profesional, al revisar sus antecedentes objetiva y desinteresadamente, se dará cuenta del sutil manejo que es capaz de hacer un familiar legalmente responsable de un paciente para sabotear la terapia, a veces intentando manejar a todo un equipo asistencial colaborador del psiquiatra. Al no valorar adecuadamente este cuarto punto, nos encontraríamos entonces como el cirujano que se embarcara en una riesgosa operación, sin contar con la colaboración de sus asistentes y sin la sangre necesaria para una transfusión heroica.

Teniendo en cuenta entre muchos otros factores los cuatro que he mencionado: personalidad premórbida, herencia; riesgo de suicidio y grado de colaboración de los familiares, podríamos sintetizar hasta aquí lo siguiente. Los mejores casos de reacciones depresivas en cuanto a pronóstico se refiere para ser abordado por alguna forma de psicoterapia, serían aquellos de mayor estabilidad premórbida y de un suficiente desarrollo yóico con un mínimo de antecedentes hereditarios negativos, sin antecedentes de suicidio o con aquellos de tipo más teatral que real (más del lado de la histeria y de ganancias secundarias que de manifestaciones de impulsos hostiles importantes) y en último término con una buena colaboración del medio ambiente.

Tenemos ya un diagnóstico de reacción depresiva, todo un cuadro clínico lo más completamente posible y evaluado con los cuatro puntos anteriormente citados, nos queda la pregunta: si nos hemos decidido por una forma de psicoterapia, ¿cuál es la que vamos a llevar a cabo?

Para ir contestando a esta pregunta tenemos que tener en cuenta las reacciones, depresivas, en jóvenes y en personas maduras, sobre todo para la indicación de un psicoanálisis. En la reacción depresiva inicial de los cuadros involutivos, hay que evaluar sobre todo si la psicoterapia sugestiva y de apoyo es suficiente. Creo que es una mala estrategia clínica pretender llevar un tratamiento a metas inalcanzables; si realmente hemos sopesado en nuestro fuero interno que las metas, ideales y teóricas de nuestras ganas de curar al paciente, no están de acuerdo con las posibilidades del mismo, sería mejor no aventurarnos a una terapia frustrante para el paciente y para nosotros. Siempre es mejor hacer algo que nada, pero aún mucho mejor conocer que solamente podemos llegar a algo.

En términos generales vamos a considerar aquí solamente tres formas de psicoterapia. En primer lugar el psicoanálisis, en segundo lugar la psicoterapia expresiva superficial y de ventilación de conflictos, y en tercer lugar la psicoterapia represora. Glover² y Menger⁷ en libros sobre técnica psicoanalítica y en trabajos de otros autores como Spitz⁹, Keeler⁶, Rado,⁸ Hoch y Zubin,³ están de acuerdo en el buen pronóstico y la indicación precisa de psicoanálisis en reacciones depresivas que no tengan factores negativos muy importantes de los cuatro grupos antes mencionados.

Me referiré primero al psicoanálisis de niños. Su indicación más precisa en lo que respecta al tema de este trabajo, son las reacciones depresivas a la muerte de algún familiar cercano, que también podemos llamar duelos prolongados. En la casuística de analistas de niños no son muy frecuentes estos casos, porque se enmascaran rápidamente las reacciones de duelo por otros cuadros clínicos que pasan inadvertidos, pero cuyas secuelas encontramos en los análisis de adultos. A la muerte de algunos de los padres o hermanos del niño, sobre todo cuando ésta ha sido en circunstancias violentas sin darle al incipiente Yo infantil una posibilidad de preparación por el clima emocional del ambiente previo al deceso, como el que sucede en enfermedades

