

PONENCIA

LA DEPRESIÓN EN EL BALNEARIO (*Depression at spa*)

CUADROS DEPRESIVOS Y DEPRESIONES ENCUBIERTAS (*Depressive states and undercover depressions*)

ROJAS MONTES, Enrique*

LA DEPRESIÓN: UN TERMINO POLISÉMICO

Cada época tiene una forma predominante de enfermar. La nuestra tiene su máximo exponente en la depresión. Hay otra esencialmente importante: el cáncer, la primera es la más frecuente en la actualidad desde el punto de vista estadístico. La segunda, la más grave y la de peor pronóstico. Mientras la depresión empieza a ser hoy relativamente bien conocida, el cáncer sigue mostrando demasiadas incógnitas, a pesar de la ingente investigación a que está siendo sometido en el mundo entero.

¿Qué significa el término depresión?. La palabra depresión es polisémica, puede tener distintos usos y en mi opinión personal deben destacarse en ella ocho variedades de significados distintos:

1. Expresión que se utiliza en el **lenguaje coloquial**, que se ha popularizado y que hace referencia a un sentimiento negativo mal delimitado, como consecuencia de algo de escasa importancia que no va bien ó que no ha salido como se había previsto. Equivale, pues, a frustración, enfado, desagrado, molestia, etc.

2. **Estado de ánimo** de tonalidad dolorosa, mediante el cual se experimenta sufrimiento, que está producido como consecuencia de algún acontecimiento penoso y contradictorio, que representa la pérdida de un bien ó la imposibilidad de conseguir un objetivo concreto que uno se había fijado. En sentido estricto debemos hablar aquí de **reacción vivencial normal**, siempre que la respuesta afectiva esté en consonancia con la importancia del motivo desencadenante.

3. **Estado de ánimo anómalo** originado por un motivo ó una causa que actúa como estímulo desen-

cadenante, pero cuya respuesta es desproporcionada, bien a corto ó medio plazo. A esto le llamamos genéricamente **reacción vivencial anómala**. Sus principales características son: se produce como consecuencia de una experiencia vivida a nivel personal; ésta desencadena una reacción, que no habría sucedido si no existiera previamente esa motivación interna; el contenido de la misma es psicológicamente comprensible, tiene una relación de sentido, aunque desproporcionada, exagerada, hipertrofiada, cuya evolución dependerá del acontecimiento en sí y del tipo de personalidad sobre la que recae; por tanto, la intensidad y la duración de la misma nos darán la pauta de la temática y de la personalidad premórbida.

4. Significa también un **tipo de personalidad**. Aquí lo que se destaca es un perfil de personalidad que se ha ido desarrollando desde la infancia y la pubertad de forma depresivoide, de tal modo que la misma está teñida de pesimismo, que es algo distinto de la tristeza y del descenso del estado de ánimo. Se trata aquí de un individuo que **desde siempre**, desde que tiene conciencia de ser persona, tiene un modo de pensar negativo, viendo más lo difícil que lo fácil, los contras que los pros. Por eso aquí debe puntualizarse que **tal sujeto no tiene una depresión, sino que es depresivo**.

5. **Síntoma**. Es decir, como signo ó señal depresiva que puede acaecer en muchas enfermedades generales. Este hecho nos pone sobre la pista de un fenómeno importante: existen algunas enfermedades que a medio plazo se pueblan de una sintomatología depresiva, que es menester saber detectar, como ocurre en las hepatitis -virales y tóxicas-, neoplasias, endocrinopatías -hipotiroidismo, hipoparatiroidismo,

*Catedrático de Psiquiatría y Director del Instituto Español de Investigaciones Psiquiátricas. Madrid

enfermedad de Addison, etc., enfermedades metabólicas, dolores crónicos, etc.

6. **Síndrome.** Como conjunto de síntomas. El síndrome depresivo se desglosa en una serie de expresiones clínicas, de tres series: de la esfera somática, psíquica y de conducta.

7. **La depresión como enfermedad**, que es su más auténtico y genuino significado y que la sitúa de lleno en el campo preferentemente de la psiquiatría y, en menor medida, también de la medicina general. Por tanto, es una entidad clínica que tiene una etiología, una patogenia, unos mecanismos desencadenantes y predisponentes, un cuadro clínico, un pronóstico y un tratamiento.

