

**YO NO SOY DE LOS VUESTROS: *PERSPECTIVAS TEÓRICAS DEL PSICOANÁLISIS*
PARA EL ABORDAJE DE LAS DEPRESIONES Y SU RELACIÓN CON LA TEORÍA DEL
*APEGO***

(*REVISIÓN HISTORICO - DOCUMENTAL*)

SANTIAGO GUALTEROS GONZÁLEZ

Director

Ps. Mg. JUAN GUILLERMO MANRIQUE LÓPEZ

UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS

DIVISIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

BOGOTÁ D. C.

2015

Son muchas las personas a las que debo dar gracias por acompañarme durante este maravilloso camino, ya que fue gracias a ellas que permanecí firme en este viaje, y, aunque las palabras no alcancen, quiero acercar mis más sinceros afectos de agradecimiento:

A mis padres, Wilson Fernando y María Amparo, quienes dejaron de ser y estar, para que yo fuese y estuviese, por medio del amor y el respeto; con total entrega, sin esperar nunca nada más de mí.

A Dhiana Espitia-Jaramillo y a Magnolia Tirado-Cuellar, porque al igual que la luz de Elendil, ellas me iluminaron en los lugares más oscuros, cuando todas las demás luces se extinguieron.

Y con mucho cariño, y muy especialmente, a Juan Guillermo Manrique López, quien no solo me enseñó teoría y técnica del psicoanálisis, la cual me salvó la vida varias veces, sino que además me regaló un estilo de vida.

Tabla de Contenido

Resumen	6
Problematización	7
Planteamiento del Problema	7
Psicología	9
Psiquiatría.....	10
Psicoanálisis	11
Algunas consideraciones preliminares	13
Justificación	15
Objetivos	17
Objetivo general.....	17
Objetivos específicos	17
Marco de Referencia	17
Marco Epistemológico y Paradigmático.....	17
Marco Disciplinar	21
Depresiones	21
Un Poco de Historia.....	22
S. Freud.....	28
K. Abraham.....	31
M. Klein.....	33
Aportes Post-Kleinianos	41

R. Spitz.....	42
D.W. Winnicott.....	47
Teoría del Apego.....	54
Críticas a la Teoría del Apego	60
Marco Interdisciplinar.....	65
Psiquiatría.....	65
Antropología	71
Marco Institucional	72
Antecedentes Investigativos.....	73
Método	81
Tipo de Estudio	81
Selección de Fuentes Bibliográficas	81
Elaboración de las Reseñas Analíticas.....	83
Análisis y Selección de Citas a Tener en Cuenta.....	83
Sistematización de la Información.....	84
Consideraciones Éticas	86
Resultados	88
Discusión de Resultados	88
Conclusiones	99
Aportes y Limitaciones	102
Referencias	104

Lista de Tablas

Tabla 1	86
----------------------	----

Lista de Figuras

Figura 1	8
-----------------------	---

Resumen

Este estudio tiene como propósito, de manera teórico – documental, exponer y ahondar, desde una perspectiva psicoanalítica, el concepto de las depresiones, en cuanto a su concepción teórica y a la teoría de la técnica interventiva, y el cómo estos conceptos están relacionados con las propuestas clásicas y contemporáneas de la Teoría del Apego; desarrollando un recorrido histórico breve desde la antigua Grecia hasta el Siglo XX de las propuestas anteriores al psicoanálisis. Así mismo, se tuvieron en cuenta las propuestas de los psicoanalistas suscritos a la Asociación Psicoanalítica Internacional y a la Sociedad Británica de Psicoanálisis, lo que permitió en gran medida, delimitar las fuentes de trabajo.

Palabras clave: Depresión, apego, teoría del apego, psicoanálisis, teoría psicoanalítica.

Abstract

This study aims, in a theoretical - documentary way, expose and delve, from a psychoanalytic perspective, the concept of depression, its theoretical conception and theory of interventive technique, and how these concepts are related to classic and contemporary proposals of the attachment theory; developing a brief historical review from ancient Greece to the twentieth century of the previous proposals to psychoanalysis. It also took into account the proposals of psychoanalysts that were undersigned to the International Psychoanalytical Association and the British Society of Psychoanalysis, this allowed define the sources to work with.

Keywords: Depression, attachment, attachment theory, psychoanalysis, theory of psychoanalysis.

Problematización

Planteamiento del problema

Desde que se estudia la salud mental, con frecuencia se han encontrado dificultades al interior de la comunidad académica, de llegar a acuerdos en lo que corresponde al estudio, evaluación y tratamiento de los seres humanos, como la discusión frente a la clasificación diagnóstica, la medicación, los tratamientos terapéuticos y los diferentes enfoques con los que se abordan los mismos. Centrándonos más en nuestro país, el estudio de la salud mental es reciente (Jordán y Palacio, 2009), por lo cual es de esperarse que al interior del mismo se presenten las muy mencionadas dificultades, no sólo a nivel práctico, sino desde las mismas bases de la teoría y la concepción epistemológica de lo que se estudia y a quiénes van dirigidos dichos estudios.

Es importante, en este punto, abrir la discusión histórica de la concepción desde las diferentes disciplinas que trabajan en salud mental¹ sobre los sujetos con los que ha de emprender esa búsqueda de bienestar y satisfacción, que llegan a ser el fin último del estudio de la salud mental (Organización Mundial de la Salud, 2007) y que, para efectos prácticos de este estudio, ayudará con la delimitación del problema.

Para facilitar la comprensión y la delimitación del problema que aquí se expone, y con el fin de identificar fehacientemente la ruta que se pretende seguir, sobre todo antes de la exposición de las disciplinas que abordarán el fenómeno de estudio en cuestión, la figura 1 expone de manera condensada la delimitación del problema que se presenta dentro del estudio de las depresiones, así como las diferentes disciplinas que, históricamente, se han encargado de su estudio e intervención en diferentes niveles, no sin antes notar que, por efectos de espacio y tiempo de este ejercicio investigativo, se abordan de manera breve.

¹ Psicología, Psiquiatría y Psicoanálisis para este estudio.

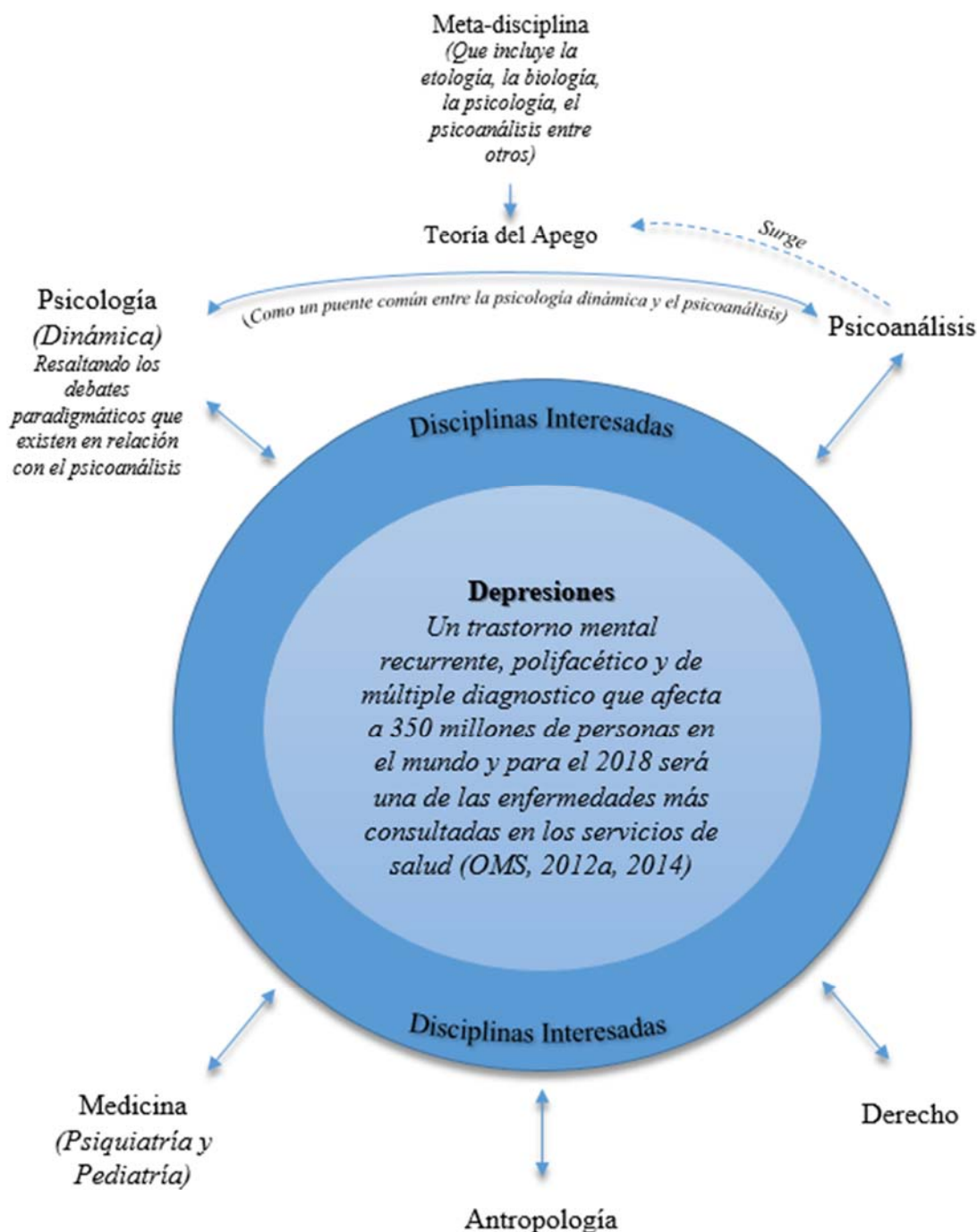


Figura 1. Limitación de la ruta de trabajo de las depresiones a partir de la relación existente entre la psicología dinámica y el psicoanálisis, convergiendo en la teoría del apego, concebida como una meta-disciplina proveniente del psicoanálisis que se matiza y se complementa con otras disciplinas interesadas en este estudio.

Así mismo, debido a la intención investigativa, que se expondrá de manera amplia más adelante, a la delimitación del problema, y al ejercicio histórico – documental que se pretende

desarrollar, para el presente ejercicio investigativo únicamente se tomará en cuenta los postulados de la psicología dinámica, las concepciones descritas por el psicoanálisis clásico y contemporáneo sobre las depresiones y su relación con la teoría del apego.

Psicología.

Al interior de la psicología actual, existen un sin número de definiciones de lo que es trabajar con el desarrollo humano (Papalia, Wendkos, y Duskin, 2009; Gesell, 1967; Gesell, 1972), pero siempre llegan a conclusiones similares, en las que los seres humanos, desde sus comienzos son sujetos de aprehensión del mundo, pasan por un desarrollo que es lineal, y que lleva al desenvolvimiento apropiado y fructífero dentro de los diferentes contextos en los que se desempeñan, y aprenden de las crisis que se presentan en su cotidianidad, tales perspectivas corresponden a los estudios descritos por Jean Piaget (1995) y Liev S. Vigotsky (2001) de los cuales son los nuevos estudiantes de la salud mental, directos herederos y responsables de la interpretación en contexto frente a estas propuestas.

El estudio del desarrollo cognitivo esperado es un gran aporte al campo de la salud mental, no sólo por el enriquecimiento y la ampliación de lo que se espera en una media poblacional, sino que es necesario contemplar diferentes factores, como el desarrollo hereditario o la inmersión en una determinada cultura, que entrega al sujeto pautas específicas para el desenvolvimiento óptimo y adaptativo a dicha comunidad (Vygotsky, 2000).

Una de las limitaciones más grandes de estos modelos teóricos frente a la salud mental es la enunciación de un modelo que no contempla las múltiples desadaptaciones que pueden surgir, y que, específicamente en la niñez, pueden llegar a desestructurar el yo tanto del adolescente como del adulto. En otras palabras, contemplar el desarrollo del infante en términos de linealidad creciente, de un desarrollo que se impulsa hacia adelante siempre en progreso (Piaget, 1995), de

etapas que le permiten, como un edificio, cimentar las bases para modelos de comprensión del yo y del exterior más complejos, sin contemplar la posibilidad de falta o fijación, o incluso de regresión a una de esas etapas, crea una brecha enorme en lo relacionado con una comprensión total de los infantes, ya que al contemplar sólo los aspectos esperados, dejamos de lado a algunos niños que no se adaptan adecuadamente y que inevitablemente pasan al terreno de la psiquiatría, no como una necesidad de mejoría, sino como una forma de exclusión de la media.

Psiquiatría.

Históricamente hablando, las terapias psiquiátricas en Colombia datan desde la época pre-colombina, y evolucionan hasta la llegada de la era farmacológica, por una parte, y la introducción en el escenario nacional del psicoanálisis y la terapia psicoanalítica orientada (Rosselli, 2009, pág. 111). A su vez, la historia nos muestra como el avance hacia el modelo francés de asilo y tratamiento internado de las personas enfermas mentalmente, muy de moda en Colombia hasta los años 50's, sirvió para configurar lo que posteriormente se conocería como la salud mental, y la percepción de los seres humanos en particular.

El niño, al igual que el adulto, enferma, no solo a nivel físico, sino que las entidades cuerpo-mente también interactúan recíproca e inseparablemente en él; su psique está comprometida por factores bio-psico-antro-socio-trascendentales que lo unen y lo diferencian con sus pares, sus cuidadores y el contexto particular en el que se desempeñan. Entonces *¿cómo la psiquiatría ha contribuido al aislamiento de los seres humanos?* Para el modelo psicofarmacológico, es necesario comprender las vivencias del individuo desde un déficit, no sólo a nivel biológico, sino relacional y, particularmente, con sus padres o cuidadores primarios; la psiquiatría del siglo XX se centraba en hallar infantes que no tuviesen todas las características descritas por los psicólogos del desarrollo, para estudiarlos, así el niño de la psiquiatría moderna se describía como mentalmente inestable, que necesitaba atención, farmacológica y

psicoterapéutica, y que presentaba padecimientos que no le permitiese actuar favorablemente sobre sí mismo, los demás y el contexto.

El aporte más significativo de la psiquiatría de finales de siglo pasado fue incluir las terapias analíticas, particularmente las de Melanie Klein, al tratamiento de infantes y niños, en un intento por hacerlo más integral y como respuesta a los movimientos anti-psiquiatría de los años 60's y 70's.

Ahora bien, la particularidad de esta comprensión de los seres humanos radica en que es, al igual que la de la psicología del desarrollo de Piaget y Vygotsky, excluye de manera radical a los niños que presentan padecimientos que, hasta finales del siglo pasado, se pensaban solo afectaban a los adolescentes y los adultos, tales casos como los trastornos de personalidad, los trastornos del estado del ánimo o los trastornos de tipo esquizofrénico; esta visión revela las diversas fracturas al interior de las disciplinas que estudian la salud mental, y la falta de criterios claros para el manejo de situaciones particulares, algo así como una ciencia para los pocos capaces de entrar en las medias probabilísticas de las ciencias.

Psicoanálisis.

Entonces *¿cómo escapar de las fracturas? ¿Cómo poder integrar los seres humanos ideales con los del déficit?* Ya desde la invención del psicoanálisis, y con sus desarrollos posteriores, los teóricos tratan de explicar la dualidad de la naturaleza humana. Freud (1905) describía al niño en sus primeros años con una disposición polimorfa perversa, la cual, no sólo los ayudaba a realizar las descargas libidinales necesarias para adaptarse al medio, sino que ayudaban al niño a desempeñar funciones sexuales que más tarde configurarían, bien la enfermedad mental, o bien la adaptación a la vida adulta. Para Freud, el infante permanecía en crisis, lo que le diferencia de los niños de la psicología, reconociendo la adaptabilidad, la

regresión o fijación en uno de los momentos del desarrollo que podía, y probablemente así fue, manifestar trastornos mentales de distintos tipos.

Uno de los aportes más significativos de la teoría y técnica de Melanie Klein (1957), fue la inclusión de los niños en el trabajo terapéutico, a diferencia de Freud, ella enfocaba sus trabajos analíticos en comprender y explicar el modo en el que los seres humanos, específicamente niños y niñas, se desenvolvían en el mundo. Klein (1940) propone un niño escindido, dividido por la necesidad de satisfacer sus necesidades libidinales, por una parte, y por protegerse de los objetos externos, agresores, por otra; a su vez, manifiesta en sus escritos que el niño, dado un desarrollo particular, puede llegar a integrar estas dos posiciones, y en este juego de dividir e integrar se basa la comprensión, o bien de la posición esquizo-paranoide, o la posición depresiva, que son pilares fundamentales para hablar de las comprensiones del psicoanálisis Kleiniano en relación a la concepción particular de los infantes.

Como se ha mencionado anteriormente, el aporte ejemplar del psicoanálisis al estudio de los niños dentro de la academia se basa en una posibilidad integradora que actúa de forma verosímil al desarrollo esperado, por una parte, y a su vez, contempla fehacientemente las diversas posibilidades de las alteraciones que aquejan a la infancia, posibilitando así una comprensión del niño, no de bueno o malo, sino de una naturaleza particular, que le permite desempeñarse en contexto, pero también modificarlo y ser modificado por él, vislumbrando así nuevas posibilidades para el estudio tanto de las nuevas tendencias en el desarrollo infantil, como las nuevas patologías que desarrollan los niños en casos particulares.

A su vez, en mayor o menor medida dependiendo de la escuela o el autor, el psicoanálisis se ha centrado en la relación madre-hijo o cuidador-hijo y sus repercusiones a nivel emocional y comportamental frente al desarrollo de los niños. Esto, haciendo énfasis en que la teoría del apego, como un aporte valioso del psicoanálisis, ha tomado fuerza dentro de la comunidad

académica como una tendencia que posibilita el estudio más íntegro del desarrollo y a su vez de las posibles desadaptaciones del niño a su entorno.

Algunas consideraciones preliminares.