crónicas, sobrevienen reacciones depresivas, o mejor dicho una transformación psicopatológica que se injerta a la reacción depresiva, son los cuadros fóbicos y obsesivos de los niños pequeños, después de la muerte de algún familiar. La reacción depresiva inicial pasa desapercibida por el duelo general y poco después el niño presenta cuadros fóbicos que llegan en ocasiones a accesos de pánico con alucinaciones; no es raro observar cuando el ambiente es muy religioso la creación de un delirio místico en estos pequeños pacientes. Pondré un ejemplo¹ del manejo seguido en un caso de este tipo. Se trataba de un niño varón de 5 años, el segundo de una serie de tres hermanos hombres. La evolución de la personalidad de ese niño y su desarrollo psicosexual en general hasta el momento del deceso del padre en un accidente automovilístico, estaba dentro de los límites normales, asistía al kinder y los reportes de la maestra eran excelentes. Había ya superado, hasta donde es posible observar, la normal ambivalencia por el nacimiento de su hermano dos años menor. Su ambiente era católico con un marcado grado de religiosidad, existiendo como norma educativa la creación de sentimientos de culpabilidad de actos y pensamientos. El padre murió en un accidente automovilístico cuando viajaba a una ciudad del interior por motivo de negocios. Cuando la familia fue avisada del accidente, el niño quedó junto con sus hermanos al cuidado de la abuela paterna que convivía con ellos. Esta abuela era la que dictaba la mayor parte de las pautas religiosas de la familia. Durante los funerales del padre, persona de cierta importancia social, los niños fueron casi abandonados. Ante la confusión de la familia en esta desgracia, se le dijo que el papá había ido a un viaje muy largo y que no podría verlo en mucho tiempo. Días después el niño entró en una franca depresión negándose a asistir a la escuela, a comer y a jugar, aún con los juguetes que su padre a quien estaba ligado muy afectuosamente le había dado. La conducta del niño no fue notada como anormal hasta que habiendo vuelto el hermano mayor a la escuela y semanas después de la muerte del padre, el pequeño paciente entró en una depresión casi estupefactiva. La única actividad espontánea del niño era jugar con un cisne de pasta de una colección de animales que le había traído el padre pocos días antes del accidente. Para entonces, sobre todo por la abuela dado que la madre no se decidía a decirle la verdad al niño, junto al relato de Historias Sagradas le dijeron que su padre estaba en el cielo y que ese viaje era muy largo y que pasaría mucho, mucho tiempo para volverlo a ver. La reacción ante estas informaciones fue la instauración de un delirio místico consistente en interminables rituales, alucinaciones y exorcismos, en las que figuraba centralmente el cisne de pasta, al que adoraba, reverenciaba y protegía como a Dios y verdadero sustituto de su padre.

En este estado y sin percatarse los familiares de la reacción que habían provocado por no haber afrontado la realidad, fue traído a la consulta. Se indicó primero una simple explicación de lo sucedido, cosa que no dio prácticamente ningún resultado ostensible en la sintomatología. Dados los antecedentes de la buena adaptación previa al cuadro clínico, la magnífica colaboración de los familiares sobre todo la madre viuda y los pocos antecedentes hereditarios de cuadros depresivos, se decidió entonces que el niño entrara a un psicoanálisis. Este tratamiento duró cerca de un año a tres sesiones por semana con el infantil sujeto, la madre a su vez entró al mismo tiempo que el niño a un tratamiento analítico 5 veces por semana. Sería extenso transcribir todos los pormenores de este tratamiento, sólo diré que la estrategia en sus líneas generales fue la siguiente: deshacer primero la superestructura psicótica de la reacción depresiva inicial. Cuando ésto se logró, el niño en su propio análisis cambió el rumbo del mismo al solicitar información exacta sobre el paradero de su padre. De acuerdo con el analista que veía a la madre, se decidió que en sesiones conjuntas con el niño la madre misma en presencia del analista del pequeño, le diera gradualmente informaciones completamente verídicas con los pormenores sobre el accidente que el paciente iba solicitando. Se inició entonces un verdadero trabajo de duelo que duró aproximadamente dos meses. Para entonces ya habían transcurrido poco más de seis meses de análisis. Los meses restantes consolidaron la evolución del niño que volvió a todas sus actividades anteriores, quedando sin embargo una desconfianza hacia la abuela paterna que hasta cierto punto, podemos valorar como auto-protector. Suspendido el análisis en magníficas condiciones, se recomendó que al entrar a la pubertad volviera el niño con el mismo analista para algún tipo de psicoterapia profiláctica por las tensiones que se despiertan

en esta edad, dado que el cuadro infantil hubiera podido dejar debilidades en el Yo con la consiguiente dificultad en la identificación masculina.