8. La depresión como **estado**, concepto anglosajón, que hace referencia a totalidad de síntomas en un momento determinado del curso evolutivo.

Queda así trazada la geometría de este vocablo.

Es inevitable, que con el paso del tiempo, algunos términos médicos pasen al lenguaje popular y se pongan de moda. Esto lo cuenta Axel Munthe en su libro *La historia de Saint Michelle*, cuando a finales del siglo XIX, el término **colitis** era el diagnóstico más frecuente en la clínica diaria: todos los diagnósticos apuntaban en esa dirección. Hace unos años lo mismo pasó con la histeria. Últimamente hemos pasado de la época de la angustia a la era de la depresión.

La depresión es una enfermedad que puede ser **endógena ó exógena**. La primera es predominantemente hereditaria, biológica, producida por mecanismos bioquímicos complejos, que van siendo cada vez mejor conocidos gracias a la investigación clínica más moderna y sofisticada. La segunda es preferentemente exterior, viéndose desencadenada por causas y/o motivos que tiran de los endógenos, haciendo que se desencadene la enfermedad. Mientras **las depresiones predominantemente endógenas** producen una sintomatología bastante típica y recortada, de aparición aguda y de curso breve si se aplica a tiempo un adecuado tratamiento, **las depresiones predominantemente exógenas** tienen una fisonomía más atípica, un comienzo insidioso, un curso más tórpido y una cierta tendencia a encronizarse, con una mayor dificultad de respuesta terapéutica.

Se ha dicho que **la depresión es la enfermedad por antonomasia de los sentimientos**. Esta afirmación parece bastante cierta. Nos obstante, las modernas corrientes conductistas le dan otra orientación al problema. Recientemente, Polaino (1994) ha

subrayado que hemos pasado del **timocentrismo** de la depresión al **cognitivismo**. En el primer caso toda la psicopatología descansa sobre la afectividad. En el segundo, sobre el pensamiento.

Voy a seguir **aquí** la concepción primera, la que se refiere a la vida afectiva. Esta puede vivirse a través de tres experiencias distintas: la emoción, el sentimiento y la pasión. Entre ellas existe una íntima conexión, aunque el modo es diferente. El mundo afectivo suele circular habitualmente a través de los sentimientos.

El sentimiento es un estado subjetivo difuso, que tiene siempre un tono algedónico positivo ó negativo. Trataré de explicar la definición que propongo. Por **estado subjetivo** hay que entender que la vivencia reside en el yo, que es como el centro puntual de la personalidad, pero vista desde su vertiente más interna. Es una experiencia que nos invita a desfilar por los pasadizos íntimos de la psicología. **Difuso**, porque la noticia que nos viene de él no es nítida ni transparente, sino etérea y difuminada. El **tono algedónico** hace referencia a que los sentimientos son siempre agradables ó desagradables, serenos ó inquietantes, plácidos ó dolorosos, nunca son neutros¹.

Los sentimientos nos informan, esencialmente, de cuatro provincias fundamentales: de como percibimos nuestro **cuerpo**, nuestro **patrimonio psicológico**, de como estemos **espiritualmente** y de ese modo peculiar de **estar instalado en la realidad**. En definitiva: es un modo específico de encontrarnos a nosotros mismos.

El psiquiatra, como un buceador de la intimidad, pregunta a su enfermo: ¿qué tal estás?, ¿cómo te encuentras?. La interrogante invita a la reflexión personal, al autoanálisis. Y responde: "no me encuentro bien, no sé lo que me pasa... **es como si** estuviera sin ganas de nada, vacío por dentro, seco, triste". Repárese en su discurso: necesita una apoyatura lingüística para tratar de referir de alguna manera lo que sucede dentro de él, **es como si**. Expresa lo que no es fácil de verbalizar, necesitando esta especie de recurso de lenguaje comparativo. La introyección no es una travesía fácil y menos aun, el relato que se desprende de su andadura.

Decíamos que también las emociones y las pasiones bañan la afectividad. Pero **solo los sentimientos tienen un matiz más sosegado y armonizador de la conducta**, siendo el modo habitual de cursar la vida en toda su riqueza cordial.

1: Puede parecer a primera vista que un sentimiento neutro sería el aburrimiento. Esto no es cierto, ya que en él, late toda la temática emocional de la tristeza, la nostalgia, la dejadez, el abandono, el desinterés, etc. Es decir, está próxima a la región de la tristeza, con la que comparte muchos ingredientes parecidos. Los sentimientos híbridos no existen.