Si bien lo anterior enmarca ya de por sí un problema enorme de investigación, es necesario contemplar otros aspectos relevantes a la hora de elaborar comprensiones sobre los Niños y las Niñas, que representan una tendencia de la modernidad por explicar e integrar el desarrollo del infante, sus posibles patologías con los cuidadores, que, en un supuesto, serán las personas encargadas de dirigir en primera instancia los esquemas yoicos del niño y así procurar una adaptación, o no, al entorno.

La teoría del apego, es retomada como una tendencia en el estudio y la comprensión del comportamiento infantil, relacionada directa e íntimamente con la interacción con sus cuidadores, es un conjunto de supuestos enunciados por el psicoanalista inglés Jhon Bowlby (1907 – 1990), el cual describía que algunos tipos de relaciones cuidador-niño desempeñan funciones vitales al momento del desarrollo, y que en resumen, ayudan a configurar los esquemas de comportamiento de los futuros adolescentes y adultos.

Son muchos los estudios que han surgido a partir del apego (Camps-Pons, Castillo-Garayoa, y Cifre, 2014; Loinaz y Echeburúa, 2012; Yaakobi y Goldenberg, 2014, entre los más recientes), pero siempre enfocados al desarrollo de patologías en la adolescencia o en la adultez del niño, o bien en las dificultades adaptativas de la madre, esto se debe a la herencia, ya discutida, que se tiene sobre el desarrollo psíquico y que, en aras de contemplar la media poblacional, discuten frente a los tipos de trastornos que se pueden evaluar o no en la infancia.

Aunado a lo anterior, es importante reconocer que, si bien es cierto que los niños no desarrollan todos los trastornos de la adolescencia o la edad adulta, es importante aclarar que en

ellos si se manifiestan formas incipientes de los mismos, tal es el caso de los trastornos por alimentación, el trastorno obsesivo-compulsivo y en mayor medida la depresión.

La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración (Organización Mundial de la Salud, 2014), es un trastorno frecuente que afecta a más de 350 millones de personas alrededor del mundo, siendo esta la principal causa mundial de discapacidad y contribuye de forma muy importante a la tasa mundial de morbilidad, afecta más a la mujer que al hombre y en el peor de los casos, la depresión puede llevar al suicidio (Organización Mundial de la Salud, 2012a).

Así mismo, la depresión, según la OMS (2012), para el año 2018, será uno de los dos motivos de consulta más frecuentes en los servicios de salud, junto con las enfermedades cardiovasculares.

Con lo anterior, y centrando nuestra atención en el contexto colombiano, la Encuesta Nacional de Salud Mental realizada en el año 2015 por el ministerio de salud y protección social revela que solo 3 de cada 10 colombianos reconocen la tristeza (en expresiones cotidianas, expresiones faciales o manifestaciones latentes) (Correa, 2015), así mismo, la encuesta revela que el 6.6 % de los adolescentes entrevistados han tenido ideas suicidas y el 37.6 % de los mismos han intentado quitarse la vida (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015) lo cual, teniendo en cuenta que en esta cohorte de edad, los trastornos del estado del ánimo, los trastornos de la ansiedad y los trastornos por consumo de sustancias están relacionados con ese fenómeno.

Con el llamado de atención de la OMS, y con las percepciones actuales a nivel intra-teórico de las ciencias que trabajan la salud mental, es importante centrar nuestra atención en las relaciones que pueden surgir a nivel emocional, cognitivo y comportamental, así como a nivel de

individuos y comunidades, acerca de los orígenes de la depresión, su desarrollo y posible comorbilidad con otros aspectos, que, para efectos de delimitación, será los postulados conceptuales de la teoría del apego.

Entonces, y con base en lo anterior, surge como pregunta central de investigación: *¿Cómo se comprende, desde la teoría psicoanalítica y desde la teoría del apego las relaciones existentes entre las depresiones, su origen y terapéutica?*

Justificación

El presente ejercicio investigativo pretende aportar comprensiones conceptuales acerca de la relación que existe entre la depresión, enmarcado en un trabajo descriptivo desde una perspectiva psicoanalítica que permita, desde concepciones epistemológicas y paradigmáticas, establecer posibles causas, desarrollos y co-morbilidades con otro tipo de trastornos y su relación (o relaciones) con la teoría del apego.

A sí mismo, es importante desarrollar marcos conceptuales, como el que se pretende con este ejercicio, para realizar comprensiones más amplias y enriquecedoras acerca de los temas de salud mental infantil, enfermedad mental infantil y sus posibles consecuencias e implicaciones contextuales, relacionales e individuales. Con ello, se busca incentivar el estudio y desarrollo de nuevos tipos de intervenciones, desde una perspectiva psicoanalítica, que permitan un desarrollo esperado de la enfermedad y que ayuden a los niños, niñas, adolescentes e incluso a adultos, a adaptarse, no sólo a sus condiciones actuales, fruto de sus situaciones más tempranas, sino que también les permitan acoplar dicha enfermedad a sus necesidades, potencializando los recursos que con ella puedan llegar, para poder trabajar después en los aspectos más relevantes de la misma.

A su vez, este ejercicio investigativo servirá para afianzar y consolidar todo un proceso formativo, con un fuerte énfasis en la formación humanista integral, la cual, indisolublemente trae consigo un modelo investigativo ético, comprometido con la ciencia y con las personas que se benefician de ella, para poder llevar al contexto colombiano las herramientas necesarias para trabajar problemáticas actuales y que permitan establecer modelos interventivos eficientes y eficaces para aportar, desde la academia un grano de progreso en cuanto al bienestar mental.

Es importante resaltar la pertinencia contextual de esta revisión teórica y construcción contextual, ya que desde que existe la depresión se ha tratado de evadirla, por lo tanto, se estigmatiza a la persona que padece este trastorno. Los diferentes contextos, en especial en Colombia, se han encargado de generar diferentes estrategias de tratamiento de las personas con depresión, pero olvidando su génesis, su desarrollo y en la mayoría de los casos, acordando sólo un tratamiento ya sea médico, o terapéutico, volviendo así al error excluyente de las ciencias de la salud mental.

Para el presente ejercicio es interesante abordar la temática desde una óptica integral, que reconozca los diferentes cambios a través del tiempo y de contexto de la depresión, así como sus relaciones con los tipos de apego que varían dependiendo del tiempo, el acompañamiento familiar e incluso de factores prenatales, con lo cual se espera construir una propuesta conceptual que favorezca, más adelante y a futuros estudios, unas propuestas interventivas eficientes, con valor contextual, ético y responsable con la académica, que tenga una base científica y epistemológica sólida para poder responder adecuadamente a las exigencias del contexto.

Objetivos

Objetivo General

Analizar desde la teoría psicoanalítica y desde la teoría del apego, las comprensiones y las relaciones existentes entre las depresiones, su origen y terapéutica, con el fin de enriquecer las reflexiones que subyacen el quehacer psicológico frente a un fenómeno que atenta contra la salud mental de la humanidad.

Objetivos Específicos

- Describir las comprensiones que se han dado a nivel histórico y contextual sobre las depresiones y el apego.
- Reflexionar sobre la relevancia e impacto que tendrá, en el ejercicio psicológico el estudio de las depresiones.

Marco de Referencia

Marco Epistemológico y Paradigmático

Como en todos los estudios rigurosos y sistemáticos, la historia de las formas de conocer los fenómenos psicológicos se remonta a los orígenes de sus técnicas y las controversias que generaron, durante y después de su tiempo; no es distinto para la teoría psicoanalítica, en palabras de Herrera (2013)

“El modelo epistemológico dominante hasta principios del siglo XIX encontró oposición en un modelo alternativo emergente que reivindicaba un objeto y un método esencialmente distintos. Las ciencias del espíritu (Geisteswissenschaften) optaban por comprender (verstehen) – esto es, captar un hecho en su singularidad-, en vez de explicar

(erklären) –o reaccionar hechos singulares con una ley general-, que era lo propio de las ciencias naturales (Naturwissenschaften)” (pág. 36).

Ya que para Freud en un primer momento, el psicoanálisis, por método y objeto de conocimiento, pertenecía a las ciencias naturales, en la clasificación de Habbermas (1982) a las ciencias con un interés predictivo y de control; al principio, el psicoanálisis freudiano se enfrentó al dualismo imperante, pero esto a Freud no pareció interesarle mucho, para él, no hubo duda en aquel momento, no hay otra ciencia que la natural y el psicoanálisis era para él precisamente eso, una ciencia cuya racionalidad no podía ser sino explicativa (Herrera, 2013).

Este interés de Freud por incluir su ciencia dentro de las “ciencias duras” viene de dos razones muy importantes pertenecientes a la época victoriana, la primera de ellas es que Freud, con formación de fisiólogo, buscaba la relación de los aspectos fisiológicos con los fenómenos de la psique humana para lograr una explicación completa que permitiera ampliar la visión causalista – mecanicista de la época. En un segundo momento, Freud, indirectamente fundamentó una línea de trabajo en relación a los estudios de tipo explicativo que busca relacionar los fenómenos psicológicos con factores fisiológicos y genéticos, que aún hoy en día se mantiene como una tendencia fuerte en el estudio del ámbito psíquico.

Para los estudios de la depresión es necesario encontrar relaciones que sean multicausales, no sólo relacional, familiar o individual, por lo tanto, este tipo de dinámicas explicativas fueron heredadas y modificadas, haciendo de esto todo un paradigma, que en palabras de (Vasco, 1996) se trata de superar la mera descripción para llegar a una explicación que permita predecir lo que va a pasar para poderlo controlar si es posible (pág. 17); así estudios como los de Guadarrama, Escobar, y Zhang, (2006); Navinés, Gómez, Catalán, y Gastó, (2001); y Silva, (2002); son muestra de esa tendencia explicativa en lo que corresponde al estudio de los fenómenos psíquicos desde una base fisiológica.

Después de cruzar por las inciertas aguas del escepticismo de la academia, el psicoanálisis entró, también con Freud y con su extraña habilidad de autocriticar su trabajo y de aceptar que ideas nuevas podían nutrir más los soportes científicos, en una etapa de mediación, a Freud le pareció que una de las misiones del psicoanálisis era la de servir de puente entre las ciencias de la naturaleza y las ciencias del espíritu, lo cual se equiparaba a ser el vínculo entre dos continentes epistémicos sin estar – al mismo tiempo – en posición de servir a dos amos (Herrera, 2013, págs. 41 - 42).

La construcción de puentes entre las ciencias naturales y sociales es un objetivo loable, pero los puentes que no se sostienen no deben ser construidos (Grünbaum, 2012, pág. 139) en tanto se puede perder de vista la esencia misma del fenómeno, ya que el método, cosa extraña, permea la misma naturaleza del fenómeno, al respecto Paul Ricoeur nos dice

“La psicología es una ciencia observacional que debe hacer frente a los hechos de la conducta; el psicoanálisis es una ciencia exegética (interpretativa) que debe tratar con las relaciones de significado entre objetos sustitutivos (es decir, síntomas) y los primordiales (y perdidos) objetos pulsionales (es decir, reprime los deseos instintivos)”
(Citado en Grünbaum, 2012, pág. 140).

Fernández (1999) afirma que la diferenciación entre las ciencias naturales y las ciencias culturales e históricas se remonta al siglo XVIII con Juan Bautista Vico quien afirmaba que las observaciones históricas son esencialmente irrepetibles, son acontecimientos singulares, mientras que las observaciones de las ciencias naturales son impersonales y presentan configuraciones recurrentes (pág. 6), a su vez, Habbermas (1982) cuestionó la posición inicial de Freud al considerar el psicoanálisis como una ciencia natural, ya que decía que este mismo unía la hermenéutica con realizaciones que parecían exclusivas de las *Naturwissenschaften*.

Obviamente, el estatuto de ciencia de la psicología ha tomado muchos matices, variándola, enriqueciéndola y dotándola de un “status” dentro de la academia, lo cual no será discusión de este apartado, pero, en tanto se ha dividido la opinión de los académicos en cuanto a el estatuto de ciencia del psicoanálisis cabe aclarar que en psicoanálisis es conveniente hablar de una “*Teoría especial del psicoanálisis*”, más directamente ligada a la práctica de una “*Teoría general del psicoanálisis*”, menos directamente ligada a dicha práctica técnica. El conjunto *práctica* (la cura psicoanalítica) –*técnica* (el método de cura) –*teoría* es formalmente la estructura de toda disciplina científica. Por eso podemos afirmar que *formalmente* el psicoanálisis está estructurado como una ciencia (Rapaport, 1967, pág. 67).

De aquí que el psicoanálisis comience una transformación ulterior y casi sin percepción, puesto que siempre ha estudiado los fenómenos individuales de la psique humana de forma genética, ya que toda conducta humana es parte de una serie genética, por consiguiente, puede y debe ser estudiada desde los momentos más rudimentarios hasta los actuales, en sus momentos de desarrollo y maduración, para encontrarle una comprensión más amplia (Tizón, 1976, pág. 165); lo que lo lleva a ampliar la visión y buscar una práctica personal y social dentro del contexto histórico que vive, así el interés de la ciencia psicoanalítica, que en sus inicios era de predecir y controlar (volviendo a Habermas), cambia para poder comprender más profundamente las situaciones para orientar las diferentes prácticas humanas (individual, pareja, grupo, social, etc.) dentro de un proceso histórico particular, esto sería un interés de ubicación y orientación, como la búsqueda de un sentido dentro del contexto a dicho fenómeno (Vasco, 1996). Desde aquí se comienza una fundamentación conceptual que no sólo adopta Freud para el avance de la ciencia psicoanalítica, sino que regresan al uso de métodos interpretativos, partiendo de un determinismo natural, y a la vez, de la aceptación de la subjetividad como un elemento constitutivo del individuo (Avances curriculares N° 1, 2003).

Paul Ricoeur comprende al psicoanálisis como una ciencia interpretativa, afirmando que el psicoanálisis no es una ciencia de observación, sino es una interpretación más comparable con la historia a nivel contextual, que se trata de una comprensión histórica y no causal-natural ya que no trata de cumplir la exigencia epistemológica de entregar un material compuesto por casos clínicos observados por investigadores independientes, sino que presenta en sí mismo un materia que se enlaza secuencialmente y ayuda a comprender las similitudes de dichos casos (1975).

Ahora bien, Freud (1923) argumenta: “ el supuesto de que existen procesos anímicos inconscientes; la admisión de la doctrina de la resistencia y la represión; la apreciación de la sexualidad y del complejo de Edipo: he ahí los principales contenido del psicoanálisis y las bases de su teoría, y quien no pueda admitirlos todos no debería contarse dentro de los psicoanalistas.” (pág. 237) lo cual nos dará luces, en este trabajo documental, para poder guiar nuestro quehacer metodológico y paradigmático, como se expondrá más adelante.

Marco Disciplinar

Depresiones.

La idea central de este apartado es, si bien esclarecer desde una perspectiva disciplinar, las diferentes concepciones que se pueden llegar a dar dentro de la ciencia psicológica en lo relacionado a *las depresiones* es importante tener en cuenta aspectos históricos y técnicos y comprender, de una vez, por qué hablar de *las depresiones* en plural y el cómo esto es importante para el estudio como tal.

Benzión Winograd (2005) enuncia que la polisemia del término depresión puede (y debe) alcanzar grados intensos y extensos en lo que corresponde al estudio de dicho fenómeno. El cual puede presentar diferentes extensiones y caracterizar distintas estructuras psicopatológicas, debido a su grado de extensión, tanto a nivel científico como en la cotidianidad (expresiones del

tipo “estoy deprimido” o “ésta persona sufre de una depresión”, “padece de un trastorno maniaco-depresivo”, presenta núcleos depresivos, “tiene ansiedades depresivas”, etc.)

Ahora bien, si estudiamos los fenómenos desde su raíz histórica, desde los ejemplos y los contextos que los formaron, nos será más sencillo comprenderlos y explicarlos a la luz de nuestras cosmovisiones. Por lo tanto, remitirnos a la historia nos dará, sin lugar a dudas, la mitad del estudio en cuestión, es por eso que a continuación, a manera de un esbozo más bien breve, retomaremos de la mano de Stanley W. Jackson (1986) y otros autores clásicos, la historia de las depresiones y la melancolía.

Un Poco de Historia.

Como es bien sabido ya dentro de la academia, el estudio y la conceptualización de la depresión data de la antigua Grecia con los tratados de Hipócrates sobre la salud en general, en donde ésta, bien sea aclarado, era llamada en su momento melancolía. Siguiendo a Jackson (1986) podemos decir que los conceptos de melancolía y depresión, y junto a ellos todos lo que se relacionan, históricamente se han referido durante más de dos milenios a toda una serie de estados de aflicción, en muchos casos enfermedad, estados conflictivos sumamente graves y duraderos como para pensarlos en términos clínicos; en otros casos podía indicar un estado emocional de cierta duración, posiblemente molesto al que las personas no estaban acostumbradas, pero que no podía ser considerado como algo patológico; a su vez podía ser un carácter o temperamento o tan sólo una forma de sentir de duración relativamente corta (pág. 15).

Ahora bien, la *Melancholia* era la transliteración latina del griego μελαγχολία, la cual en la Grecia clásica significaba un desorden mental que implicaba un prolongado estado de miedo y depresión (Jackson, 1986, pág. 16). Algunas veces solo indicaba “bibliosidad” y, a su vez con todos los conceptos relacionados, se usaba comúnmente para denotar una conducta loca o

nerviosa (Hipócrates, 1849). Con Hipócrates de Cos (460 a.C – 370 a.C) llegan también la aparición del concepto de μέλαινα χολε (*melaina chole*), traducido al latín como *atra bilis* y a las lenguas vernáculas como *bilis negra*, la cual era uno de los cuatro humores de su teoría humoral y hasta el renacimiento se pensaba que era el factor fundamental de la melancolía. (Jackson, 1986, pág. 16). Así, muchas de las formas de la melancolía y muchos de los parientes que con ella surgirían a lo largo de los años, comenzaron a surgir en las lenguas vernáculas, como el inglés, a finales del siglo VI, con cambios muy sutiles y casi igual en su fonética y significado; términos como *melancolye*, *melancoli*, *malencolie*, *melancholie* y otros muchos surgieron como sinónimos del concepto de Hipócrates.