Después de intentar con este ejemplo mostrar nuestras pautas para indicar un psicoanálisis en una reacción depresiva infantil, pasaré ahora a tratar las reacciones depresivas de la juventud y la madurez.

Si no existe una contraindicación importante derivada de los cuatro puntos que al principio hemos mencionado, y nos decidimos por indicar psicoanálisis a un enfermo depresivo, lo que hay que tener en cuenta desde un principio son los siguientes factores que dominarán durante largo tiempo las primeras fases del tratamiento, a saber: la fuga a actitudes regresivas, la petición constante bajo numerosas formas a las que hay que estar alerta, de consejos, apoyo y guía, y que en un análisis genuino debemos evitar darlos. Por estos requerimientos del paciente, cimentados en la regresión oral que tiene todo depresivo, en las primeras etapas del análisis se puede caer en la tentación de apoyar al paciente por reacciones contratransferenciales de lástima, lo que lleva a un círculo vicioso que trataré de describir. El dinamismo más importante en la reacción depresiva, es la introyección de la agresión, que generalmente es importante, lo que da el matiz clínico del autorreproche, los sentimientos de inferioridad y las tendencias masoquistas al autocastigo que en los casos extremos llevan al suicidio. El sentimiento de culpabilidad es de tal naturaleza importante, que todo apoyo o gratificación antes de que sea ventilada la agresión inconsciente no hace sino provocar un mayor sentimiento de culpa, una mayor necesidad de castigo y un aumento de las demandas orales del paciente. Si caemos en la tentación de apoyar al paciente y gratificarlo con consejos u otras medidas, no podrá percatarse de la frustración analítica que lleva a la exteriorización de la agresión sobre el terapeuta. Si hemos caído en la trampa de apoyarlo o guiarlo, al mismo tiempo que aumentamos su sintomatología depresiva, podemos favorecer la expresión de la agresión fuera del ambiente analítico, cosa nada recomendable en general. Es después que se ha ventilado la agresión que ya se ha hecho manifiesta, cuando podemos relajar un poco la rigidez que es aconsejable de tener en un principio. Generalmente un análisis en una reacción depresiva del paciente, evoluciona ulteriormente en forma satisfactoria cuando se han seguido estos lineamientos generales. Al plantearse la suspensión exitosa de un análisis, siempre existe depresión por él final mismo de la terapia y en los pacientes que iniciaron este tipo de tratamiento por una reacción depresiva, ésta vuelve casi en toda su intensidad, pero ahora existe la posibilidad de aclararla en el clima de la neurosis transferencial. Diríamos más, la salida de esta última depresión marca el momento útil de la suspensión del tratamiento analítico. El final de un análisis se asemeja al fenómeno del duelo. Se vivencia la pérdida del vínculo real con el terapeuta que ha ayudado a superar el conflicto, junto con las relaciones de objetos infantiles que se transferían a la persona del analista.

La terapia expresiva superficial y de ventilación de conflictos, está sobre todo indicada en caracteres premórbidos poco plásticos como los obsesivos; puede ir acompañada de terapia medicamentosa y de hecho creo que deben ser complementarias. Voy a explicar qué quiero decir aquí por psicoterapia expresiva superficial y de ventilación de conflictos. En primer lugar, no se utiliza el diván analítico, es una terapia cara a cara. La frecuencia de las sesiones es de una a dos por semana o aún más espaciadas. Generalmente las entrevistas toman un ritmo y una forma bastante similar. Después de unos minutos en los que la temática principal es el sufrimiento y el autorreproche del paciente, el terapeuta debe llevarlo a ventilar las causas inmediatas a cada entrevista que originaron frustraciones. Maneja con sumo cuidado y en general no se tocan las comunicaciones espontáneas de la historia infantil del paciente. De igual manera se desechan sin comentarios todas las alusiones transferenciales agresivas, en cambio se trata de estimular una cierta transferencia positiva y cordial hacia el terapeuta tomando éste propositivamente el papel de una autoridad tolerante. Este tipo de terapia puede ser también utilizado con éxito institucionalmente, después del tratamiento con electroshocks y como una manera de adaptar al paciente a su vida fuera del sanatorio. Es conveniente continuar esta terapia hasta después de haber interrumpido alguna medicación específica si ésta se había dado, así como después del internamiento. La forma más conveniente de terminar esta psicoterapia, es cuando el paciente manifiesta resistencias a la misma, puesto que éstas son indicadoras de que los conflictos que se