EL DESCENSO DEL ESTADO DE ANIMO NORMAL Y PATOLÓGICO: ANÁLISIS DIFERENCIAL

Existe tres variedades de **descenso del estado de ánimo ó cambio negativo de la afectividad ó tristeza vital** (en la conceptualización más clásica). Tanto si tomamos una como otra, los adjetivos a utilizar son los de vital, psíquico y vitalizado.

Descenso del estado de ánimo vital: es el propio de la depresión. Sus características motivacionales, de sentido, de intensidad y duración, vivenciales, etc. van a configurar una fisonomía bastante precisa, que permitirá distinguirla de las otras dos submodalidades.

Descenso del estado de ánimo psíquico: es el que se produce en el hombre psicológicamente sano. Es motivado. Se produce por algo. En consecuencia: no necesita tratamiento. Jaspers sintetizó las características que debe tener una reacción vivencial normal ó sana.

Descenso del estado de ánimo vitalizado: fué descrito por Weibrecht. Es aquel cambio negativo de la afectividad que teniendo inicialmente un motivo ó una causa, al aumentar su **intensidad** y alargarse su **duración**, se va desligando de su génesis, haciéndose independiente, autónoma. A este mecanismo de transformación se le llama **vitalización**: la tristeza psíquica se convierte en vital, se vitaliza, toma ya un derrotero propio y peculiar. Jaspers estableció los criterios fundamentales para establecer las características de una reacción vivencial:

a) La **reacción** no se hubiese producido de no haber existido esa experiencia previa.

b) El **contenido** de la reacción tiene **relaciones psicológicas comprensibles** con la vivencia. **Comprender es buscar relaciones de sentido.** Captar la unidad de conexiones con el todo, de forma que se establezca como un círculo hermenéutico, a través de la dialéctica posición-oposición, tesis-antítesis. Pero no hay que olvidar que toda comprensión puede ser interminable, ya que siempre va a terminar en dos fronteras que la limitan: la biológica y la psicológica.

Comprender es esclarecer y poner en evidencia. Pero en psicopatología descansa sobre el comprender y el explicar. Buscar motivos y causas a la vez.

c) Por lo que respecto a su **comienzo y evolución**, una y otra dependen de la raíz vivencial inicial. Aquí arrancan las reacciones cristalizadas, las retardadas, etc.

Pues bien, las diferencias que van a existir entre la **forma psíquica** (=normal) y la **endógena ó vital** (=patológica) van a quedar establecidas a través de los siguientes puntos:

1) En cuanto a los **motivos**. Hay que subrayar que la **psíquica** está producida por acontecimientos negativos evidentes (objetivables y que pueden ser expresados como **pérdida** en sentido genérico: de un ser querido, de algo material, psicológico, espiritual, etc.). Ello significa un impacto displacentero. El sujeto está decaído, triste, con pesar... pero tiene motivos para ello. Decimos en el lenguaje coloquial: "comprendo que estés triste, me pongo en tu lugar y entiendo lo que te sucede".

En la forma **vital ó endógena** no existe nada de lo anteriormente apuntado, aunque el enfermo a base de tanto escudriñar en lo que le ocurre, termina **racionalizando** tanto, que fabrica falsas razones que le permiten de alguna manera justificar su estado anímico. Ante un observador imparcial, como debe ser el psiquiatra, dichas razones no tienen peso, ni valor, ni densidad para ser la génesis de ese estado psicológico. La pericia psicopatológica consistirá ahí en desmontar esos falsos argumentos, poniendo el análisis psicopatológico cada cosa en su sitio.

El interrogatorio del médico debe cubrir aquí los seis puntos que debe estudiar todo buen cronista: **quién, qué, como, cuando, donde y porqué.**

2) En cuanto al **sentido**, podemos decir que mientras la **psíquica** tiene un sentido, ofrece una dirección, se produce por algo, como consecuencia de, la **vital** tiene un sentido más oscuro y complejo, que nos pone sobre la pista de algo no comprensible: es la naturaleza, lo físico, lo biológico lo que está por medio.