Parte de la terapéutica y tratamiento médico que se llevaba a cabo para mejorar, o incluso curar, la melancolía y sus síntomas fueron tomados de diferentes autores como Hipócrates, Aristóteles, Celso, Sorano de Éfeso y, más notablemente y con un gran impacto en la medicina medieval europea y árabe, Rufo de Éfeso y Galeno; para quienes la *Melancholia* podía ser tratada como una enfermedad física o mental. La parte física se podía tratar con purgas, expulsiones, secreciones de sudor y vómitos controlados; una alimentación básica sin muchas carnes y poco vino, ejercicio moderado y, puesto que se creía que la *Melancholia* conducía al desánimo y al preferir un aislamiento de los otros, el coito figura, casi transversalmente a todo estos autores, como un tratamiento efectivo para la cura, porque en palabras de Rufo de Éfeso “...el coito es el mejor remedio de todos contra la melancolía porque hace desaparecer las ideas fijas del alma y tranquiliza las pasiones.” (de Éfeso, 1879). La diferencia radicaba en la concepción de la enfermedad, su origen y la evolución que esta podía tener, así mismo como los tratamientos que podían recetarse para, bien quitar los síntomas o para curar la enfermedad como tal.

La parte mental, psicológica para nosotros, era tratada con música alegre, el evitar pensar y leer sobre cosas que den una visión teórica de la vida, tal como se retoma de los textos árabes

de Ishaq ibn Imran que trabajó en el siglo X y provenía de la ciudad de Bagdad, el cual afirmaba que: "...caerán en la melancolía todos aquellos que se excedan en la lectura de libros de filosofía o de medicina o de lógica, o libros que permitan una visión teórica de todas las cosas..." (Ullman, 1997).

Así, y siguiendo la línea de Jackson (1986) se ven en los autores tres características principales: (1) desde los tiempos hipocráticos hasta el final de la edad media se basó la comprensión de la melancolía, y por ende de los trastornos que hoy llamamos depresivos, en la teoría humoral o de los cuatro humores, descrita por Hipócrates y desarrollada por Aristóteles con los temperamentos y conceptualizada por Galeno. (2) La terapéutica a trabajar se dividía según la etiología de la enfermedad, ya fuera esta física o corporal, teniendo en cuenta agentes internos o externos del cuerpo; o fuese esta mental o espiritual, ya que acaecía en la ψυχή (*psyché*) el origen de dicha enfermedad, como la pérdida de un ser o una posesión amada, o se produjera una descompensación en los ánimos del cuerpo. Por último (3) atribuían a la *Melancholia* síntomas muy similares, que varían poco dependiendo del autor y el periodo en el que se lea. Dichos síntomas abarcan desde una tristeza profunda, la preferencia por lugares oscuros, el aislamiento y la irritabilidad con el contacto social, la poca volitividad y el ensimismamiento, así como el abandono por las actividades de interés y el deterioro de la consciencia cuando estos periodos no son tratados a propósito; así mismo, muchos autores árabes afirman que la persona *melancólica* ve y siente cosas que no le son comunes a otros.

Esta afirmación llevó, ya con la llegada de los monasterios, la secularización y los ejercicios hermenéuticos de los sacerdotes cristianos, a concluir que si bien el origen de dicha enfermedad podía ser física o mental, existía una parte que podía estar influenciada por los espíritus demoniacos que facilitaban inclinación a satisfacer las pasiones por medio de *las ocho tentaciones o malos pensamientos principales* contra los cuales los monjes, y la comunidad en

general, deberían luchar (Jackson, 1986, pág. 68) lo que nos lleva a pensar que en la edad media, por influencia de los cánones de la iglesia, la *acedia*, que figuraba dentro de las ocho, a veces siete, tentaciones o malos pensamientos; era definida como dejadez, fatiga, agotamiento, apatía, angustia, tristeza, abatimiento y pereza o negligencia debido a una atención excesiva a los asuntos terrenos (las pasiones).

Ahora bien, con la introducción de la *Melancholie* en el siglo XVI y *melancholy* a principios del siglo XVII se hicieron comunes en las lenguas vernáculas, como ya se ha mencionado, especialmente en inglés como, sinónimos a *melancholia* para nombrar así la enfermedad, así como a la bilis negra. Con un nuevo ánimo renacentista estos conceptos pasaron a ser de uso popular, ya no para designar un estado de abatimiento y dejación casi patológica, sino que, al igual que sucede hoy en día con los conceptos que definen los estados depresivos, la melancolía paso a designar casi cualquier estado de aflicción, tristeza y desesperación (Jackson, 1986, pág. 17)

El concepto de *depresión* es más bien tardío, y comienza a usarse de manera más bien pausada en la terminología de los estados de aflicción, surgiendo del latín *de* y *premere* (apretar, oprimir), y *deprimere* (empujar hacia abajo), y con los significados que vienen de estos términos latinos de empujar hacia abajo, oprimir, rebajado en categoría o fortuna o sencillamente venido a menos (Jackson, 1986, pág. 17) entro en las lenguas vernáculas aproximadamente en el siglo XVII, en el cual las explicaciones humorales comenzaron a ser reemplazadas por la aparición de la química científica y de los modelos explicativos de las sustancias y materiales del mundo; ya no era únicamente un modelo temperamental sino que se incluían los procesos químicos que posiblemente, y para la época esto era un avance enorme, se gestaban a nivel micro en el cuerpo humano.

Este traslado de los humores a las explicaciones químicas duró poco, ya que, con el movimiento filosófico del mecanicismo, el cual había ido convirtiéndose gradualmente en un rasgo importante de la ciencia del siglo XVII se dio paso a las explicaciones médico-químicas, y, con el aporte de William Harvey (1578 – 1657), la circulación de la sangre, a la ciencia médica, la teoría de los humores paso a ser solo historia. Richard Blackmore (1726) menciona, en los apartados concernientes a la melancolía que algunos de los síntomas de la depresión podrían ser la tristeza profunda y la melancolía o un elevado estado lunático y de distracción. Robert Whytt relaciona la depresión mental con la decadencia del espíritu, la hipocondría (como la conocemos actualmente) y la melancolía (Whytt, 1768), Philippe Pinel da a la expresión *abatemet* (abatimiento) para designar la llamada depresión del espíritu, que consistía en los síntomas más cercanos a la descripción actual de las depresiones, y *habitude d'abattement et de consternation* (hábito de desánimo y desaliento), para hablar de la depresión y el desánimo habituales, más cercanos a los síntomas melancólicos (1809).

Así mismo, ese mismo año, Jhon Haslam (1809) se refería a los pacientes con dichos síntomas como aquellos que están bajo la influencia de pasiones depresivas y Samuel Tuke reunía dentro de la melancolía a todos los casos en que el desorden está marcado principalmente por la depresión de la mente y las ideas que la rondan (1813).

Con lo anterior, damos cuenta que el siglo XIX vio una evolución de las conceptualizaciones y un uso lento y continuo del término *depresión* el cual adquirió un estatus para designar a las personas bajas de espíritu, y melancólicas, en el sentido médico y cotidiano; lo que ayudó a que su uso a nivel de la psiquiatría y la medicina fuese más común con el tiempo, por lo general para denotar, de manera cualitativa y más bien a manera de descripción, los desórdenes melancólicos para denotar los afectos o el humor, por lo cual no habían adquirido hasta el momento la categoría de *diagnóstico*.

Ahora bien, ya entrando en la segunda mitad del siglo XIX los psiquiatras de habla alemana trataron de conceptualizar con más precisión los estados afectivos tan variados que se incluían en la melancolía y, haciendo uso de ese nuevo invento llamado *depresión* trataron de apartar los términos coloquiales de las enfermedades mentales, así Wilhelm Griesinger (1892) introdujo el concepto *Die psychischen Depressionzustände* (estados de depresión mental) como sinónimos para melancolía, dejando así la *depresión* como sinónimo para un estado afectivo y más bien humoral. Ese mismo año Daniel H. Tucke describe la expresión de *mental depression* (depresión mental) como sinónimo de *melancholia*, y definía la *depresión nerviosa* como el concepto que se debe aplicar a veces a una inclinación morbosa o a una melancolía de duración breve (1892).

Pero no fue sino hasta 1915 que el psiquiatra alemán Emil Kraepelin, con la invención de la psiquiatría genética y la psicofarmacología, que introdujo el término de *depressive Wahnsinn* (locura depresiva) para nombrar una de las categorías de la locura, e incluso la *depressive Form* (forma depresiva) como una de las categorías de la *Werrücktheit* (paranoia); pero siguió utilizando el concepto de *melancolía* y sus sinónimos acorde a la época y el de *depresión* para describir un estado de ánimo, así mismo acuñó el término de *locura maniaco-depresiva*.; cabe aclarar que para él las melancolías (las de su época) eran forma de la *psychische Depression* (depresión mental) con lo cual caracterizaba por primera vez la depresión como una macro categoría diagnóstica dentro de la nosología psiquiátrica en Alemania, lo que llevo a que el término se extendiera ampliamente dentro de los contextos clínicos (Kraepelin, 1915).

Con esto evidenciamos que el término *depresión* aparece tardíamente como un complemento más bien irrisorio a *las melancolías*, pero va adquiriendo carácter de diagnóstico y, por qué no, un status dentro de las ciencias naturales que lo hace aparecer como un fenómeno de estudio.

Con la aparición del psicoanálisis (y con él su primer objeto de aparecer en la escena científica como una ciencia natural) se comienzan las conceptualizaciones de Freud sobre la melancolía y sus implicaciones relacionales. Cabe aclarar que, si bien el apartado de historia es más bien breve y no resalta aspectos de la psiquiatría después de 1915, hay que considerar que el foco de trabajo de este escrito es centrar la atención en las conceptualizaciones psicoanalíticas, las cuales serán organizadas de manera cronológica, no por aparición o uso de sus términos, sino por la secuencia como sus autores fueron dando a conocer sus ideas.

S. Freud.

Sigmund Freud trató de elucidar la problemática melancólica, usando el término de acuerdo a su época (la depresión aún no estaba dentro de las comprensiones nosológicas de la ciencia), comparándola con el duelo, el cual concebía como una reacción natural en lo que atañe a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad o un ideal (Freud, 1917, pág. 241), envuelto libidinalmente; dicha energía, para el caso del duelo, es desplazada hacia otro objeto de manera gradual y es así como se lleva a término, a grandes rasgos el duelo.

Freud, en una época más bien temprana para sus trabajos sobre la melancolía, había enviado a Wilhelm Fliess un detallado intento de explicar la melancolía (término bajo el cual él incluía, por lo común, lo que ahora describimos como estados depresivos) en términos puramente neurológicos y al ver que esto no resultó muy fructífero pronto fue remplazado por un enfoque psicológico (Freud, 1895).

Así mismo Freud (1917) afirma que la conjunción de la melancolía y el duelo es válida para su estudio y comparación por el cuadro de síntomas que estos dos presentan, las cuales se subjetivan en lo anímico por una desazón profundamente dolida, una cancelación del interés en el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de toda productividad y, aquí

algo fundamental que es lo que diferencia la melancolía del duelo, una rebaja en el sentimiento de sí (*Ichgefühl*) que se exterioriza en autorreproches y autodenigraciones y se extrema hasta una delirante expectativa de denigraciones (pág. 242) se completa con el insomnio, la repulsa del alimento y un desfallecimiento en extremo asombroso psicológicamente, de la pulsión que comete a todos los seres vivientes a aferrarse a la vida (Ibíd. pág. 244). En el duelo, es el mundo el que se ha hecho pobre y vacío; para el caso de la melancolía, eso es lo que le ocurre al yo mismo (Freud, 1917, pág. 243).

Más adelante Freud dirá que es, debido al mecanismo de identificación con el objeto que no pudo ser receptor de la libido, un proceso de autorreprochar y criticar de manera tajante lo que se ha quedado del objeto en el yo, a manera de cumplir parcialmente el involucramiento libidinal con el mismo, para lo cual se describe el proceso de ligar, más bien de manera fallida, el yo con el objeto. Dirá Freud (1917)

“...que en algún punto hubo una elección de objeto, digamos una ligadura a una persona determinada; por obra de una afrenta real o un desengaño de parte de la persona amada se rompió parcialmente ese vínculo. El resultado, no fue el normal, que habría sido un quite de la libido de ese objeto y su desplazamiento a uno nuevo, sino otro distinto, que para producirse parece tener que cumplir con varias condiciones. La investidura del objeto resultó poco resistente, fue cancelada, pero la libido libre no se desplazó a otro objeto, sino que se retiró sobre el yo, pero ahí no encontró un uso cualquiera, sino que sirvió para establecer una identificación del yo con el objeto resignado. De esta manera hubo de mudarse en una pérdida del yo, y el conflicto entre el yo y la persona amada, en una bipartición entre el yo crítico y el yo alterado por identificación” (pág. 246).

Así, y ligándolo a la teoría explicativa de elecciones de objeto que Freud (1914) vislumbró en *Introducción al Narcisismo*, en la cual se explica más ampliamente el cómo en la

infancia el niño con un yo incipiente se envuelve primero a sí mismo libidinalmente, y luego envuelve a objetos con los cuales se identifica o proyecta aspectos de sí mismo; esto es lo que sucede con la elección antes escrita, el asunto es que, explica el profesor Freud, que la sombra del objeto perdido cayó sobre el yo, quien en lo subsecuente pudo ser juzgado por una instancia particular como un objeto abandonado. Por lo tanto, esa sombra del objeto, esa carga libidinal con la cual se envolvía a la persona amada retorna al yo, pero este no es un yo fáctico, real, sino uno crítico (de ahí los autorreproches) el cual hace que el enfermo externalice todas esas características ya descritas; no es un juicio realmente hacia el paciente, sino hacia el objeto amado que se ha perdido y cuya libido ha retornado al yo pero no se ha podido incorporar, de ahí que detrás de toda sensación y malestar melancólico, para las teorías Freudianas, exista una agresión. Con esto se da la primera aproximación psicogenética de la melancolía (y con ella a algunos estados depresivos de manera general).

Por lo tanto, en la melancolía para Freud había 3 características fundamentales que destacaban en el paciente depresivo, dos de ellas ya mencionadas (la rebaja del sentimiento de sí y el sentimiento de que el yo se ha hecho pobre y vacío); una tercera nos dará, en palabras del autor, la que sería la característica principal de los estados melancólicos, ésta será la falta de vergüenza (o por lo menos la no exteriorización de la misma) en presencia de otros; en el melancólico podría destacarse casi que el rasgo opuesto: una acuciente franqueza que se complace en el desnudamiento de sí mismo (Freud, 1917, pág. 245).

Ahora bien, para Freud era importante al momento de trabajar con estos pacientes que ellos pudieran envolver de nuevo libidinalmente el mundo, y por ende al analista, para poder trabajar analíticamente. Lo curioso es que, en ciertos casos, Freud recomendaba a este tipo de pacientes que asistieran a sesiones de masajes, baños turcos y saunas con el fin de activar mínimamente el cuerpo y por en el aparato psíquico; Viena estaba lleno de estos lugares.

K. Abraham.

Karl Abraham, psicoanalista alemán nacido en la ciudad de Bremen en 1877; fue contemporáneo, colega y alumno de Freud y, para nuestra buena fortuna, entregó algunas propuestas interesantes a Freud sobre el origen y el desarrollo de los trastornos melancólicos, los cuales, para Abraham comenzaban a gestarse en la infancia, específicamente en momento oral del desarrollo (Abraham, 1924a).

Abraham tomó las etapas del desarrollo psicosexual propuestas por Freud y las analizó a la luz de los trastornos mentales, dando como resultado hallazgos significativos en la explicación genética de las enfermedades y el cómo trabajar (técnicamente) con ellas. Para el caso específico de los trastornos depresivos Abraham afirmaba que dentro de la fase oral del desarrollo existían dos momentos, el primero, al que llamó el periodo de succión, estaba caracterizado por ser una fase oral sin dientes, en el cual liga a este acto (el de succión) un nivel de incorporación que no pone fin al objeto mismo (Abraham, 1924b); esta fase tan temprana el niño no distingue entre él y la madre, por lo tanto no existen los objetos externos. El segundo momento está caracterizado por la aparición de la dentadura en el niño, llamado por Abraham sádico-oral, y por la ambivalencia hacia el objeto, ante la facultad de incorporar y destruir por primera vez (Abraham, 1924b); es aquí donde aparece por primera vez la agresión hacia el objeto primario.

Aunque Abraham consideraba que la ambivalencia se aplica del mismo modo a ambos padres, señalaba que todo el caudal de su ira se dirige un última instancia, contra una sola persona: contra el primer objeto amoroso; en la melancolía todo el proceso psíquico se centra en lo principal en torno de la madre (Fernández, 2008), Así mismo Abraham teorizó que en el melancólico existe una regresión a la etapa oral del desarrollo descrita por Freud en donde este dirige hacia su objeto sexual el deseo de incorporarlo, en palabras de Abraham “... *en lo*

profundo de su inconsciente hay una tendencia a devorar y destruir a su objeto” (Abraham, 1916).

Con la capacidad de incorporar y destruir objetos, la agresión se convierte en un mecanismo por el cual el yo se adapta y conoce el mundo, pero esto trae consigo la aparición de la culpa y la ansiedad de reparación. La percepción interna de dicha agresión, aunque sería reprimida, le originaría al paciente sentimientos de insuficiencia que Abraham intuyó que en gran medida favorece la formación de estados depresivos (Fernández, 2008).

Abraham (1911) reconocía dos tipos de estados depresivos, por un lado, la *Depresión Neurótica* considerada así por tener una motivación inconsciente y ser consecuencia de la represión, aparece cuando el paciente tiene que abandonar su objeto sexual sin haber conseguido gratificación, por lo tanto se siente no amado e incapaz de amar. Así está sería una noción más allegada al concepto de *duelo* de Freud, ya que esta *depresión neurótica* llega a feliz fin cuando su causa deja de operar, sea por un cambio real en la situación o por una modificación psicológica de las ideas poco placenteras con las que se enfrenta.

Por otra parte, la *Depresión Psicótica* se desarrollaría de otra forma, aquí la represión de la libido sigue un camino de proyección y se oculta en un conflicto diferente por derivarse de una actitud de la libido en la cual predomina la agresividad que es dirigida contra sí mismo (como lo describió Freud), contra los familiares más cercanos y generalizada después (Abraham, 1911). Esta definición se acerca más a el concepto de *melancolía* trabajado por Freud ya en el periodo 1915 – 1917.