estaban ventilando pueden profundizarse y empezar a desarrollarse una transferencia que deba después ser discutida. Una vez que la recuperación de la reacción depresiva haya sido sostenida, se espaciarán las sesiones gradualmente y se aprovechará cualquier pretexto del paciente para alejarse de la terapia, dejándosele, claro está, la puerta abierta.

La psicoterapia represora está sobre todo indicada en aquellas reacciones depresivas con una personalidad premórbida infantil e inmadura, por lo tanto que muestran generalmente una fuerte tendencia a aprovecharse de los beneficios secundarios que se obtienen durante la regresión a las etapas orales del desarrollo libidinoso. Estas reacciones depresivas se caracterizan en este tipo de pacientes, aparte de los componentes propios de la reacción depresiva y que no vamos a mencionar, por la gran movilidad del medio ambiente que el paciente provoca con sus quejas, amenazas teatrales de suicidio, berrinches, etc. Si los antecedentes premórbidos, no contraindican un psicoanálisis, según los puntos a que nos hemos referido al principio de esta comunicación, se tiene la ventaja no sólo del alivio sintomático, sino de una importante mutación del carácter inmaduro. Si nos hemos decidido por algún motivo a otra forma de psicoterapia que no sea el psicoanálisis, mi impresión es que para las reacciones depresivas en caracteres inmaduros lo mejor es la psicoterapia represora. Voy a explicar qué llamo aquí psicoterapia represora. El terapeuta debe jugar un papel autoritario y firme, cerrando la puerta a todas las quejas y verbalizaciones del paciente que puedan ser utilizadas para obtener ganancias secundarias. Es una terapia complementaria de la terapia medicamentosa y deberá formar parte de todo un plan de trabajo en el que se incluyan laborterapia, ludoterapia y terapia artística, plan que debe hacer el terapeuta de inmediato. Las entrevistas son cara a cara y se asemejan a reportes de tareas que el paciente debe haber cumplido en los intervalos entre las mismas. Hasta después de que se han ventilado las resistencias y rebeldías a las labores encomendadas, se le puede permitir al paciente la ventilación de sus quejas o sus autorreproches, dando sólo explicaciones superficiales al material así obtenido. Toda transferencia positiva en este tipo de terapia debe ser interpretada en relación a la labor desarrollada por el paciente en el plan de trabajo. Por ejemplo, si el paciente muestra una necesidad exagerada de halagar al terapeuta cuando no ha cumplido el plan de trabajo, éstos halagos deben ser interpretados como apaciguamiento y soborno de la autoridad. Asimismo toda agresión al terapeuta debe ser encaminada a descargarse en labores constructivas. Este tipo de terapia se facilita sobre todo en instituciones en donde además se debe hacer una terapia de actitud por todo el personal concomitante y congruente con todo el plan de trabajo. Hay que estar alerta de la tendencia del paciente de buscar a alguien del personal que lo gratifique ante la actitud represora y autoritaria del terapeuta. En las depresiones involutivas, sobre todo en el primer brote con el que generalmente se inician, existe también a mi juicio una magnífica indicación de este tipo de terapia represora. En términos psicodinámicos diríamos que se trata de fomentar una cierta persecución de tipo superyoico con fines terapéuticos y creadores, favoreciendo la sublimación.