3) Desde el plano de la **vivencia** nos encontramos con lo siguiente. La **psíquica** es experimentada como algo hondo, pero sobre la que puede producirse una paulatina recuperación cuando ésta se digiere. Por el contrario, en la **vital** la vivencia es más profunda, se percibe como irremediable y sin salida (esto es lo que le sucede al enfermo con un trastorno depresivo mayor, sobre todo si éste es bipolar, que es la forma más acabada y completa del mismo). Este nota una especial **falta de resonancia afectiva**, como un **no-poder-estar-ya-más-triste**.

Esto se demuestra cuando en un depresivo endógeno, en pleno acmé de su fase, le sucede una nueva desgracia psíquica, lamenta no poder ponerse más triste. López Ibor ha dicho que formulado esto de una manera exagerada, se puede decir que "el que todavía es capaz de sentir tristeza no es un autentico melancólico". La experiencia interior es de **vacío**,

anestesia emocional, imposibilidad para tomar parte activa en el mundo afectivo: **tener como seca la vida afectiva**, me decía un enfermo mío con cierto poder de introspección.

Dicho de otra forma más sintética, **las vivencias son distintas tanto cualitativa como cuantitativamente**.

4) En cuanto a la **intensidad**, hay que decir que la **forma psíquica** aun siendo el factor ó factores desencadenantes de gran envergadura, nunca llega a tener el impacto que la **vital**. Un sujeto se recupera de la muerte de un ser querido con el paso de los días, pero no supera una depresión mientras no se le aplique un tratamiento correcto.

Está claro que existen muchas formas depresivas enmascaradas y larvadas que pasan inadvertidas y por tanto no son diagnosticadas. Ello quiere decir que tienen un **curso natural**.

5) Con respecto a la **duración** podemos decir lo mismo que en torno al punto anterior. La experiencia **psíquica** es menos prolongada por regla general, aunque también depende de la importancia y del significado del factor vivencial: del hecho mismo considerado en cuanto al perímetro y la personalidad del individuo sobre el que recae.

La **vital** es más permanente. A medida que se alarga temporalmente y mantiene un nivel suficiente de intensidad, se va a abrir a través de ella la posibilidad de que salgan **las tres preocupaciones fundamentales** de todo ser humano: la preocupación por la salud de cuerpo, del alma y del aspecto material de la vida. Todas son suprapersonales. El narcisista se siente enfermo, el hombre religioso se siente culpable y/o condenado y el homus economicus percibe amenazado su patrimonio personal.

6) Con respecto al **rendimiento**:

Este es un apartado que se pone especialmente de manifiesto en varias dimensiones: la profesional, la práctica, la intelectual (lectura, interés y curiosidad por temas, indiferencia hacia la información de la actualidad, etc), la familiar, la social y la cultural, especialmente. En el cambio negativo de la vida afectiva de naturaleza **psíquica**, descienden bruscamente todos éstos rendimientos, pero a medida que pasan los días y que el sujeto digiere la vivencia, se va recuperando y vuelve paulatinamente a ser el que era.

En el descenso **vital** la trayectoria suele ser a la inversa. Lentamente se va deprimiendo el individuo. Esta es la forma habitual de producirse la aparición depresiva. Por ello, el rendimiento no empieza a calibrarse negativamente hasta que ha transcurrido ya un cierto curso evolutivo: Junto al descenso de ánimo y la inhibición, descubre que no está a la altura habitual

en su trabajo, en sus capacidades centrífugas, familiares, etc. La **instalación** es lenta, pero una vez alcanzada es más **profundo** su impacto, más duradero y conduce en muchos casos a una baja laboral ó a un paréntesis en las tareas habituales.

7) Con respecto al **plano axiológico**:

El mundo axiológico fué estudiado por Max Scheller y tiene como centro de referencia **los valores**. De una parte los **personales** (es decir, aquellos que pueden incorporarse a la propia existencia) y de otra, los **suprapersonales** (considerados a nivel general: el sufrimiento psicológico ayuda a descubrirlos). Fué Wundt, quien desde la psicología científica, reconoció la insuficiencia de la clasificación de los sentimientos según el binomio **placer-dolor**. El mismo, defendió a finales del siglo XIX tres direcciones fundamentales de los sentimientos: **placer-dolor, excitación-calma, tensión-relajación**. Más tarde, Krüger, amplió este estudio haciendo incapié en los **sentimientos superficiales y profundos**. Son los primeros lo que tienen capacidad para ponernos delante el mundo de los valores, por paradójico que parezca.