Aquí la terapéutica era muy parecida, se recomendaban baños turcos y saunas, sesiones de masajes que activaran el cuerpo físicamente con el fin de producir una activación positiva dentro del aparato psíquico que le permitiera al paciente volver a envolver libidinalmente al otro, y con ello recobrar la capacidad de la transferencia para así poder iniciar el proceso analítico.

M. Klein.

Con el ánimo de contextualizar brevemente este ícono del psicoanálisis y la resonancia que tuvo y tiene el mismo hasta nuestros días, vale la pena mencionar brevemente que la Melanie Klein nació en Austria en el año 1882, con el nombre de Melanie Reizes, quien después de su matrimonio adoptaría el apellido Klein, fue continuadora del trabajo de Freud, paciente y aprendiz de las ideas de Abraham, hasta su muerte en 1925, y la primera terapeuta en centrar su atención en el trabajo psicoanalítico con niños, lo que la llevó, no solo a conceptualizar un modelo de comprensión de los procesos inconscientes a la luz de los mecanismos que involucraban la pulsión de muerte, sino que además propuso un modelo de desarrollo humano que puso sobre la mesa de la academia nuevas perspectivas frente al desarrollo de los niños y las niñas.

Recapitulando, para Freud, si bien el desarrollo psicosexual no era lineal, presentaba una secuencialidad en lo que respecta a las etapas propuestas por él, esto no implica que para Freud no se pudiera volver a estados anteriores del desarrollo, por el contrario, lo expresa de manera clara y abierta mediante los mecanismos de regresión en muchos de sus escritos, los cuales, recordemos, funcionaban como un intento del yo para volver a una etapa en donde hay más libido y así se permitiera una simbolización de lo que le aqueja. Por otra parte, la propuesta de Klein frente al desarrollo humano implica una circularidad, más que la secuencialidad en Freud, que fluctúa durante toda la vida de los seres humanos, y en mayor o menor medida dependiendo de los mecanismos de adaptación que el niño más utilice, pasa de la posición esquizo-paranoide a la posición depresiva y viceversa, claro está, para Klein también existe la regresión, solo que, dependiendo de los mecanismos que más utilice el yo para adaptarse al medio, despierta una u otra tendencia a las posiciones.

Lo anterior nos es bien significativo, puesto que para el pensamiento Kleiniano es fundamental la idea de que el yo, si bien incipiente y rudimentario en sus mecanismos, existe desde el momento de la concepción, idea que no comparte el pensamiento de Freud, para el cual, al momento del nacimiento el niño sólo posee la estructura de un ello que exige y demanda del medio satisfacción y gratitud, evitando así el pensar los posibles mecanismos de adaptación que utiliza el yo para, si bien conocer el mundo que lo rodea, también, en palabras de Klein, defenderse de los impulsos sádico-orales que lo inundan, y que no le permiten integrar, en un principio, sus objetos en un todo (Klein, 1940).

Ahora bien, Klein parte de los postulados de Abraham sobre la fase sádico-oral y del supuesto que la agresión, si bien es descargada contra el objeto primario (el seno materno) como un intento por devorar y consumir su contenido para poder interiorizar un objeto bueno y gratificador, también es una de las emociones más básicas y necesarias para el desarrollo de la psique humana. En palabras de Joan Rivière, esta agresión es un impulso alentador de la puesta en movimiento de la libido para poder defenderse de las agresiones generales del medio cuando se es pequeño, pero más importante aún esa agresión es necesaria para el buen desarrollo de los mecanismos defensivos y para el buen actuar de una persona saludable, quien, en su intento por adaptarse a los procesos normales del desarrollo, sublima dicha agresión en actos cotidianos haciendo de estos los más significativos y previniendo así el enfermar de la psique (Rivière, 1936). Un ejemplo de lo anterior es la puesta en escena de una pianista que, para no ceder ante los impulsos de odio que conviven en su interior con los de amor (los cuales detallaré más adelante) fruto de una pelea cotidiana con su pareja, compone una melodía con un tempo *prestissimo*, en cuyas notas descarga la agresión contenida dándole así un fin productivo y creador, sin dejar de lado los sentimientos de agresión.

También, Klein retoma de Abraham la concepción de que en un principio el niño introyecta de forma parcial los objetos, los cuales adquieren propiedades benéficas, cuando son gratificadores y dadivosos de bondades que son vivenciadas en el niño como sensaciones corporales; o bien en maléficis cuando dichas sensaciones son frustradoras y le niegan la total o parcial gratificación, ya sea de alimento, calor o incluso atención. A su vez, estos objetos, con el pasar del tiempo pueden ser vivenciados como un todo, no sólo como el que es merecedor de la descarga de agresión, o el que es puesto en el yo como una parte imprescindible, dadora de plenitud y saciedad, sino que se comienza a vivir como un objeto total, en el cual, conviven ambos sentimientos y se ve, ya con el desarrollo físico y psicológico, como un todo que no hace parte del yo; lo que llevó a Abraham a postular el concepto de fantasías inconscientes, que son, como lo menciona Álvarez, los intentos del yo incipiente del niño por dar significado a la experiencia de pérdida del objeto (2012).

Lo anterior impulso a Klein a proponer su teoría de las posiciones, que no son otra cosa que una teoría de la construcción de la personalidad, designan una estructura emocional inconsciente y se caracterizan por la naturaleza de la ansiedad, el conjunto de defensas contra esa ansiedad y una particular relación con el objeto de deseo (Álvarez, 2012); en donde predominaba una consistencia dualista de los instintos de vida y muerte. Estas etapas decisivas en la evolución del niño, y de la influencia fundamental en la vida mental ulterior, comenzaban con la aparición de sentimientos de agresión y de amor frente al objeto que es su madre, basándose en la concepción de que el niño presenta un yo rudimentario al momento de nacer, como ya mencioné, pero también con la capacidad de este yo para utilizar mecanismos de adaptación que le permiten controlar la carga libidinal de las fantasías inconscientes que se presentan a medida que se relaciona con sus objetos (García de la Hoz, 2010).

Así, la relación con el objeto primario del niño se construirá a partir de la escisión (como mecanismo de defensa) de las bondades del seno materno, como dador de gratificación y satisfacción, y de las frustraciones que este genera cuando no está, puesto que para el niño en esta posición, no es posible integrar la imagen de esa persona que es su madre, no existe para él la diferencia entre el yo y el no-yo, la realidad y la fantasía se centran más en la reunión de sensaciones corporales y en las percepciones que denominamos fantasías inconscientes (Grindberg, 1981, pág. 3); con lo cual el mundo interno del niño se puebla de objetos de acuerdo a sus experiencias de placer o displacer, las cuales pueden dar lugar a la aparición de angustias persecutorias y a una disociación del yo, a esta primera propuesta fue lo que Klein denominó la Posición Esquizo – Paranoide, porque existe una ruptura con la realidad concreta al escindir los objetos en buenos y malos, y se manifiesta, como característica fundamental la aparición de la angustia persecutoria (Klein, 1946), la cual se focaliza en la preservación del yo, pero es un yo muy precario, a saber que lo que evita es la desintegración por los mecanismos de disociación o de escisión propios (García de la Hoz, 2010, pág. 156).

Esta angustia persecutoria se manifiesta en un temor a la muerte o la aniquilación de los objetos buenos internalizados, los cuales, debido a que el niño no distingue entre su yo y el no-yo, son vividos como si fueran él mismo, por un lado; y a la posibilidad de que el objeto bueno externo desaparezca o sea completamente devorado debido a las agresiones sádico-orales del niño contra el seno (Klein, 1946) por otro. Así mismo el niño utiliza mecanismos de defensa contra estas angustias específicos de la posición esquizo-paranoide, los cuales, lo adaptan frente a este temor persecutorio y lo preparan para pasar a la siguiente posición. La escisión, como la división de los objetos entre buenos y malos; la proyección de los temores y angustias en los objetos externos (sobre todo en el objeto primario); la introyección de objetos suficientemente bondadosos que le permitan enfrentar las cargas persecutorias; la idealización de dichos objetos

buenos y la identificación proyectiva (como mecanismo fundamental dentro de la teoría kleiniana) para poder poner en el otro angustias paranoides o sentimientos de admiración y gratificación son los mecanismos de defensa que Klein enunció como característicos de la posición esquizo-paranoide, los cuales, si bien son rudimentarios y evolucionan con el tiempo, se mantienen a lo largo del tránsito por dicha posición (García de la Hoz, 2010).

Adicionalmente como lo menciona Álvarez (2012), para aliviar la ansiedad paranoide, el yo rudimentario del niño utiliza dos métodos principales de defensa, la negación de la realidad psíquica, en la cual excluye la realidad externa y es la base para las severas psicosis en el adulto (punto sobre el que volveré más adelante) y la expulsión con la cual el bebé se deshace de sus objetos perseguidores de manera uretral o anal.

A medida que avanza el desarrollo psíquico y emocional del bebé, este se va dando cuenta que los objetos, una vez escindidos en buenos y malos, sólo son dos partes de uno mismo, lo que lo ayuda a percibir los demás objetos como personas totales; dramáticamente siente que lo que antes había separado en bueno y malo no son sino dos partes de un mismo ser, es aquí donde surge la culpa (generada como consecuencia de haber agredido lo que ahora se concibe como un objeto total), los sentimientos de responsabilidad y el deseo de reparación (Grindberg, 1981, pág. 4) lo que genera en el niño ya no el miedo a la aniquilación de sí mismo, sino a la pérdida o el daño de los objetos buenos internalizados, en palabras de Klein “... *el niño coloca el amor y la agresión en un mismo plano, sus sentimientos de amor coexisten con los impulsos agresivos, los cuales tienen el poder de poner en peligro el objeto que lo ha cuidado y que se ha convertido en su objeto bueno.*” (Klein, 1935, pág. 272), a esto fue lo que Klein denominó, a grandes rasgos, la Posición Depresiva, puesto que los sentimientos de culpa por dañar al que ahora es su objeto bueno, llevan a generar mecanismos más elaborados que en los de la Posición Esquizo-Paranoide, permitiéndole así al sujeto reparar el daño hacia el objeto, lo cual va a ser fundamental en el

pensamiento kleiniano, no sólo para la comprensión del desarrollo humano circular que comprende la teoría de las posiciones, sino también para esquematizar la forma como la melancolía (la depresión patológica) se expresa en el individuo.

Si bien los impulsos sádico-orales desencadenan agresiones contra el objeto primario, al momento de la integración esta agresión despierta manifestaciones de un duelo por haber dañado al objeto, lo que lleva a exteriorizar actitudes de depresión (entendida como una integración más realista que la de los objetos buenos y malos, más bien como objetos totales), lo que desinhibe las necesidades de compensar al objeto y guardarlo para sí como algo de admirar, pero al mismo tiempo los impulsos agresivos lo invitan a defenderse de esos aspectos malos, despierta entonces la culpa por tratar de agredir aquello que se ama, lo que lleva al mecanismo más significativo de la posición depresiva, el intento de reparación al objeto.

La angustia depresiva, una más elaborada y más rica a nivel relacional con los objetos ya integrados, está generada por el yo como un intento inconsciente de preservar los objetos buenos interiorizados con los cuales el bebé se identifica como totalidad (García de la Hoz, 2010, pág. 156). Si bien los mecanismos de defensa en la posición depresiva siguen siendo los ya mencionados para la posición paranoide (escisión, proyección, introyección, idealización e identificación proyectiva), los sentimientos de duelo, depresión y culpa activan las defensas maníacas, las cuales reactivan las defensas anteriores pero con una forma nueva y una finalidad distinta: la dominación del objeto; así surgen las fantasías de omnipotencia, las cuales son tentativas de liberarse de un objeto malo tratando de ejercer control y voluntad sobre el mismo; la negación de la realidad psíquica donde la angustia y la preocupación que causa el objeto no existe por la simple negación de la misma y la minimización de la importancia que tienen diversos objetos para el niño; y el control omnipotente del objeto donde no existe ningún peligro de

aniquilación o muerte porque, fantásticamente, todo se tiene bajo control y se es capaz de preverlo todo (García de la Hoz, 2010).

Además de las defensas maníacas, Klein describe otro mecanismo en la posición depresiva que ayuda al yo a posicionarse de una manera más integradora frente a los objetos que introyecta: la reparación, dice García de la Hoz, como mecanismo de defensa es un sentimiento de restauración mediante el cual el niño, a causa de su identificación con el objeto bueno, se dispone a reparar el desastre creado por su sadismo (2010, pág. 158).

Por lo demás se puede decir que si la posición esquizo-paranoide no es superada no se puede desenvolver adecuadamente en la posición depresiva, lo que conduce al reforzamiento de temores persecutorios y a fortificar los puntos de fijación graves que se manifiestan en las psicosis y así mismo, en las perturbaciones menos agudas del desarrollo, los mismos factores influyen intensamente en la elección de la neurosis (Álvarez, 2012), respecto a esto Klein dirá que la esquizofrenia y la psicosis maniaco-depresiva son los extremos del desarrollo temprano no regular (Klein, 1946)

Ahora bien, lo anterior nos puede ilustrar frente a lo que, a grandes brochazos se considera uno de los pilares de la teoría kleiniana, lo cual, junto con los conceptos de envidia y celos, y las propuestas teórico-prácticas en el trabajo analítico con niños abarcan los aportes más significativos de Melanie Klein a la teoría psicoanalítica, lo que por razones de espacio no puedo exponer aquí.

Si bien para Melanie Klein la depresión es un paso esperado en el desarrollo humano, puesto que ella no la vislumbra como una patología, sí se encargó de diferenciar los estados patológicos de los estados esperados en el desarrollo, dando así una comprensión más amplia y generadora de espacios más ricos a nivel terapéutico, retomando las propuestas sobre la melancolía de Freud y Abraham.

Como ya expuse, tanto para Freud como para Abraham la melancolía se desarrollaba a partir de la pérdida de un objeto y a los sentimientos de ambivalencia hacia el mismo por los mecanismos de identificación y debido a que la libido que se había puesto sobre ese objeto regresa a una parte del yo que se critica y se agrede con sentimientos de culpa y tristeza. Para Klein, esta melancolía (la depresión patológica) se desarrolla en la posición esquizo-paranoide a partir del uso excesivo de mecanismos de defensa contra la escisión del yo, puesto que lo que se quiere evitar la desintegración del yo, ya sea por la pérdida real del objeto (como en el caso de Abraham y Freud) o por la dominación del mundo interno del sujeto de los sentimientos de ambivalencia que le genera el tener objetos buenos muy exigentes, los cuales son difíciles de conservar debido a su idealización (se convierten en un ideal del yo); y a los objetos malos muy perseguidores, de los cuales defenderse es muy complicado (Klein, 1946).

Estos sentimientos de ambivalencia generan en el súper del sujeto una severidad que es característica del melancólico (como lo expuso Freud en 1917), con el objetivo de amparar al yo en su lucha contra los objetos malos y los odios incontenibles el melancólico, para Klein siente que el objeto está roto en trozos y que es necesario, unirlos en un todo y, pese a los múltiples intentos del yo por reparar el objeto de sus agresiones y sadismos, esta reparación no es completa y queda latente en la psique como una necesidad no satisfecha, lo que como resultado da el uso excesivo de mecanismos paranoides, sobretodo la escisión, la introyección y la identificación proyectiva (Klein, 1935, 1940).

En síntesis, el pensamiento kleiniano, en materia de depresiones nos ofrece dos perspectivas, por un lado una propuesta circular para el desarrollo humano en donde el sujeto debe integrar los objetos y alcanzar una posición en donde la reparación es la clave para lograr una relación con los objetos de deseo completa, la cual, al llegar a feliz término siempre expone al individuo ante nuevas vicisitudes por lo cual, para Klein, siempre se fluctuará en mayor o

menor medida, dependiendo de los mecanismos que más se hayan afianzado en la infancia, entre lo esquizo-paranoide y lo depresivo (Álvarez, 2012); y por otra parte, una propuesta de aproximación a la melancolía en donde el uso excesivo de mecanismos paranoides y una necesidad de reparación no satisfecha llevan al individuo a generar sentimientos de ambivalencia y perseguidores que lo obligan a auto reprocharse y a escindir una parte de su yo que se siente identificado con la pérdida o la carencia de algunas catexias específicas (Álvarez, 2012).

Ahora bien, Klein decía que al introyectar el objeto como un todo, en síntesis de lo amado y lo odiado, da como resultado los sentimientos de culpa y duelo que indican importantes progresos en la vida emocional e intelectual del niño (1946) y puesto que la depresión, como posición, es la clave para el insight (Juan Guillermo Manrique López, conversación personal, 2 de junio de 2015), ya que es aquella posición la que lleva al paciente a integrar sus objetos escindidos y a la exploración de mecanismos más elaborados en relación a significados, lleva a Klein a plantear si bien no una terapéutica específica para las depresiones (melancolía en su nosología) sí formuló las bases de una técnica para el trabajo con pacientes escindidos.

La idea propuesta por Klein es llevar al paciente a un estado de integración de sus objetos escindidos por medio de la interpretación transferencial de sus angustias (no con la transferencia como en el caso de Freud) puesto que para Klein la proyección era considerada en estos casos como un mecanismo primario y fundamental de seguridad y protección frente al dolor, los ataques y el desamparo que generaba la pérdida de un objeto o parte del mismo (Etchegoyen, 2002).

Aportes Post-Kleinianos.

Si bien es importante considerar las propuestas metodológicas y sistemáticas de cada uno de los autores que a continuación expongo, la idea de incluirlos a todos en el apartado de ideas post-kleinianas es la de tratar unos conceptos que, si bien son diferentes en su contenido y forma,

se basan enteramente en las propuestas dadas por Klein, bien afirmándolas y complementándolas, o, refutándolas y contradiciéndolas. Por cuestiones de espacio, tiempo y, especialmente de delimitación temática, dejaré de lado algunos de los aportes más significativos de los autores post-kleinianos, y me centraré en sus propuestas, teóricas y prácticas, sobre los diferentes tipos de depresión que contemplaron.