No querría terminar sin mencionar aquellos cuadros depresivos del climaterio que tienen peculiaridades importantes. Es de todos conocido que según cómo ha sido nuestra juventud y madurez, sobre todo en cuanto a logros se refiere, que así será nuestro pasaje en el climaterio. La depresión sobreviene cuando algo en nosotros lo sentimos destruido y toda psicoterapia y aún más toda terapia depende de las capacidades de reparación que tengamos, además de las que facilite el ambiente. Cuando la reacción depresiva sobreviene por causas fundamentalmente exógenas, por ejemplo la pérdida de un ser querido o de una posición económica o social, la capacidad que el sujeto tenga para reparar por sí mismo y activamente el daño, será la clave de la recuperación clínica. Precisamente al reactivarse por la regresión el conflicto de ambivalencia, con el consiguiente incremento de la hostilidad y destructividad, estos sentimientos paralizan las fuerzas constructivas y reparadoras. De allí que es muy importante saber valorar lo que el sujeto ha hecho de constructivo en su vida antes de la reacción depresiva por la que nos consulta para poder hacer un pronóstico del cuadro clínico, en la depresión climatérica esto es trascendental. Por ejemplo, podemos al minimizar este hecho, indicar erróneamente electrochoques con el consiguiente riesgo de daño cerebral, a una persona con una depresión climatérica que ha tenido un pasado eficiente y lleno de logros. En última instancia lo que deprime al climatérico, en la

mujer es la percepción de la pérdida de su capacidad fértil, o en el hombre la pérdida de la potencia sexual, de allí que en la mujer estéril que no haya logrado compensar su maternidad frustrada lo mejor posible, es de esperarse reacciones depresivas generalmente muy severas. Podríamos decir que la mejor manera de prevenir una depresión climatérica o una depresión involutiva severa, en cuanto a factores psicógenos se refiere, es favorecer una madurez lo más posible con logros duraderos y sanos de cualquier índole. Muchas de estas depresiones climatéricas pasan casi sin transición a cuadros hipocondríacos importantes. Para determinar el tipo de psicoterapia que hay que hacer, es trascendental apoyarse en los logros previamente obtenidos.

La depresión en un aspecto no es otra cosa que la reacción a la percepción de la muerte ya sea de algo en nuestro interior, o de alguien sobre el que habíamos depositado grandes anhelos, y ésto repercute en nuestro interior. La fuente de nuestros sentimientos de culpa es la destrucción que real o fantaseadamente nuestra conciencia moral nos reprocha duramente. Para terminar diremos que toda psicoterapia de las reacciones depresivas, está encaminada en última instancia a inclinar por muchos caminos la balanza del lado de la reparación real sobre la vivencia de destrucción.

BIBLIOGRAFIA

- Asociación Psicoanalítica Argentina. Comunicación en Seminarios de Análisis de Niños. 1953.
- Glover, Edward. The Technique of Psychoanalysis. 2a. ed. New. York. International Univ. Press. 1955.
3. Hoch, Paul H. y Zubin, Joseph. Editores de "Depresión". N. York. Grune & Stratton, 1954.
 4. Kaññmann, Franz J. Cap. 19. The Biology of Mental Health and Disease (The Twentyseventh Annual Conference of the Milbank Memorial Fund). N. York. Paul Hoeber. 1952.
 5. Cap. I. Genetic Principles in Manic-Depressive Psychosis. En "Depression" Editada por Hoch and Zubin. N. York. Grune Stratton. 1954.
 6. Keeler, Raymond. Cap. VIII. Children's Reaction to the Death of a Parent. En "Depression". Editada por Hoch y Zubin. N. York. Grune & Stratton, 1954.
 7. Menninger, Karl. Teoría de la Técnica Psicoanalítica. México. Ed. Pax y Asociación Psicoanalítica Mexicana A. C. 1960.
 8. Rado, Sandor. Cap. XI Hedonic: Control, Action-Self and the Depressive Spell. En "Depression". Editado por Hoch y Zubin. N. York. Grune & Stratton, 1954.
 9. Spitz, René A. Cap. VII. Infantile Depression and the General Adaptation Syndrome, On the Relation between Physiologic Model and Psychoanalytic Coceptualization. En "Depression" Editado por Hoch y Zubin. N. York. Grune & Stratton. 1954.

Dr. José Remus Araico
Paseo del Río # 111, Casa 20
Fortín Chimalistac
Coyoacán 04319
México, D. F.
Tels. y Fax 56-61-07-67 y 56-61-36-50