El dolor nos descubre la otra cara de la existencia. Mientras los sentimientos placenteros son vividos como exentos de problemas, los displacenteros traen una nota fundamental: la vida se vuelve contra posible, pues inciden nuclearmente en el yo. En ella se experimenta el aislamiento, el desamparo... la soledad; desorganizan la intimidad. Pero el sufrimiento es una piedra de toque fundamental para la maduración de la personalidad. Esto es lo que ocurre en la tristeza **psíquica**. Su aldabonazo, inicialmente, es rechazable, nos negamos a aceptar su residencia en nosotros... pero a la larga es madurativo, es necesario. No hay que olvidar que **el más puro sufrimiento suele traer consigo el conocimiento más claro y transparente**.

En la experiencia **vital**, la inmotivada, la peculiar de la depresión, desde el punto de vista de los valores, no suele aportar nada positivo cuando su intensidad es excesiva: la vivencia es tan insoportable que se desencadenan ideas de suicidio ó incluso tendencias autoagresivas. Ahora bien, en las depresiones de mediana intensidad ó en aquellas otras en las que no se llega a las tendencias autolesivas, a pesar de todo, pueden aflorar ciertos valores y salir mejorada a la larga la personalidad.

8) Por lo que respecta a la **somatotropización**:

La diferencia es, en este terreno, muy llamativa. En el cambio **psíquico**, resultado de un acontecimiento negativo, producido por algo que significa una pérdida en algún sentido, tiene un puente que le

une con la realidad. Aquí se puede construir una arquitectura del sentimiento producido: momento específico, factor fundamental desencadenante, otros factores predisponentes, impacto emocional, reacción subsiguiente, etc. Pero hay un hecho claro, a mi juicio: **la mejor manera de destruir ó reducir**-según los casos- **un sentimiento es analizarlo métricamente**. De ahí que el análisis racionalizador, cuando nada en una auténtica lógica, actúe como un disolvente de ese ánimo melancólico.

La tristeza psíquica es otra cosa bastante distinta de la que padece el enfermo depresivo (Rojas, 1992). Diferenciar ambos fenómenos es fundamental para esclarecer el diagnóstico diferencial. **Pertenecen a núcleos psicológicos distintos, aunque tienen evidentes puntos de contacto**. Esta se encarna pero a través del gesto de la cara, con una expresión de apagamiento, que se va a reflejar en la figura en su totalidad: el andar, los movimientos, etc.

Por el contrario, **la forma vital es fisiológica y corporalizada: esto quiere decir que pertenece al campo de los sentimientos vitales² y a los sensoriales³, en otras ocasiones**. Ambos son independientes de lo que ocurre en el exterior y están vinculados a la corporalidad. Es frecuente que uno y otro se den simultáneamente.

De ahí que no deban extrañarnos expresiones como las que siguen, de nuestros enfermos: "... doctor, tengo una pena en este brazo, es como si me pesara, no puedo con 'el'; "La pena me ahoga y no puedo tragar"; "Parece como si tuviera un nudo aquí en la garganta, que no me deja... y muchas ganas de llorar, aunque la verdad es que no puedo... yo creo que si llorara, me deshogarí y me encontraría mejor"; "tengo el cuerpo como desplomado: como si hubiera estado haciendo trabajos y esfuerzos físicos enormes... antes no había sentido nada parecido".

El cambio vital se somatotropiza. Y escoge, para ello, distintas partes de la geografía corporal. En todos es conveniente estudiar: **forma de aparición, curso, topología, exploraciones somáticas simples y complementarias, exploración de la sensibilidad de la zona, etc**. Es decir, todo aquello que nos ayuda a configurar una idea parecida del tipo de dolor que padece el enfermo.

Las zonas más frecuentes, después de la generalizada, son: cabeza, zona precordial y epigástrica, extremidades superiores e inferiores.

Resumiendo: la forma **psíquica** culmina, en su máximo grado, con el llanto; pero no se somatotropiza. Por el contrario, la forma **vital**, además de ser más intensa, se plasma marcadamente en el cuerpo, bien de forma localizada ó generalizada.