R. Spitz.

Nacido en Viena en 1887, este doctor en medicina se interesó por el estudio del psicoanálisis cuando terminó sus estudios en la Universidad de Budapest, donde colaboró con Sandor Ferenczi, y más tarde en los años 1910 y 1911 fue analizado por el profesor Freud con fines didácticos, convirtiéndose así en el primer analista con un análisis de este tipo.

Spitz, quien trabajó principalmente con infantes desde los 0 a los 3 años, realizó una propuesta interesante frente al desarrollo psicológico y de maduración; tomando dos modelos investigativos, por una parte, la observación y la medición de un Índice de Desarrollo mediante test psicométricos, que le permitían evaluar de manera más bien aproximada diferentes aspectos de la vida del infante; y la interpretación y análisis de comportamientos del infante basándose en las herramientas de la ciencia psicoanalítica (Spitz, 1965).

Spitz creía, a diferencia de Melanie Klein, que el niño llegaba al mundo sin un yo, y sin la capacidad de manifestar relaciones objetales desde el principio de la vida, ya que, para él, no era posible que el niño *percibiera* (senso-perceptualmente hablando) los objetos como partes completas, más bien eran un conjunto de rasgos que se unían bajo los principios de la Gestalt (Spitz, 1965, pág. 59).

Así el señor Spitz, siguiendo las propuestas de Anna Freud, propuso un modelo del desarrollo del neonato, el cual subdividió en tres categorías que, consecuentemente deberían ser secuenciales, los cuales representan niveles de creciente complejidad en la estructura psicológica

del individuo y se distinguen por la aparición de un comportamiento afectivo específico (Spitz, 1959, pág. 9). Propuso que al nacer el individuo cuenta con herramientas filogenéticas y del desarrollo psicológico muy rudimentarias, producto de la evolución, a lo cual llamó *equipo congénito* para poder introducir sus conceptos de desarrollo, el cual distinguía del concepto embriológico de maduración, siendo este segundo el cambio y crecimiento, adaptación y modificación del equipo congénito de acuerdo a las características medio ambientales y contextuales del infante, mientras que el primero hace referencia a la evolución psicológica del infante en función de sus relaciones de objeto y sus afectos primarios, así como las múltiples causas de su enfermar psíquico (Íbid, pág. 8).

El primer nivel de desarrollo psicológico, nombrado por Spitz (1959) como *fase de no diferenciación*, comienza con el nacimiento y dura aproximadamente hasta el tercer mes de vida, se caracteriza por la no diferenciación entre el yo y el ello, entre la psique y el soma. Básicamente, para el infante en esta etapa, los estímulos son de naturaleza interna, ya sean causados por necesidades básicas como el hambre o el sueño, o por necesidades ambientales como el frío o la enfermedad; puesto que describe este nivel como pre-objetal o etapa sin objeto. Aquí el comportamiento afectivo que marca el culmen de este nivel es la respuesta de sonrisa del infante, la cual se manifiesta al presentarle un rostro al niño que le sea familiar. Indica que el niño ha pasado de la percepción exclusiva de estímulos internos a percibir estímulos ambientales, a presentar relaciones pre-objetales y la construcción de un yo rudimentario (pág. 11).

El segundo nivel de desarrollo, el cual aparece aproximadamente después del sexto mes y antes del décimo, se caracteriza por el establecimiento de procesos mentales y de objetos verdaderos; fue denominada por Spitz como el nivel precursor del objeto, ya que el infante comienza a reconocer objetos familiares y desconocidos y así mismo reacciona emocionalmente ante ellos; comienza a comprender órdenes y prohibiciones y se hace cada vez más consciente del

uso del espacio y la locomoción más allá de la cuna y otros espacios habituales, pero lo más significativo en este periodo es el uso de herramientas sencillas, algo que él denominó “el uso de una cosa para hacer otra” el cual es el comportamiento emocional que marca el cambio al siguiente nivel de desarrollo (Spitz, 1959, pág. 24).

El último nivel de desarrollo psicológico del neonato, es el nivel del objeto libidinal propiamente dicho, se manifiesta aproximadamente al segundo año de vida y se caracteriza por la adquisición del habla, ya que durante los primeros 18 meses de vida el niño utiliza “palabras” globales para comunicarse, pero no es sino hasta después que adquiere el habla en el sentido adulto, lo que le permite adquirir funciones complejas para así enriquecer sus relaciones de objeto (Spitz, 1959, pág. 29).

Ahora bien, cabe decir que, en el primer nivel, la mayor parte del proceso de desarrollo es maduracional (es decir biológico); en cambio en el segundo nivel la mayor parte del proceso es de desarrollo psicológico, por lo tanto se es más vulnerable, no solo por la necesidad de formación de un yo en funcionamiento, sino porque es aquí en donde se pueden manifestar las expresiones patológicas, las cuales, por cuestiones de espacio no podré mencionar ni exponer, ya que centraré mi atención en las expresiones infantiles de las depresiones como la depresión anaclítica y el hospitalismo.

La Privación Emocional Parcial, o depresión anaclítica, fue conceptualizada por el señor Spitz para describir una sintomatología infantil poco común a esa época, observada en infantes de 6 meses en promedio, a los cuales, por una u otra razón sus madres tuvieron que abandonarlos de manera total en centros de cuidado para niños. Cabe aclarar que para que esta patología se presentara el infante y su madre debían tener *buenas relaciones emocionales* (Spitz, 1965, pág. 204). Dicha patología se asemeja mucho a la depresión en adultos, sin embargo, desde el punto de vista estructural y dinámico, a depresión en el adulto y el infante no son comparables, sino

diferentes por completo ya que la depresión en el adulto es el predicado de un súper yo de crueldad sádica, bajo cuya implacable persecución el yo se derrumba (Spitz, 1965, pág. 202), y no existe nada comparable en el infante, puesto que en esta etapa, los precursores del yo no pueden ser aún discernidos en ella ni en semejanzas a nivel nosológico (Íbid, pág. 203).

Los síntomas que describe Spitz en sus observaciones (1946) son detallados de acuerdo a sus observaciones mes a mes después del abandono por parte de la madre. En el primer mes los niños se vuelven llorones, exigentes y tienden a asirse al observador o a algún cuidador, cuando éste logra hacer contacto con ellos. Al segundo mes de separación el lloriqueo muchas veces se convierte en gemidos, comienza la pérdida de peso notable y hay una detención en el Índice de Desarrollo. Al tercer mes los infantes se niegan al contacto, yacen postrados en sus camitas la mayor parte del tiempo, casi siempre boca abajo (indicio patognomónico), inicia el insomnio, prosigue la pérdida de peso así como la tendencia a adquirir enfermedades interrecurrentes, el retraso motor se generaliza y se inicia la rigidez facial.

Ya después del tercer mes, dicha rigidez en las expresiones faciales queda establecida; los lloriqueos cesan, siendo remplazados por gemidos. El retraso motor se acrecienta y es reemplazado por letargo y falta de motivación (Spitz, 1946).

Ahora bien, Spitz denominó a la Privación Emocional Parcial como depresión anaclítica debido a que lo anaclítico hace referencia a apoyarse contra o sobre algo, ya lo decía Freud en 1914 “las primeras relaciones auto-eróticas se experimentan en relación con las funciones vitales que sirven a las finalidades de la auto-conservación” para lo cual Spitz complementa que “la elección anaclítica del objeto está determinada por la dependencia original del infante con respecto a la persona que le alimenta, protege y cría. Freud afirma que, al principio, el impulso se despliega anaclíticamente, es decir, apoyándose en una satisfacción de la necesidad esencial para la supervivencia” (Spitz, 1957, pág. 95).

Esté síndrome anteriormente descrito llegaba a su fin cuando al niño, al cabo de 3 a 5 meses de separación su objeto amoroso volvía a él, momento en el cual el niño se mostraba más apegado, alegre e incluso más agresivo con los objetos que lo circundan, es aquí cuando tiende a agredir (morder, halar, rasgar, arrugar, etc.) los objetos, e incluso personas, que tenga en frente, como resultado de poder descargar la energía libidinal contenida durante el proceso de separación con su objeto amoroso (Íbid, pág. 99).

Pero ¿qué sucede cuando el objeto amoroso no retorna? Spitz propuso, para este nuevo cuadro sindrómico el término de *hospitalismo*, el cual era una forma más profunda y avanzada de depresión anaclítica, en la cual, se presentaba una separación, evidentemente de sus objetos primarios, a lo que seguía la consecución rápida y secuencial de los síntomas descritos anteriormente, pero al llegar al tercer mes de separación los infantes presentaban un nuevo cuadro clínico: el retraso motor se hacía evidente por completo; los niños se tornaban pasivos por completo, yaciendo postrados bocarriba en sus camitas; el rostro se tornaba inexpresivo, la coordinación ocular era defectuosa y la expresión casi siempre de imbecilidad (Spitz, 1945). Cuando, pasado un tiempo, reaparecía el movimiento, este se manifestaba en forma de cabeceos espasmódicos en algunos niños, mientras en otros se mostraba en movimientos digitales extraños (Íbid. pág. 68).

Las cifras de mortalidad en los centros que fueron escenarios de las observaciones de Spitz mostraron un aumento considerable el cual fue relacionado con el hospitalismo, y en menor medida con la depresión anaclítica (Spitz, 1965). El tratamiento para estos síndromes era sencillo, devolver, en la medida de lo posible, el objeto libidinal al niño, o, si no era posible, reemplazarlo con un cuidador que pudiese suplir los cuidados y afectos que el niño debería tener y que por carencia de los mismos se desencadenaron dichos síntomas.

D. W. Winnicott.

Donald Woods Winnicott, doctor médico especializado en pediatría, desarrolló sus ideas a partir de las supervisiones que tuvo con Melanie Klein, en 1927, cuando ingresa a la Sociedad Británica de Psicoanálisis; así mismo se analizó con James Strachey y luego con Joan Rivière, con quienes compartió durante estos periodos sus ideas, aún incipientes sobre el desarrollo del infante.

Dada su amplia experiencia clínica con infantes como pediatra, centró su atención en ampliar un modelo de desarrollo humano basándose en las observaciones que realizó de la diada madre-hijo y en cómo el ambiente familiar desempeñaba, si bien no un papel principal, una gran influencia dentro de las múltiples posibilidades de dicho desarrollo.

Winnicott (1965) creía que en el infante existía una tendencia innata al desarrollo, correspondiente al crecimiento del cuerpo y al desarrollo gradual de las funciones (pág. 16); dicho desarrollo dependía entonces de varios factores, intrínsecos y contextuales, que podían facilitar o dificultar la tarea de ser estudiados. El niño, dice Winnicott (1957), en estado natural y de desarrollo normal, depende enteramente de su madre en los primeros momentos de su vida, lo que lo llevó a estudiar los fenómenos y acontecimientos que significan ésta etapa; concretamente en el cuidado materno y sus consecuencias en la vida anímica y relacional del niño.

Como tal, Winnicott centró su atención en la población infantil, la cual, al encontrarse en una etapa pre-verbal, anterior a la imagen mental de las palabras y al empleo de símbolos verbales, depende enteramente del cuidado materno; cuidado que se basa más en la identificación emocional por parte de la madre que en la comprensión de lo que se expresa o podría expresarse verbalmente (1960, pág. 45). Así, el principal objetivo en el desarrollo, para Winnicott era lograr la dependencia emocional del niño, mediante la construcción de objetos internos que suplieran, en cierta medida, la función de la madre en sus momentos de ausencia, lo cual le ayudaría a

madurar psicológicamente, haciéndolo comprender que existían otros, o como él los denominó, objetos “no-yo” (Winnicott, 1963). Para Winnicott, existían tres categorías dentro de las cuales, de manera lineal, se podía comprender el proceso de transición de la dependencia a la independencia, la dependencia absoluta, la dependencia relativa y hacia el desarrollo de la independencia (Ibíd. pág. 101).

La dependencia absoluta, que es el momento más rudimentario en la formación del yo de la criatura, la cual, depende por completo de la provisión física de la madre viva, ya sea desde el vientre o por medio de todos los cuidados que presta al hijo una vez este ha nacido. Aquí el niño es a la vez dependiente e independiente, puesto que, por una parte, está todo lo que el infante hereda filogenéticamente hablando, incluyendo los procesos de maduración y en cierto modo algunas tendencias patológicas; y por otra parte, estos procesos de maduración dependen en gran medida de la provisión ambiental, que es dada, como se sabe, por la capacidad de la madre de entregarse a la tarea de ser eso, madre, recurriendo a posibles apoyos medioambientales como su marido y otros familiares cercanos (Ibíd. pág. 102). Es así como el niño en un primer momento necesita de todos los facilitadores externos para poder concretar un yo rudimentario que le permita dar el siguiente paso en su proceso de maduración.

La dependencia relativa, como es de esperar en la evolución de los estadios rudimentarios en el desarrollo del infante, llega con la capacidad de la comprensión intelectual del niño, la cual se desarrolla como una gran extensión de procesos simples, como lo son los reflejos condicionados (Ibíd. pág. 104). Si bien en esta etapa el niño, neurológicamente hablando, está más maduro y posee estructuras corpóreas más complejas que le permiten un mayor desenvolvimiento del mundo, la presencia de la madre sigue siendo necesaria, hasta el punto en el que el niño de algún modo, empieza a ser consciente de su dependencia hacia la madre, lo que le permite si bien, desarrollar ciertas tareas de manera independiente (alcanzar una manta, morder

juguets, y más importante aún, esperar en ausencia de la madre por un periodo de tiempo considerable), se hace necesaria la intervención de la madre para poder ejecutar las acciones deseadas, lo que caracteriza a esta fase como el comienzo de la diferenciación entre el yo y el no-yo.

La última fase, la del desarrollo hacia la independencia, el niño se va viendo, poco a poco, capacitado para enfrentarse a un mundo y todas sus complejidades ya que cada vez más las cosas se hallan presentes en su propia personalidad, lo que le permite establecer claramente las diferencias entre él y los objetos que lo rodean, haciendo uso de ellos para suplir sus necesidades y cooperando con ellos para cumplir tareas que le sean necesarias (Ibíd. pág. 109), lo cual establece claramente un proceso que lo ayuda a dar los primeros pasos fuera de la infancia (como etapa pre-verbal) lo que ayuda a consolidar, en palabras de Winnicott, el principal rasgo de este periodo: la integración (1960).

Así surge entonces la atención hacia el otro actor importante en la relación principal del desarrollo del infante, la madre, la cual, para Winnicott, debía tener una disposición y una capacidad de despojarse de todos sus intereses personales y concentrarlos en el bebé, a lo cual llamó preocupación materna primaria (Winnicott, 1965). Este abandono de los intereses por parte de la madre la prepara para poder colocar toda su energía libidinal en el proceso de cuidadora y protectora, lo cual le permitiría al niño desenvolverse libremente y, en cierto sentido, tomar prestados aspectos de la madre para construir su propio yo. Cuando se genera un cuidado patológico dentro de la diada por parte de la madre, el niño no se detalla en forma personal, se estanca en la fase de dependencia relativa y desarrolla una serie de reacciones frente a estas fallas ambientales, por lo tanto no existe una diferenciación entre el yo y el no-yo (Winnicott, 1965, pág. 32), fenómeno al que llamó el falso self. Por otra parte, cuando la madre se presta a las necesidades del niño, es capaz de frustrarlo gradualmente para diferenciar el yo del no-yo y de

ausentarse adecuadamente para que este desarrolle una independencia verdadera y personal; cuando cumple satisfactoriamente su rol como madre, podríamos decir, presta su yo a la integración del yo del bebé, lo cual le permite desarrollar un yo propio a partir del yo materno y encaminarse hacia la independencia, es decir, desarrolla un yo verdadero (Ibíd. pág. 33).

Cuando el rol maternal descrito más arriba se materializa en la relación, podemos afirmar que la madre es suficientemente buena (Winnicott, 1960), pero no es este hecho lo que simboliza el buen desarrollo del rol de madre, sino el cumplimiento de las funciones maternas que Winnicott describió en 1965, como bases para el desarrollo de la buena relación madre-lactante (pág. 29).

El *Holding*², uno de los conceptos más difundidos y aceptados, no sólo en la ciencia psicológica, sino en todas aquellas disciplinas que se entrelazan a través de los modelos de desarrollo, fue conceptualizado por Winnicott para describir las acciones de la madre que tienen que ver con el sostenimiento del bebé, no sólo físicamente, sino que, como ya vimos en la etapa de dependencia absoluta, pueda contener los afectos y necesidades más primitivas de este, a saber que puede, y debe de hecho, dar una especie de retroalimentación como forma de prestarle su yo (el de la madre) al bebé para que este, con el tiempo, pueda formar su yo verdadero (Winnicott, 1999).

Así mismo, la forma como la madre toma al niño en brazos (la que es la primera acción de sostener) está muy relacionada con la capacidad para identificarse con él, de hecho, el sostener lo la manera adecuada constituye un factor básico del cuidado (Winnicott, 1965, pág. 33). Entonces, cualquier falla, en este sentido, suscita una inmensa angustia en el niño, puesto que, en palabras de Winnicott (1965), no hace sino cimentar la sensación de desintegrarse, la de caer interminablemente, el sentimiento de que la realidad externa no puede usarse como reaseguración

² Para efectos de fidelidad y desambiguación, utilizaré los conceptos originales de la lengua inglesa.

y otras ansiedades que en general se describen como psicóticas (Ibíd. pág. 33), lo que nos lleva a concluir que el *Handling* no es únicamente el sostenimiento de estas angustias, sino que además implica una retroalimentación en términos positivos de lo que se deposita en el yo materno; implica seguridad y resguardo de los temores de aniquilación (Winnicott, 1960, pág. 56).

El *Handling*, como la función que le permite al niño relacionarse con el mundo físico mediante la estimulación somática, contribuye a que se desarrolle una percepción arcaica de lo real, como contrario de lo irreal (Winnicott, 1965, pág. 33), así, serían los momentos en los que la madre o el padre (aquel que desarrolle las funciones maternas) estimule al niño físicamente mediante los juegos, el bajo, las caricias, el calor de una manta, etc. Una deficiencia en el *Handling* atenta contra el desarrollo del tono muscular y el desarrollo del sentido de coordinación, así como la experiencia del niño para deleitarse de su propio funcionamiento corporal (Ibíd. pág. 34), en ese sentido tendría consecuencias a nivel de desarrollar trastornos relacionados con la propiocepción y la estimulación kinésica pudiendo crear así algunas limitaciones escolares, además de serios problemas a nivel de percepción de sí-mismo como diferencia de otros.