9) En relación con la **vivencias delirantes**:

Hay que poner de relieve que por regla general, **la forma psíquica no produce vivencias delirantes**, salvo si recae sobre una personalidad paranoide⁴. En cambio, **la forma vital va a producir la fábula delirante depresiva ó alguno de sus fragmentos**: hipocondría, ruina y culpa; también aquí todo se vertebra partiendo del tipo de personalidad previa.

10) Según su relación con las **ideas y/o tendencias suicidas**:

Es distinta también en uno y otro caso. Mientras la forma **psíquica** invita a reflexionar sobre la vida, solo incita al suicidio ó a actos seriamente autolesivos cuando acontecimientos que la han producido son de tal gravedad, que en sí mismos son irreparables y significan algo extraordinario para la existencia, cerrando muchas expectativas de porvenir. En otras ocasiones, puede suceder, que ya existiera previamente un subfondo depresivo latente, que se pone en marcha ó se acrecienta a través de esta vivencia nociva.

En la forma depresiva **vital**, si persiste el descenso del estado de ánimo, si existen antecedentes personales y familiares depresivos y autoagresivos, si no se aplica con prontitud un tratamiento, las ideas de suicidio se convierten en tendencias y de éstas se pasa al acto. Influyen aquí, además: la personalidad sobre la que recae la fase depresiva, los antecedentes, la profesión, la instalación humana (soledad, aislamiento, buen nivel de relaciones sociales, etc), etc. Todo este **conjunto de elementos periféricos** son decisivos para la elaboración final del desarrollo suicida.

11) Por lo que respecta al **plano psicomotor**: Las dos provocan una marcada inhibición, aunque suele ser menor en la forma **psíquica** y también, a medida que pasa el tiempo, ésta se corrige. En la forma **vital** la inhibición es más acusada por lo general, aunque en las depresiones agitadas (=ansiosas) ocurre lo contrario.

Los autores ingleses utilizan el término de **retartation** que señala la experiencia subjetiva y el síntoma objetivo de la lentitud de la acción, el pensamiento y el comportamiento motor.

12) Desde el punto de vista de la **psicoterapia**:

La forma **psíquica**, al ser motivada, disminuye y se amortigua gracias a la palabra. **Esta tiene un soporte esencialmente psicológico** y por tanto su principal terapéutica va en esa misma dirección. En estos casos la experiencia y el conocimiento adecuado de las diversas técnicas psicoterápicas, puede ser un punto de referencia fundamental para salvar la situación.

2: Se experimentan ligados a una sección del cuerpo: torax, zona precordial, cabeza, abdomen, etc.

3: Son aquellos que se experimentan en el cuerpo de una manera generalizada, ya que el estrato vital se dibuja entre lo somático y lo psíquico mediante cualidades globales de la corporalidad.

4: Caracterizada por el recelo, la desconfianza, la suspicacia. En una palabra lo que llamó Kretchmer, la **personalidad sensitiva autoreferencial**.

La forma vital tiene un soporte esencialmente fisiológico y bioquímico, de ahí que la principal herramienta de tratamiento sea la farmacoterapia, la psicoterapia en las depresiones graves tiene escaso valor⁵. Lo tiene para la familia del enfermo y para el perimetro humano que le rodea, pero no para él mismo. Esto no quiere decir que el psiquiatra no deba mantener su **actitud psicoterápica primordial** al tratar a su enfermo.

13) Desde la perspectiva **farmacoterápica**:

Subrayar lo apuntado. La forma **psíquica** puede ser susceptible, en todo caso, de dos psicofármacos: ansiolíticos ó psicomoduladores por un lado e hipnofacilitadores, por otro. Por los primeros se consigue disminuir la ansiedad, vivido como un temor expectante ante el futuro. Por los segundos, ayudamos a que el sujeto duerma, que suele ser uno de los mejores momentos del día. Pero hay que subrayar que **la utilización de antidepresivos en las reacciones depresivas es un error, ya que el cambio negativo de la afectividad no depende de causas físicas**⁶.

En la forma **vital** el tratamiento de elección son los fármacos antidepresivos. El **diseño farmacológico** debe completarse con sedantes e hipnofacilitadores. En el capítulo de tratamientos biológicos abordaremos con detalle estos pormenores.

14) Y por último, por lo que atañe a la **socioterapia**:

La forma **psíquica** se beneficia muy claramente de estas medidas: la compañía, la relación con otras personas, la lucha por evitar hábitos de vida monótonos, etc, son piezas importantes para conseguir ir saliendo de esa malla tejida de desencanto propia del ponerse-triste-por-algo.

La forma **vital** se deja influir positivamente por la socioterapia mucho menos, sobre todo al principio de la fase y en los momentos más agudos. Puede incluso llegar a ser contraproducente en algunos casos⁷. Ahora bien cuando ya el enfermo va mejorando de sus quejas, es importante arbitrar una serie de **medidas socioterápicas**, que vayan en tres direcciones: biológica, psicológica y social. De ese modo, se ayuda al proceso de remisión, en **el momento psicoterápico de la fase depresiva**.

15) Desde la **psicología de la conducta**:

5: Solo sirve, muy en tercer plano, para afianzar el rapport médico-enfermo; pero si la fase depresiva es seria, con un puntaje de escala depresiva muy alto, esta relación pierde fuerza para el enfermo, que pasa a ser un paciente fundamentalmente biológico, necesitado de farmacoterapia. En las depresiones ligeras, leves y en las enmascaradas, la psicoterapia de apoyo sí es beneficiosa, ya que éste tiene entrelazadas la tristeza psíquica y la vital.

6: Aquí hay que ser muy cautos a la hora de interpretar el discurso del enfermo, sobre todo teniendo en cuenta la popularización del vocablo depresión.

7: En las depresiones bipolares especialmente, con tendencias suicidas como antecedentes familiares y ahora personales, ocurre lo contrario. En esos casos, la soledad, el aislamiento, la incomunicación, el hermetismo autista, etc... van a ser los estabones últimos que conduzcan al suicidio. En tales enfermos, procede el ingreso hospitalario y una vigilancia adecuada para prevenir el riesgo suicida.

8: Este ha sido un tema tratado minuciosamente por mí a la hora de valorar las tentativas de suicidio. Véase mi libro *Estudios sobre el suicidio*. Ed. Salvat. Barcelona, 1984, 2ª edición, páginas 114 y ss.

En este sentido las diferencias vienen marcadas por la intensidad y duración de las mismas, así como la fisonomía. En términos de conducta la depresión puede quedar definida como un **estado emocional caracterizado por una pérdida generalizada del esfuerzo**. De este modo queda expresada la depresión en términos estímulo-respuesta.

Todos los modelos depresivos conductuales trabajan partiendo de una reducción de la conducta operante, relacionada con la ausencia de estímulos reforzadores. La **pérdida de un reforzador** que sirva de estímulo discriminativo, va a conducir a una desincronización del comportamiento.

En la forma **psíquica**, reactiva, motivada, la disminución de los refuerzos es menor y se resuelve con mayor rapidez. Por el contrario, en la **vital**, no hay disminución sino una **pérdida generalizada de los reforzadores**, lo que implica una gravedad mayor.

16) Finalmente, desde la **psicología cognitiva** podemos decir lo siguiente:

Descansa sobre el modelo de Beck: la depresión está enraizada en un **conjunto cognitivo de carácter negativo**, como si el enfermo no pudiera dejar de tener una visión oscura de sí mismo, del mundo que le rodea y de sus expectativas de futuro. La percepción y la evaluación de los acontecimientos está distorsionada, produciéndose correlaciones cognitivas: estos sujetos muestran una mayor tendencia, una correlación estadísticamente significativa, a fijarse en aspectos negativos de sí mismos y de su alrededor. Por tanto, no solo tienen pensamientos tristes, sino que la selección de estímulos tiene un sesgo pesimista, que se acompaña de la tendencia a recordar hechos de contenido negativo.

Pues bien, en el cambio negativo de la afectividad **psíquica**, podemos observar: pensamientos negativos y emociones desagradables. Estos van a configurar patrones cognitivos de poca estabilidad, que tienden a perder fuerza si la personalidad del sujeto es sana y se siguen una serie de medidas lógicas y psicológicas. Identificar y modificar las conceptualizaciones distorsionadas que subyacen en este modo de pensar.