Por último, el *Object-Presenting*, es la función materna que promueve en el infante la capacidad de relacionarse con objetos de conocer el mundo y de interiorizar, más adelante, algunas características de estos objetos como buenas o contenedoras, en el caso de los objetos transicionales, de los cuales hablaré más adelante (Ibíd. pág. 34). Las fallas en este sentido bloquean el desarrollo de la capacidad del niño para sentirse real al relacionarse con el mundo concreto de los objetos y los fenómenos (Ibíd. pág. 35). Por lo tanto, para Winnicott (1960, 1963, 1965) el desarrollo es producto de la herencia de un proceso de maduración física y de la acumulación de experiencias de vida, el cual se puede ver trastornado por la carencia de cuidados

maternos adecuados y por las capacidades y preparaciones que las madres puedan tener para con sus bebés.

Dicho lo anterior cabe remarcar aquí el punto que nos convoca en este apartado, puesto que, en relación a la teoría Winnicotiana, la no presentación de un ambiente favorable, que establezca un proceso de transición entre la dependencia hacia la independencia; que no permita el buen desempeño, o el no desarrollo, de las funciones maternas podría desencadenar en el bebé reacciones muy similares a las descritas por Spitz como Depresión Anaclítica (1946) y Hospitalismo (1945).

Ahora bien, en este contexto nos surge la misma pregunta que al señor Winnicot y es ¿cómo supera entonces el infante la pérdida gradual de sus objetos amados? Para ello, Winnicott se remite al desarrollo ya descrito y puntualiza que para la ciencia psicológica y el psicoanálisis siempre ha sido de gran importancia describir la experiencia interna del ser, lo que denominamos yo, y diferenciarla de los objetos y sus características, lo que es no-yo, pero él centró sus conceptualizaciones en describir una tercera zona (si nos remitimos a un proceso de identificación puramente geográfico) y es el proceso de mediación entre lo que es el yo y lo que es no-yo.

En la experiencia normal ocurren situaciones que ayudan al bebé a estimular la formación de pensamientos o fantasías, experiencias que complejizan la experiencia autoerótica como lo es la succión del pulgar, que no es otra cosa que fantasear con el pecho materno. Dichas experiencias, como tomar con otra mano una frazada e introducirla en la boca con el pulgar, ayudan al bebé a enriquecer su mundo interior cargando dichos objetos con afectos similares a los que se manifiestan al momento de fantasear el pezón (Winnicott, 1951), a estas experiencias las llamó fenómenos transicionales, ya que designaban el paso de la experiencia puramente subjetiva a la comprensión de la realidad común.

Además de esto, para Winnicott, existen objetos que le permiten al bebé, sobre todo en los momentos de ansiedad depresiva (concepto que retoma de sus supervisiones con Melanie Klein), recrear la presencia de un no-yo, de algo con lo cual adquiere derecho y pone en marcha catexias específicas de la infancia, que le permiten, gradualmente, ir adquiriendo la capacidad de percibir los objetos como un no-yo, y más aún, como un otro (1951, pág. 22). Estas pautas observadas al envolver libidinalmente un objeto con el cual se sienten seguros e identificados y que ayudan a disipar las angustias que genera la integración, fruto de los procesos de independencia, se caracterizan por poseer una o más características de la madre de manera simbólica (ya sea recreando el calor o la sensación al tacto o incluso la sensación de un buen *Holding* o *Handling*) lo que le permite al niño adquirir una capacidad de dependencia relativa frente a su madre (Ibíd. pág. 24).

En sí, los objetos transicionales y los fenómenos transicionales son experiencias del niño para suplir una pérdida real con afectos y sonidos que para ellos tienen significado, es decir, para un niño su frazada favorita, su “Naan”, puede significar el abrigo que su madre le ha brindado y que ahora, cuando ella se encuentra ausente, no le puede entregar. Dicha experiencia puede ser comparada, a grandes rasgos y con la mayor cautela, con lo que Freud (1917) denominó duelo, ya que, al existir una pérdida real del objeto amado, la libido puesta en este se desvía hacia otro objeto que se hace (y debe dejarlo hacer) receptor agradecido de dichos afectos.

Para tratar estas angustias depresivas, las cuales pueden llegar a ser patológicas y desadaptativas para el niño, quien crecerá y podrá desarrollar posiblemente alguna de las depresiones, no sólo por la ansiedad que le generó en la infancia la separación con sus objetos amados, sino también, como ya dije, por la deficiencia en las funciones maternas y en el cumplimiento de la madre suficientemente buena, Winnicott, en algunos ejemplos clínicos, por medio de la interpretación de la transferencia de sus pacientes trataba de recrear los fenómenos y

objetos transicionales en las sesiones con niños y con adultos, lo cual le permitía al paciente, en primer momento, repetir los medios para envolver a otro, un no-yo, y así poder envolver al mundo de nuevo.

Si bien se ha realizado un recorrido histórico – documental frente a las propuestas de algunos psicoanalistas en relación con el fenómeno de las depresiones, es en la teoría de Melanie Klein que se comienza a esbozar, breve y lentamente, los primeros intentos de explicar las relaciones de madre-infante y cómo estas pueden ayudar o no al desarrollo de patologías, y, en palabras de la teoría kleiniana, a alcanzar una primera integración, es decir, ayudar al infante a llegar, rudimentariamente hablando, a la posición depresiva. Así mismo, no fue sino hasta los postulados de D.W. Winnicott y de R. Spitz que esta relación se hizo explícita y muy importante para la académica, lo que ayudó a concretar las ideas de John Bowlby, quién desde su experiencia clínica en la clínica Travistock esbozó lo que hoy conocemos como la Teoría del Apego.

Teoría del Apego.

Hablar de la teoría del apego es, sin lugar a dudas, adentrarse en los rincones más solícitos de las teorías del desarrollo modernas, las cuales son herederas directas de la influencia del pensamiento de John Bowlby y de sus propuestas conceptuales sobre el desarrollo de los vínculos afectivos, fuertes y duraderos que se generan a lo largo de la vida.

No sólo la psicología evolutiva, sino también la pediatría, la pedagogía (en mayor medida) y las diferentes ciencias que se entrelazan para explicar y comprender el desarrollo humano y sus querellas, han ido adaptando, dentro de su syllabus conceptual, las premisas enunciadas ya en 1969 y que tanto han servido para, por una parte, ampliar el campo metodológico y conceptual de trabajo con infantes, niños y familias, y por otra parte, han dado un campo más amplio de convergencia dentro de las ciencias que, si bien no comparten el mismo objeto de estudio, sí se interesan por los mismos fenómenos desde diferentes perspectivas.

John Mostyn Bowlby nace en Londres el 26 febrero en el seno de una familia acomodada de la Inglaterra de 1907 como uno de los 6 hijos del barón Sir Anthony Bowlby, comandante-general de la armada británica. Su infancia fue un típico desenvolvimiento social para la época, John fue criado por una mucama a quien le expresaba profundo afecto filial, siendo ésta la figura de apego que John elegiría para reemplazar la ausencia de su verdadera madre, debido a sus ocupaciones, y la de su padre, quien, al estallar la guerra, fue enviado como cirujano a París. A sus 17 años asiste a la universidad de Cambridge donde permaneció hasta 1928 estudiando Ciencias Naturales y psicología, fue allí donde comenzó a interesarse por lo que hoy en día llamamos “psicología evolutiva” (Marrone, 2001a, pág. 14). Tiempo después, Bowlby trabajaría en una escuela especial para niños desadaptados, en la cual observó que la mayoría de los problemas de conducta de los niños parecían estar relacionado con la disfunción familiar; fue aquí donde por primera vez comenzó a pensar que las experiencias reales de la infancia influían en el desarrollo de patologías a nivel de personalidad, lo cual, de hecho, es la piedra angular en las formulaciones de la teoría del apego (Ibíd. pág. 15).

En el otoño de 1929, a sus 22 años de edad, Bowlby volvió a Londres para proseguir con su carrera de medicina y al mismo tiempo comienza su formación como analista, siendo Joan Rivière su analista y Melanie Klein su supervisora. Fue aquí cuando comenzó a dudar del dogmatismo reinante en el psicoanálisis de la época, el cual reñía con las enseñanzas científicas tradicionales que aprendió en Cambridge lo cual lo llevó a buscar alternativas de comprensión y explicación a los fenómenos que, por fuerza o por gusto, estudiaba en su teoría incipiente.

Así mismo, la experiencia de Bowlby como psiquiatra infantil consolidó su creencia de que los trastornos psicopatológicos se originan en experiencias reales de la vida interpersonal, lo que contrastaba con el énfasis de la teoría kleiniana de la prevalencia etiológica de la fantasía y

de los procesos intrapsíquicos y autógenos (Ibíd. Pág. 17) hecho por el cual comenzó a distanciarse de su supervisora, tanto en los espacios académicos como en la vida personal.

A sus 26 años recibe su titulación de médico, pero no fue sino hasta 1937 que se convirtió en miembro adherente de la Sociedad Británica de Psicoanálisis y miembro titular en 1939. Después de la guerra, se le pidió a Bowlby que se encargara del departamento para niños de la Clínica Tavistock, entre 1946 y 1956, en donde dividió su tiempo entre las tareas administrativas, la investigación y el trabajo clínico, cuyo resultado fue la confirmación de la idea de que los cuidados maternos son esenciales para el bienestar psicológico de los niños (Ibíd. pág. 20).

Fue aquí donde John Bowlby comenzó a distanciarse de la metapsicología freudiana que, para él, y para muchos otros científicos de la época, no era suficiente para explicar los fenómenos del funcionamiento relacional humano, en cambio comenzó a empaparse de los trabajos sobre el desarrollo de Jean Piaget, y en mayor medida de las explicaciones etológicas que conservaban ese anhelado espíritu científico clásico que tanto énfasis había adquirido para él.

Con los trabajos de Konrad Lorenz comenzó su acercamiento a la comprensión del cómo los fenómenos reales de vinculación afectiva, especialmente en la relación parento-filial, formaban parte de una tendencia arcaica y fundamental cuya función sería la supervivencia de la especie, y que esta tendencia es relativamente independiente de la oralidad o de la alimentación (Ibíd. pág. 23); esta aproximación a la etología no fue bien comprendida entre los analistas contemporáneos, quienes tomaron los intentos explicativos de Bowlby como un reduccionismo mecanicista de las pulsiones humanas. De hecho, la intención de Bowlby era revisar la metapsicología tradicional a la luz de nuevos hallazgos que le permitieran comprender de una manera más amplia los fenómenos de apego y vinculación.

Este hecho marco la separación gradual de Bowlby con la Sociedad Británica de Psicoanálisis y con el psicoanálisis en general, debido a que sus trabajos eran motivo de fuertes críticas y acusaciones por parte de sus colegas, no sólo por abandonar los ya mencionados pilares psicoanalíticos, sino por un intento de ampliar la visión tradicional y ortodoxa del psicoanálisis británico.

John Bowlby continuaría trabajando con un pequeño grupo de interesados en sus aportes al desarrollo y vinculación afectiva dentro de las visiones explicativas de la etología y la psicología del desarrollo, lo que lo llevó a desarrollar, junto con otros, las bases sólidas de lo que hoy conocemos como la teoría del apego. Fallece el 2 de septiembre de 1990, de dos infartos sucesivos, en la isla de Skye, Escocia.

Propuesta de un nuevo paradigma: la teoría del apego como apuesta conceptual.

Bowlby afirma:

“Lo que por motivos de conveniencia denomino teoría del apego, es una forma de conceptualizar las tendencias de los seres humanos a crear fuertes lazos afectivos con determinadas personas en particular y un intento de explicar la amplia variedad de formas de dolor emocional y trastornos de la personalidad, tales como la ansiedad, la ira, la depresión y el alejamiento emocional, que se producen como consecuencia de la separación indeseada y la pérdida afectiva” (1977a, pág. 202).

El punto de partida de Bowlby era, como ya lo mencionamos anteriormente, la observación clínica de patologías en niños cuyos lazos afectivos y vínculos significativos fueron deficientes o se desarrollaron de una manera poco adecuada, lo que le permitió asociar esta carencia relacional temprana con las conductas presentes en niños y adolescentes. Los partidarios de la teoría del apego argumentan que muchas formas de trastorno psiquiátrico pueden ser atribuidas tanto a las alteraciones en el desarrollo de la conducta de apego o, más raramente, al

fracaso de su desarrollo; así como también que la teoría arroja luz tanto sobre el origen como sobre el tratamiento de esas condiciones (Bowlby, 1977b).

Así que, para plantear las ideas que a continuación expondré, Bowlby a lo largo de su trilogía de apego y pérdida (1969, 1973 y 1980) refleja tres intereses principales: 1) corregir la teoría psicoanalítica a la luz de los nuevos descubrimientos; 2) ver la psicopatología desde un contexto evolutivo y 3) colocar las relaciones afectivas en el centro de la psicología evolutiva y del psicoanálisis. (Marrone, 2001b, pág. 31).

El apego es descrito por Bowlby como una conducta instintiva activada y regulada por la interacción con otras personas que fuesen significativas a lo largo del tiempo de vida, así como un mecanismo de adaptación de la conducta para conseguir un fin determinado por las necesidades contextuales (Bowlby, 1969), por lo que depende de factores internos y externos que interactúan constantemente entre sí.

El apego entonces será visto como un sistema de representaciones mentales que se forman en la primera infancia, a partir de la relación del infante con su madre o cuidador primario; dichas representaciones mentales estarán influidas por aspectos internos del mismo cuidador, los del niño y la relación intersubjetiva que pueda surgir entre ambos, ayudando así a configurar un modelo de relaciones que servirá para guiar las futuras interacciones y la formación de nuevos vínculos significativos a lo largo de la vida del niño (Bowlby, 1969).

Dado lo anterior Bowlby afirma que un individuo que cuente con la presencia o el apoyo de una figura significativa, que genere seguridad al momento de manifestar conductas exploratorias, será menos propenso a desarrollar angustias persecutorias o miedos frente al desenvolvimiento en el medio ambiente (Bowlby, 1973), además de expresar la importancia de la figura de apego en términos de “disponibilidad” de esta al momento de acompañar el desarrollo del infante, también enfatiza en las expectativas que este genera frente a la accesibilidad y la

capacidad de respuesta oportuna del mismo lo que demarca un dinamismo constante y superpuesto de las representaciones mentales de la diada infante-cuidador (Bowlby, 1973).

Así mismo, Bowlby (1980) afirma que el cuidador debe ser una especie de plataforma de lanzamiento en donde el niño tenga la seguridad de acudir al momento de necesitar ayuda o sentirse en peligro, lo que ayudará a desarrollar fuertes sensaciones de confianza y bienestar que extrapolará a otras relaciones interpersonales que construya con otros significativos.

Ahora bien, Bowlby se apoyó en los estudios realizados por Mary Ainsworth y sus colaboradores en 1978, en donde mediante un experimento, llamado La Situación Extraña, diseñado para probar las diferentes reacciones del infante frente a el acceso, la pérdida y la recuperación de la figura de apego, y evaluar las consecuencias de la presencia de una persona que para el niño no fuese significativa emocionalmente, denotaron que dependiendo de la disponibilidad del cuidador y su historia contextual y relacional con el niño se podrían presentar tres situaciones, descritas por patrones conductuales que eran representativos de los diferentes estilos de apego establecidos; esto como un intento de clasificar las posibilidades de desenvolvimiento frente a las diversas situaciones que pueden presentarse en las relaciones de apego.

Ainsworth, Blehar, Walters, y Wall (1978), describieron los patrones conductuales observados en la situación extraña dentro de cuatro categorías que clasificaban según la disposición del cuidador y las respuestas del niño frente la misma. En la Categoría A, describieron el apego evitativo, caracterizado un rechazo a las necesidades del niño; una baja o nula interacción física y agresión manifiesta a la hora de responder las necesidades e inquietudes del niño, lo que causa que este se muestre frío y evite el contacto para evitar el rechazo; reprimen los sentimientos espontáneos y casi siempre presentan unas relaciones interpersonales deficientes.

En el apego seguro, correspondiente a la Categoría B, el cuidador se muestra consciente y dinámico frente a las necesidades del niño; interactúa físicamente con él constantemente; responde rápida y positivamente a las demandas del niño, ya sea para involucrarlo en sus juegos o para proporcionarle seguridad y confianza. Esto ayuda a que en el niño la capacidad de tomar la iniciativa incremente considerablemente lo que le ayudará a desarrollar estabilidad emocional y confianza en sí mismo, con lo que podrá replicar el modelo de apego a figuras significativas que aparezcan en un futuro en su vida (Ainsworth y col. 1978).

La Categoría C corresponde al apego ambivalente en el cual el cuidador se muestra negligente frente a las demandas del niño; el contacto físico es a veces cariñoso y otras veces pasivo, y no satisface completamente las necesidades del niño lo que lleva al niño a mostrarse muy demandante de atención y cariño, posesivo frente a sus cuidadores con baja tolerancia a la frustración y unas elevadas expectativas negativas frente a situaciones que puedan llegar a causar dolor (Ainsworth y col. 1978).

Un último grupo fue descrito dentro de la Categoría D, denominado apego desorganizado-desorientado ya que el cuidador se comporta de manera errática y poco precisa frente a las necesidades del niño, confunde su rol con el de otras figuras en la vida del niño, asumiendo una comunicación afectiva confusa e intrusiva con el niño lo que causa que el cuidador no sea una figura de apego significativa y que el niño experimente una suerte de abandono emocional y retraimiento en sí mismo (Ainsworth y col. 1978).

Críticas de la teoría del Apego.