En la forma **vital**, el registro cognitivo apuntado se intensifica: aparece una marcada **diselipidia**⁸,

interpretada como expectativas negativas que tienden a poblar la generalidad del futuro. Además: distorsión y falsos esquemas cognitivos. Todo culmina con un **trastorno del procesamiento de la información**, a través de errores sistemáticos que mantienen el pensamiento depresivo adherido a una creencia falsa pero dolorosa. Según Beck (1977, 1983) aparecen:

1. **Inferencias arbitrarias:** las respuestas ofrecen una conclusión anticipadamente negativa, incluso contraria a la evidencia más palpable.
2. **El estímulo es visto selectivamente.** El enfermo depresivo se queda cogido a un detalle siendo incapaz de tener una visión general del contexto. Entronización de un fragmento de la experiencia.
3. **Generalizaciones excesivas y constantes.** Tomar la parte por el todo. Alteración de la lógica interna.
4. **Maximización y minimización:** errores cometidos en la evaluación de los hechos. Pueden quedar agrandados ó reducidos al mínimo.
5. **Conexionar los hechos con la personalidad.** De este modo se le atribuye un papel a la personalidad que realmente no tiene con la situación. Hipertrofia de la personalidad. Hipersensibilidad psicológica.
6. **Pensamiento absolutista, dicotómico:** consiste en una tendencia a clasificar las posibles respuestas en una ó dos categorías contrapuestas: blanco ó negro; bueno ó malo; si o no; impecable o sucio, etc. Esto lo hace el paciente también para referirse a si mismo, con lo que reduce su campo psicológico y lo coloca en una

posición extrema, negativa, patológica, enfermiza.

Después de este repaso sobre los diferentes ángulos de los trastornos depresivos, debo añadir que las curas balnearias tienen dos efectos especialmente positivos: De una parte, en la **formas menores**, es decir, en aquellas en las que la sintomatología melancólica tiene menos fuerza: unas veces porque se trata de fases de menos envergadura clínica y otras, porque sería más correcto hablar de **reacciones depresivas**, que cumplen los criterios de Jaspers; de otra, en el final de tratamiento puede ser de gran ayuda en cierto tipo de casos la aplicación de curas balnearias.

En todas ellas el agente básico es el agua minero-medicinal bien por lo que aporte en si ó por lo que suprima a ese organismo. En mi experiencia personal es muy útil en las depresiones con muchas manifestaciones somáticas y/o en aquellas otras en las que la ansiedad es un síntoma importante. Ya Rof Carballo mencionó su efectividad en los cuadros de transición entre lo psicossomático y lo depresivo. En algún trabajo mío he mencionado también esta técnica terapéutica (Rojas, 1992). En un trabajo con Armijo (1996) también hemos enfatizado en esa misma línea. Lain Entralgo subraya como en estos ambientes la relación medico-enfermo se hace más directa y entrañable. También San Martín ha insistido en lo mismo, pero haciendo una crítica de la actitud paternalista que ha dominado durante muchas décadas en la medicina tradicional: sistema igualitario y respeto recíproco, pero sin que la técnica ahogue la afectividad que debe establecerse entre ambos.

BIBLIOGRAFIA

ARMIJO, M. (1989): "*Depresiones en la tercera edad y cura balnearia*". Bol. Soc. Esp. Hidrol. Médica, IV,2,81.

ARMIJO M. (1989): "*La relación médico-enfermo en la cura balnearia*". Bol. Soc. Esp. Hidrol. Méd. IV,9

ARMIJO, M. (1993): "*El sueño, los sueños y las curas balnearias*". Real Academia Nacional de Medicina, Madrid.

BECK, A.T. (1983): "*Terapia cognitiva en la depresión*". Descleé de Brouvier. Bilbao.

LAIN ENTRALGO (1983): "*La relación médico-enfermo. Historia y teoría*". Alianza Editorial. Alianza Ed. Madrid

POLAINO-LORENTE, A. (1994): "*La depresión*". Ed. Martinez Roca. Madrid.

ROF CARBALLO, J. (1951): "*Patología psicossomática*". Ed. Paz Montalvo. Madrid

ROJAS, E. (1992): "*Aspectos clínicos de la depresión*". Ed. Paz Montalvo

ROJAS, E. (1994): "*La ansiedad. Ed. Temas de Hoy. Madrid*"

SAN MARTÍN, J. (1996): "*Influencia psicoterápica del medico en las curas balnearias*". Bol. Soc. Esp. Hidrol. Méd., XI,3

VIDART L. (1973): "*Thermalisme psychiatrique et mouvement institutionnel*". Presse Therm. Clim., 110,1,37