Dentro de los círculos psicoanalíticos, de manera abierta se criticaba a Bowlby por haber abandonado la metapsicología clásica, la teoría de las pulsiones, reemplazándola por psicología evolutiva y explicaciones etológicas; por renunciar al “Edipo”, a los procesos inconscientes

(especialmente a la fantasía inconsciente), a las complejas motivaciones internalizadas y a los sistemas de resolución de conflictos (Fonagy, 2004).

Más adelante se le reclamó el hecho de haber abandonado la riqueza del amplio abanico de emociones humanas, lo que llevó a pensar que la teoría del apego ignoraba cualquier vulnerabilidad biológica que no tuviera su origen en la conducta del cuidador, reduciendo las consideraciones etiológicas a una sola variable: la separación física (Ibíd. pág. 7).

En general, se le criticaba el hecho de no tener en cuenta el momento del desarrollo en el que se encontraba el yo en relación con la habilidad del niño para establecer vínculos y reaccionar a las pérdidas y los sentimientos dolorosos; en conclusión, se le consideraba a la teoría del apego como reduccionista cuando enfatiza el aspecto evolutivo a costa del pleno reconocimiento del complejo funcionamiento simbólico (Ibíd. pág. 8).

Resurgimiento de la Teoría del Apego: Implicaciones contextuales.

Algunos años después de que Bowlby terminara su formación como analista, la Sociedad Británica de Psicoanálisis entró en un ciclo de debates y riñas internas entre algunos de sus miembros más destacados. Dichas divergencias fueron debatidas durante encuentros especiales que se llevaron a cabo en la asociación entre 1941 y 1945 durante la segunda guerra mundial; estos conflictos se conocen históricamente como los debates polémicos (Marrone, 2001a) debido a que estas fracturas internas amenazaban el futuro de la asociación y del psicoanálisis inglés en general.

Con el contexto anterior sobre la mesa, se puede decir que, para solucionar estos conflictos, el acuerdo al que se llegó, oficialmente hablando, era en dividir por corrientes de pensamiento la Asociación (entre los partidarios del pensamiento de Anna Freud, Melanie Klein y un tercer grupo llamado los independientes). Bowlby, más adelante, no encajaría dentro de

estos grupos, lo que en definitiva marcaría una ruptura sistemática y progresiva de su pensamiento y propuesta conceptual del psicoanálisis de la época.

Ahora bien, la Teoría del Apego quedaría entonces relegada a la manos de unos pocos académicos que fuesen lo suficientemente tolerantes como para aceptar ceder en algunos aspectos; etólogos y médicos primeramente y más adelante pedagogos y psicólogos evolucionistas que se alejaban de las ideas tradicionales comenzaron a adaptar sus propuestas a las de Bowlby, dando como resultado un sin número de variables que más bien poco tenían que ver con el desarrollo teórico-técnico de la ciencia Freudiana. Como consecuencia de ello, la Teoría del Apego entró en una especie de letargo conceptual en donde funcionaba como plataforma de base para sostener las propuestas de otros, pero nunca se le dio la relevancia y el status de propia, tanto así que aún hoy en día las lecturas de Bowlby no son obligatorias al momento de realizar la formación psicoanalítica.

Ya en la década de 1960, un psicoanalista, partidario de las ideas de Anna Freud, realizó una interesante propuesta sobre el desarrollo de patologías del estado del ánimo a causa de la privación de los cuidados maternos y la ausencia de una figura que propiciara al niño afecto y confort. René Spitz (1965), junto con sus conceptos de depresión anaclítica y hospitalismo, llamaron la atención nuevamente sobre este tema lo que ayudó a despertar el interés, ahora mucho más comprensivo y tolerante, sobre las ideas planteadas por la Teoría del Apego lo que ayudó a plantear dentro del marco académico un paréntesis que permitiese revisar y sustentar desde el punto de vista psicoanalítico, lo dicho por Bowlby 30 años antes.

Llegados los años 90's, y con ellos el fallecimiento de Bowlby, y más aún, una crisis dentro del psicoanálisis mundial, en donde se vanagloriaban de explicar y comprender al ser humano con teorías y técnicas de casi 50 años, que no eran otra cosa que las mismas divisiones dentro de la Asociación, los teóricos psicoanalistas se dieron a la tarea de co-construir

psicoanálisis junto con teorías que los apoyasen dentro de su marco referencial clásico, sin abandonar los progresos lentos y graduales logrados desde los estudios de Spitz y de Winnicott sobre la importancia de los cuidados maternos y de una figura de apego en la primera infancia, dando como resultado la diversificación del psicoanálisis y un resurgimiento de las teorías de Bowlby, que por ese mismo tiempo estaban ya incluidas dentro de las nosologías psicológicas, desde enfoques evolucionistas y constructivistas, dada la importancia contextual y relacional que dio al desarrollo del ego y a los posibles fenómenos que en este desarrollo se podían presentar.

Peter Fonagy, psicólogo y psicoanalista inglés, es el vicepresidente de la IPA, y uno de los más importantes teóricos del apego actualmente. Esto, debido a sus incansables esfuerzos por reivindicar la Teoría del Apego y su relación con el psicoanálisis, lo cual le ha valido el privilegio de ostentar el Freud Memorial Chair en el University College of London con sus propuestas y descripciones teóricas.

Para Fonagy, es fundamental el hecho de retomar la Teoría del Apego para poder evaluar a nivel contextual e interpersonal las diferentes patologías que el desarrollo post-moderno ha traído (Fonagy, 2004), con lo cual ha hecho una descripción detallada de dos nuevos elementos dentro de la Teoría del Apego que se entrelazan armónicamente con los supuestos básicos de la ciencia Freudiana.

El primero de ellos es la concepción de Fonagy sobre los aspectos modulares de la intergeneracionalización del apego, en los cuales argumenta que existe una correlación filogenética y simbólica dentro de la diada cuidador-infante lo que permitiría afirmar que dependiendo de la disponibilidad de la figura de apego primaria de la madre, sus reacciones y acciones frente a las demandas de esta durante su infancia y niñez; teniendo en cuenta su historia particular de desarrollo individual y los tipos de apego que esta puede haber o no desarrollado a lo largo de su juventud y adultez, así mismo serán los patrones correlacionales filiales de ella con

su hijo o sus hijos, en los cuales existirá la tendencia a desarrollar modos de apego similares a los de la madre o cuidadora (Fonagy, Steele , y Steele, 1991).

Consecuentemente, Fonagy, Steele y Steele desarrollan, sobre una base de casos clínicos, observaciones detalladas sobre la historia de vida de varias cuidadoras que, en procesos relacionados con la repetición y el narcisismo secundario, dan como muestra una repetición de los patrones de apego de las madres, padres o cuidadores en los infantes, lo que le permitiría afirmar que, más allá de la influencia de los patrones de apego, estos se pueden enseñar y repetir, si fueron satisfactorios, o cambiar y modificar, si no fueron lo suficientemente efectivos para la adaptación del niño a su entorno y con sus figuras significativas; la frecuencia con la que madres y padres se referían a sus propias experiencias de apego en la infancia, ayuda a predecir con gran fuerza las probabilidades de que sus hijos tengan un apego seguro hacia ellos (1991).

El segundo elemento que Fonagy nos pone a considerar es el concepto de mentalización, el cual describe como una función simbólica específica fundamental; hace alusión a la capacidad reflexiva de un niño lo que lo puede ayudar a formarse un concepto sobre las creencias, sentimientos, actitudes, deseos, esperanzas, conocimientos, imaginación, pretensiones, planes, etc. de los otros, lo que le permite poner significado a la conducta de otros y la hace predecible, lo que está ligado a la habilidad del niño de encontrarle sentido y calificar su propia experiencia (Fonagy, 2004, pág. 175).

Fonagy comparó este concepto con la noción de *Blindung* descrita por Freud (1911) que refiere al cambio cualitativo desde lo inmediato (o sea, lo físico) a una cualidad asociativa (lo psicológico); así mismo, lo compara con la descripción que hace Klein (1945) de la posición depresiva, al referirse necesariamente al reconocimiento del dolor y el sufrimiento en el otro, lo cual es, darse cuenta de los estados mentales; y también lo compara con la importancia que da

Winnicott (1965) de la comprensión psicológica del bebé por parte del cuidador, lo que permite la emergencia del verdadero self (2004, pág. 177).

La función de la mentalización, será entonces la capacidad de ser consciente de la relación entre la realidad interna y la externa, lo cual no es algo universal, sino, más bien, un logro del desarrollo, y que es consecuencia de la integración satisfactoria de formas distintas de diferencias lo interno y lo externo en el infante, todo unido, de manera compleja en las relaciones más rudimentarias (Ibíd. pág. 178).

Marco Interdisciplinar

Si bien el objetivo de este apartado es ampliar el marco conceptual a la luz de las diferentes miradas explicativas que presentan diversas ciencias que se han ocupado, por un lado, de clasificar y extender las comprensiones sobre las depresiones, y por otro, regular y atender las necesidades contextuales dadas a nivel nacional e internacional, sería un esfuerzo banal el intentar tal proeza en este ejercicio documental, por lo tanto limitaré mis esfuerzos a ofrecer las diferentes posturas que, contextualmente hablando, nos convocan como profesionales de la salud al momento de organizarnos, tanto académica como profesionalmente, al momento de atender las depresiones y su multitud de variaciones, las cuales, como ya vimos, son tema principal de algunas teorías, y en otras, son solo un esbozo.

Psiquiatría.

En la cuarta edición revisada del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, la Asociación Americana de Psiquiatría (2002), incluye las diferentes manifestaciones de las depresiones en la macro categoría denominada trastornos del estado del ánimo, que tienen como característica principal una alteración del humor se dividen en tres categorías amplias: la primera describe los episodios afectivos, como lo son el episodio depresivo mayor, el episodio maníaco, el episodio mixto y el episodio hipomaníaco; la segunda categoría amplia describe los

trastornos del estado del ánimo como lo son el trastorno depresivo mayor, el trastorno distímico y el trastorno bipolar I; la última categoría incluye las especificaciones que describen el episodio afectivo más reciente o el curso de los episodios recidivantes (pág. 387)

Para los trastornos del estado del ánimo, clasifican los trastornos depresivos (alusivos a la depresión unipolar), trastornos bipolares y dos trastornos basados en la etiología: trastorno del estado del ánimo debido a enfermedad médica y trastorno del estado del ánimo por consumo de sustancias (Ibíd.).

El trastorno depresivo mayor se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores, de al menos dos semanas de estado de ánimo depresivo o pérdida de interés, acompañados por al menos otros cuatro síntomas de depresión como disminución acusada del interés en todas o casi todas las actividades de la vida cotidiana; pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso; pérdida del apetito; insomnio o hipersomnias casi cada día; agitación o lentecimiento de las actividades psicomotoras acompañada por pérdida de energía; sentimientos de inutilidad o culpa excesivos o inapropiados; disminución de la capacidad para concentrarse, pensar o mantener la atención; pensamientos recurrentes de muerte, tentativa de suicidio o intento suicida. (American Psychiatric Association, 2002).

El trastorno distímico se caracteriza por al menos dos años en los que ha habido más días con estado de ánimo depresivo que sin él, acompañado de otros síntomas depresivos que no cumplen con los criterios para depresión mayor, más relacionado como lo que cotidianamente se conoce como melancolía, se espera que la persona con trastorno distímico experimente una pérdida del placer en casi todas las actividades diarias; falta de reactividad frente a los estímulos habitualmente placenteros; despertar prematuro, culpabilidad excesiva e inapropiada, y la mayoría de los síntomas son peores en la mañana (American Psychiatric Association, 2002, pág. 469). Ahora bien, se incluye una categoría de trastorno depresivo no especificado para codificar

trastornos con características depresivas que no cumplen los criterios para los demás trastornos del estado del ánimo (Ibíd.).

Dentro de los trastornos bipolares encontramos el tipo I, caracterizado por uno o más episodios maníacos o mixtos, habitualmente acompañados por episodios depresivos mayores; y el tipo II que se destaca por uno o más episodios depresivos mayores acompañados por al menos un episodio hipomaniaco (American Psychiatric Association, 2002, pág. 388); a su vez, encontramos que el trastorno afectivo bipolar puede presentar una variante de acuerdo a los síntomas que describa el paciente en relación a los episodios recientes, ya sean maníacos o hipomaniacos, así como distímicos o depresivos, dichos síntomas pueden ser clasificados como leves, moderados o graves; estos últimos, dependiendo de la intensidad pueden incluir síntomas psicóticos o no, lo que es importante a la hora de relacionar la enfermedad con un tratamiento psicoterapéutico adecuado. (American Psychiatric Association, 2002, págs. 460 - 465). El trastorno ciclotímico se caracteriza por al menos dos años de numerosos periodos de síntomas hipomaniacos que no cumplen los criterios para un episodio maniaco y numerosos periodos de síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor; así mismo se incluye una categoría llamada trastorno bipolar no especificado para diagnosticar trastornos con características bipolares que no cumplan los criterios para ninguno de los trastornos bipolares específicos definidos anteriormente (Ibíd.).

Dentro de las categorías de los trastornos del estado del ánimo clasificadas según su etiología encontramos, por una parte, el trastorno del estado del ánimo debido a enfermedad médica, el cual se destaca por una acusada y prolongada alteración del estado del ánimo que se considera un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica; y por otra parte, el trastorno del estado del ánimo inducido por sustancias se caracteriza por una alteración en esta esfera

provocada directamente por una droga, un medicamento u otro tratamiento somático, así como la exposición a algún tóxico (American Psychiatric Association, 2002, pág. 388).

Así mismo, se incluye una categoría llamada trastorno del estado del ánimo no especificado, que agrupa a todos los trastornos con síntomas afectivos que no cumplen los criterios para ningún trastorno del estado del ánimo y en los que es difícil escoger entre un trastorno depresivo no especificado y un trastorno bipolar no especificado.

Para el año 2013 la American Psychiatric Association re-evaluó los criterios y las clasificaciones diagnósticas en general para poder complementar, por una parte, las diversas ramificaciones que actualmente está tomando el área de evaluación y tratamiento de la salud mental; por otro lado, para re-estructurar el manual diagnóstico a la luz de las nuevas concepciones explicativas sobre las enfermedades mentales, sus tratamientos y las posibles clasificaciones que de estas describen, así como para incluir nuevas categorías y excluir o combinar otras.

En el nuevo manual, los trastornos afectivos bipolares se separan de los trastornos depresivos y son puestos entre el capítulo del espectro esquizofrénico y otros trastornos psicóticos y los trastornos depresivos en un intento por reconocer su lugar como puente entre estas dos clases de diagnóstico en términos de sintomatología, historia familiar y genética (American Psychiatric Association, 2013, pág. 123).

Dentro de la clasificación del trastorno afectivo bipolar (TAB) y trastornos relacionados encontramos los trastornos bipolares I y II, con una variación en su concepción epistemológica, la ciclotimia, el TAB debido a consumo de sustancias y/o medicamentos, TAB y trastornos relacionados debido a alguna condición médica, otros TAB y trastornos relacionados específicos y TAB y trastornos relacionados no especificados (Ibíd.).

Los nuevos criterios para diagnosticar TAB tipo I representan un entendimiento moderno del trastorno maniaco depresivo o de la psicosis afectiva descrita en el siglo XIX, difiriendo únicamente de la descripción clásica en que ya no es requisito presentar episodios psicóticos recurrentes ni episodios de depresión mayor (American Psychiatric Association, 2013, pág. 123). Por lo demás, para el TAB tipo II, la ciclotimia, el TAB y otros trastornos relacionados por consumo de sustancias y/o medicamentos, el TAB y otros trastornos relacionados por condición médica y el TAB y otros trastornos relacionados no especificados, no difieren en los criterios para el diagnóstico y tratamiento de lo registrado en el Manual en su cuarta versión revisada.

Para el TAB y otros trastornos relacionados específicos, el criterio más importante es que en el paciente se debe evidenciar una ruptura de la vida social y deben ser clínicamente relevantes los síntomas, muy similares a los del TAB y otros trastornos relacionados, pero que no alcanzan a cumplir los criterios de lleno para diagnosticar el TAB y otros trastornos relacionados; se puede especificar escribiendo “otros específicos” junto con alguna de las siguientes categorías: episodio hipomaniaco de corta duración (2 – 3 días) y episodio de depresión mayor; episodios hipomaniacos con insuficientes síntomas y episodios de depresión mayor y episodio hipomaniaco sin un episodio depresivo mayor anterior (American Psychiatric Association, 2013, pág. 148)

Dentro de la categoría de trastornos depresivos se encuentran el trastorno del estado del ánimo disruptivo y no regulado, el trastorno depresivo mayor (que incluye el episodio depresivo mayor), el trastorno depresivo persistente (distimia), trastorno disfórico premenstrual, el trastorno depresivo inducido por consumo de sustancias y/o medicamentos, el trastorno depresivo debido a alguna condición médica, otros trastornos depresivos específicos y los trastornos depresivos no especificados. La característica en común que tienen todos estos trastornos es la presencia de un estado de ánimo triste, vacío o irritable acompañado por cambios significativos a nivel somático y cognitivo que puedan afectar la capacidad de funcionamiento del individuo y difieren en lo que

respecta a la duración el tiempo asignado de la enfermedad o la presunta etiología de la misma (American Psychiatric Association, 2013, pág. 155).

Con el fin de abordar las preocupaciones sobre el probable sobre-diagnóstico y tratamiento de los trastornos bipolares en niños, una nueva categoría diagnóstica, trastorno del estado del ánimo disruptivo y no regulado, se refiere a la manifestación persistente de irritabilidad y episodios frecuentes de descontrol comportamental extremo (rabietas), diagnosticado en niños a partir de los 12 años (Ibíd. pág. 155).

Un cambio significativo dentro de la nosología psiquiátrica es incluir el trastorno depresivo persistente, el cual, representa la consolidación de lo que se conocía como el trastorno depresivo mayor crónico y el trastorno distímico (American Psychiatric Association, 2013, pág. 162) conservando las características de la distimia, relacionadas con la definición de melancolía del siglo XIX, pero añadiendo además la salvedad de que, para diagnosticar este trastorno, el mismo no se explica mejor por ninguna de las categorías incluidas en el espectro esquizofrénico y otros trastornos psicóticos (Ibíd.).

Después de una cuidadosa revisión científica de evidencia, el trastorno disfórico premenstrual pasa a formar parte de las categorías diagnósticas, puesto que se ha confirmado que una forma específica de tratamiento sensible del trastorno depresivo que comienza algunas veces después de la ovulación y el climaterio puede ser causal de desadaptación emocional y contextual de las funciones cognitivas y afectivas del individuo (American Psychiatric Association, 2013, pág. 155).

Ahora bien, dentro de la categoría de trastorno depresivo mayor los cambios son más numerosos, por una parte, el duelo ya no es excluyente del diagnóstico de depresión; se incluyeron en este apartado dos macro-categorías que pretenden ser más exactas con la clasificación de la ideación suicida: por una parte, se describe el desorden del comportamiento

suicida, y por otra la autolesión no suicida. Así mismo, dentro de la categoría de otros trastornos depresivos específicos se incluyen tres formas de clasificar los síntomas cuando estos no se explican mejor por otra patología depresiva: la depresión breve y recurrente, el episodio depresivo de corta duración (2 – 3 días) y el episodio depresivo con síntomas insuficientes (American Psychiatric Association, 2013, pág. 183).

Antropología.

Si bien, las depresiones ya han tenido un apartado histórico dentro de este escrito, es importante recalcar, desde otros puntos de vista, el cómo en la historia de la humanidad, se han venido manifestando, a nivel cultural, las expresiones de culpa y agresión que, por su puesto, como ya se ha dicho, llevan a las diferentes manifestaciones de las depresiones.

León Grinberg hace un recorrido histórico-antropológico de la evolución de la culpa por medio de las configuraciones culturales descritas por Freud en tótem y tabú, pero va mucho más allá al retomar los mitos griegos y la creación de las primeras religiones para afirmar que “toda religión está fundada principalmente sobre la idea del pecado, o sea el sentimiento de culpa que se experimenta al no poder dar cumplimiento a las normas prescriptas” (1981, pág. 25). Así la religión ha surgido culturalmente como la posibilidad humana de reparación (siguiendo el concepto de Melanie Klein) frente a ese “pecado original”.

Para Ginberg, en el inconsciente subsiste un excesivo sentimiento de culpa, que es de carácter irracional e infantil y, frecuentemente, mórbido en su praxis, para lo cual es preciso afirmar que el elevado sentido de valor espiritual atribuido a los sentimientos y creencias religiosas, debe mucho de su importancia al hecho de que satisface anhelos profundos de la psique humana y proporciona algún apaciguamiento a la culpa moral inconsciente (1983, pág. 25).

Este hecho resulta relevante puesto que, desde siempre, la depresión y la culpa han permeado las decisiones humanas, hasta tal punto de querer reparar, de manera inconsciente, un daño ya creado por la agresión hacia el padre, o lo que es más justo, la figura paterna representada por uno o muchos dioses, lo que hace de esto, una evidencia sustancial para enmarcar el problema de las depresiones desde un punto de vista cultural, que ha evolucionado a otras esferas de la vida humana.

Marco Institucional

Si bien este es un ejercicio de orden documental y teórico, la academia y la ciencia no pueden dejar de ser explicadas bajo la luz de los contextos a los que quieren responder necesidades, y más que eso, sobre los cuales van a ejercer una influencia directa. Es así como se decidió presentar un contexto más amplio que la institución misma de la academia para recalcar la importancia, el impacto y las consecuencias del estudio teórico y práctico de las depresiones en el contexto colombiano.

El Ministerio de Salud y Protección Social del estado colombiano ha realizado desde el año 1993 (no sin dificultades) la Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM) la cual, durante sus primeros dos años de aplicación presentó inconvenientes y los resultados nunca vieron la luz del todo (para los años 1993 y 1997), por lo cual referenciaremos una comparación breve frente a los estudios del 2003 y del 2015.

Para el año 2003, en el caso de los trastornos del estado del ánimo un 12.6 % de la población encuestada manifestó haber experimentado síntomas de algún trastorno específico (Ministerio de Salud y Protección Social, 2003), 12 años después, la ENSM incluyó por primera vez a los niños colombianos, de los cuales el 4.7 % padece algún trastorno mental diagnosticado, siendo el más frecuente el déficit de atención con hiperactividad (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015, pág. 222); también, para el caso específico de los trastornos del estado

del ánimo se evidenció un porcentaje de 5,9 – 7,6 % de las personas encuestadas padece o a padecido alguna vez en su vida síntomas de algún trastorno afectivo (Íbid, pág.240).

Si bien se ha reducido el porcentaje de personas diagnosticadas, esto puede ser una motivación inicial para que, en Colombia, se sigan trabajando con los trastornos depresivos y se manejen de manera especial y con calidad las intervenciones que se hagan en este tipo de manifestaciones, ya que nos permitirá abordar, de manera integral el fenómeno en cuestión.

Antecedentes Investigativos

La temática de depresión y la teoría del apego, de manera independiente han sido ampliamente investigadas de diversas maneras, desde diferentes disciplinas y enfoques; sin embargo, aunque los estudios exponen que existe una alta variedad de investigaciones que relacionan el apego con la depresión, en la búsqueda realizada no se evidenció mayor visibilidad de estudios que corroboren dicha afirmación y menos dentro del campo psicoanalítico.

Como se mencionó anteriormente, la mayoría de estudios visibles sobre la relación entre apego y depresión se basan en paradigmas positivistas con alcances psicométricos principalmente, por ejemplo, en la investigación realizada por Bravo y Méndez en el 2006, acerca de esa relación entre depresión y apego, que fue llevada a cabo con una muestra no probabilística de 164 jóvenes entre los 14 y 18 años, y como su objetivo era hacer medible esa relación, les aplicaron a esos jóvenes varios instrumentos psicométricos, que el interés del presente trabajo, solo menciono el Relationship Questionnaire, el Adolescent Attachment Questionnaire, la Escala de Colaboración orientada a la meta y la Escala de rabia en la relación padre - adolescente; para medir el apego, y para la depresión usaron, la Escala CDI o Children`s Depression Inventory para la población española. Al hacer sus pruebas estadísticas y demás análisis, concluyeron que los adolescentes que mostraban mayor rabia hacia la madre, tenían mayores niveles de depresión, y por el contrario los que mostraban mayor disponibilidad por parte de la madre, reportaban menos

depresión. Este mismo resultado se halló similar cuando se analizó la figura paterna. Además, establecieron una asociación entre la categoría de apego seguro con depresión, en el cual, si el nivel de apego seguro es alto, el de la depresión es bajo.

También Sanchis (2008) buscó la relación entre los estilos de apego reportados por los 312 adolescentes, los acontecimientos vitales negativos y síntomas correspondientes a la depresión, a través de la aplicación del inventario de depresión para niños, el Parental Bonding Instrument o PBI y el AVIA (Acontecimientos Vitales en la Infancia y la Adolescencia). Su principal resultado fue que los estilos de apego que el autor denomina controlador y frío, se asocian con sintomatología depresiva, además cuando los adolescentes informaban tener alta cantidad de acontecimientos vitales negativos, también se relacionaban con este tipo de sintomatología.

En la investigación realizada por Zaghdoudi, Moubarkin, Halayem, Ben y Labbane (2009) con una muestra de 80 pacientes que sufrían de trastorno depresivo del estado de ánimo según el DSM IV TR y 80 personas que funcionaron como grupo control y no tenían ningún diagnóstico psiquiátrico, en donde la depresión fue medida con la escala de depresión Hamilton y los estilos de apego con el cuestionario de relación, estos autores, al igual que los anteriormente mencionados, encontraron la susodicha relación de los estilos de apego inseguro y evitativo con la sintomatología depresiva, dado que más de la mitad del grupo control mostró estilos de apego seguro.

Así mismo, en el estudio de Özer, Yildirim y Erkoc (2015) en el cual buscaban la relación entre la ideación y comportamiento suicida con los estilos de apego, en 31 pacientes con intento de suicidio y 31 pacientes que no lo habían intentado, como grupo de 62 que se les aplicaron los instrumentos y 60 voluntarios sanos que fueron los que no respondieron dichos instrumentos. La conclusión fue similar, en cuanto los del grupo de personas sanas, resultaban con un estilo de

apego seguro a diferencia de los 62 pacientes con un apego inseguro, para aquellos pacientes que tuvieron intentos de suicidio fue más común un estilo de apego temeroso.

Otro estudio que relacionaba directamente la depresión con los estilos de apego fue el desarrollado por Riggs y Kamisnki en el 2010, las cuales examinaron las contribuciones esperadas teóricamente del abuso temprano, el apego adulto y la depresión en una relación romántica de 285 jóvenes con pareja estable, los cuales completaron una encuesta en línea que incluía las categorías de maltrato emocional en la infancia, estilos de apego adulto, trastornos psicológicos y relaciones románticas, encontrando que el maltrato emocional en la infancia predijo directamente el apego inseguro adulto, así como la relación que existía entre el desarrollo de síntomas depresivos y la agresión y el maltrato infantil en edades tempranas.

Camps-Pons, Castillo-Garayoa, y Cifre, (2014) estudiaron la relación entre apego y psicopatología en una muestra de 40 adolescentes y jóvenes que sufrieron maltrato intrafamiliar. Evaluaron el apego mediante el cuestionario RQ de Bartholomew, que distingue cuatro estilos de apego en función de la imagen positiva o negativa del self y de los demás: apego seguro, preocupado, temeroso y evitativo. Los resultados del estudio arrojaron que el apego inseguro, sobre todo el subtipo evitativo, es el más prevalente. Algo más de la mitad de la muestra (52.5%) presentaron sintomatología clínicamente significativa (evaluada mediante el SCL-90-R), en especial hostilidad, obsesión-compulsión, ideación paranoide, psicoticismo y sensibilidad interpersonal. Por último, concluyeron que los estilos de apego con una visión negativa del self (preocupado y temeroso) tienden a presentar más sintomatología psicopatológica.

Así mismo, la relación que existe entre la depresión materna y los resultados múltiples en el desarrollo del infante ha sido establecida por varios estudios, recogidos en el meta-análisis elaborado por Goodman, y otros (2011), los cuales recogen 193 estudios para examinar la fuerza de la asociación entre la depresión materna, los problemas de conducta de los niños y/o el

suncionamiento emocional de los mismos, encontrando que la depresión materna de relacionó significativamente con mayores niveles de internalización y externalización de la psicopatología en general el afecto negativo y el comportamiento variablemente derrotista.

Es así como se observa una asociación evidente entre la depresión y estilos de apego inseguro. Otro par de estudios, que siguieron evaluando esta relación, pero desde la diada madre - hijo, encontraron resultados similares, en especial me refiero al estudio de Lujik, y otros (2010), donde un aspecto importante es el efecto de la depresión materna en la regulación emocional y fisiológica de sus bebés, ya que cuando hizo el estudio con 369 parejas madre - hijo, a través del procedimiento de situación extraña, análisis de cortisol y una entrevista de diagnóstico de la depresión materna, encontraron que tras la división por grupos según el tipo de apego; los bebés con apego inseguro mostraban mayor incremento en los niveles de cortisol y su efecto era aún más fuerte cuando las madres tenían síntomas depresivos.

Pero el estudio de Tharner, y otros, (2011), parece contradecirlo, dado que examinaron los efectos de la historia materna de trastorno depresivo durante el embarazo e inseguridad en el apego, en un total de 627 parejas de madre - hijo, en un estudio longitudinal en una cohorte poblacional desde la vida fetal en adelante. Los antecedentes maternos fueron evaluados con entrevistas diagnósticas durante el embarazo. Se concluyó que una historia de trastorno depresivo, no se asocia con un mayor riesgo en la inseguridad del apego con el bebé, por lo tanto, estos resultados pueden discutirse en cuanto a factores de protección, en donde se limita el papel negativo de los síntomas depresivos en la relación de apego madre - hijo.

Siguiendo con la exploración de antecedentes, se incluyó algunas investigaciones documentales, similares en objetivos a este ejercicio documental, y meta análisis, se encuentran los estudios de Madigan, Atkinson, Laurin y Benoit (2013) y Marganska, Gallagher y Miranda (2013), que también muestra algunas convergencias. En el primero, realizaron un meta análisis de

las investigaciones que tienen en cuenta el comportamiento de internalización y de apego en la infancia temprana, para ello analizaron 60 estudios que incluían 5236 familias, en ello encontraron que a pesar de que si existe relación entre el apego de tipo inseguro y evitativo con el comportamiento de internalización, no observaron relaciones muy fuertes como la literatura y la teoría lo plantean, donde expresan que las relaciones de apego inseguro, especialmente evitativo, en la infancia temprana se asocian con conductas de internalización en años posteriores. Algunas de las justificaciones que dan son los cuestionarios que utilizan para evaluar el comportamiento de internalización, la edad de evaluación del apego, el tiempo transcurrido entre el apego y la medida de internalización, y por último el año de publicación.

Por ese mismo lado, Marganska, Gallagher y Miranda (2013) aunque reconocen que el estilo de apego se encuentra vinculado con la regulación emocional y psicológica adjuntos al impacto en los síntomas de depresión y ansiedad generalizada, dicha asociación no es tan clara y difícil de explicar. En su muestra de 284 adultos, hallaron que el apego seguro se asociaba con la depresión menor y síntomas del trastorno de ansiedad generalizada, mientras que los estilos de apego inseguro se relacionaban con puntajes de depresión mucho más altos. Así mismo, este apego (apego inseguro) también se relacionaba con la incapacidad para controlar las conductas impulsivas, y en general con la desregulación emocional. Por lo tanto, se concluye que el tipo de apego se vuelve un predictor de síntomas depresivos y de ansiedad generalizada.

También encontramos en el estudio realizado por Zavattini y Pace (2010) en donde se examinaron los patrones de apego de niños adoptados entre los 4 y los 7 años de edad y sus madres adoptivas durante el periodo de 7 a 8 meses después de la adopción y apuntaron a evaluar el efecto de la seguridad del apego de las madres adoptivas sobre los patrones de apego de sus hijos adoptivos, utilizando el Separation-Reunion Procedure y el Manchester Child Attachment

Story Task para evaluar a los niños y la Adult Attachment Interview para evaluar a las madres; encontraron que hubo una mejoría significativa en el apego seguro de los niños al final del periodo examinado, así como mostrar un paso de la inseguridad a la seguridad de aquellos niños que poseían madres con modelos de apego seguro.

Zeanah, Berlin, y Boris, en el año 2011, realizaron una investigación profesional llevando a cabo réplicas de la situación extraña descrita por Ainsworth y sus colaboradores, para re-evaluar la vigencia de la teoría del apego propuesta por Bowlby en su trilogía, encontrando su utilidad clínica y su uso profesional aún vigente en los contextos occidentales actuales, remarcando la necesidad de continuar trabajando para el desarrollo de propuestas que nutran los postulados de 1969 para mantener la vigencia de tan importantes ideas, no sólo en la práctica profesional, sino en el quehacer investigativo. Siguiendo esta línea de aportes Rúa-Arias (2015) realiza una revisión de la literatura de apego y sus relaciones posibles con el desarrollo de patologías, o más exactamente, con el desarrollo favorable o no de la salud mental y el cómo, los modelos de apego son predictores probables del desarrollo de patologías, que en sí mismas, encierran ya un estudio complejo.

Quezada y Santelices, (2010) analizaron la relación entre el estilo de apego materno, la presencia o ausencia de indicadores de psicopatología en la madre, y el estilo de apego de su bebé al año de vida. Para ello se utilizaron un diseño correlacional de corte transversal en el cual se seleccionó una muestra de 72 díadas madre-primer bebé. Para acceder al apego del bebé realizaron una réplica de la Situación Extraña cuando tenían entre 11 y 15 meses de vida. Posteriormente, a las madres les aplicaron el cuestionario de autorreporte CAMIR para acceder a sus representaciones de apego y al cuestionario OQ-45.2 para obtener un índice de funcionalidad en las áreas de sintomatología ansiosa - depresiva, relaciones interpersonales y rol social. Los resultados arrojaron que no existe una asociación significativa entre el estilo de apego de la

madre y el estilo de apego del bebé. Sin embargo, la variable psicopatología materna tiene una capacidad predictiva del 69.4% sobre el apego del bebé.

Rholes, y otros, (2011) realizaron un estudio longitudinal con una amplia muestra de padres primerizos a través de los dos primeros años de vida de sus hijos, llevados por la teoría del apego de Bowlby, demostraron algunas predicciones sobre la ansiedad y la evitación del apego y como esta se relaciona con la incidencia, mantenimiento, aumento o disminución de los síntomas depresivos en ambos sexos a través de los dos primeros años de transición, encontrando que dicha asociación es moderada en gran medida por factores relacionados con el matrimonio y/o la relación romántica.

Ahora bien, en la investigación realizada por Stroebe, Abakoumkin, y Stroebe (2010), la cual se centró en evaluar los aspectos generales que rodean al duelo que se presenta cuando se ha perdido a un ser amado, dentro de los cuales resaltan los síntomas depresivos como los más frecuentes y, a veces, los únicos, encontraron que el apoyo social se relacionaba con las reacciones depresivas, pero no la calidad del mismo, lo que contrasta con los supuestos del apego, esto debido a los síntomas secundarios que se generaban, como la ansiedad, la ira, los pensamientos intrusivos y la desesperación.

En este orden de ideas, las investigaciones de corte experimental exponen la correlación que ellos estipulan estadísticamente significativa, pero las de revisión documental exponen que la relación puede que no sea tan fuerte.

Acercándome más a la ciencia psicoanalítica, Blatt (2008) hace un recorrido teórico por las formulaciones de Freud en cuanto al desarrollo a través de la polaridad apego e individuación, menciona el modelo psicosocial epigenético de Erikson y como todo eso conlleva a una diferenciación entre el estilo de personalidad anaclítico y el de personalidad introyectivo, de dicha diferenciación se establecen dos tipos de depresión, una anaclítica caracterizada por los

sentimientos de soledad y abandono, y una introyectiva relacionada con cuestiones de culpa, que a su vez, se relacionan con el ciclo vital. Pero lo que más se debe resaltar del artículo de Blatt (2008) es la revisión de la comparación entre varias terapéuticas para la depresión, en esto concluye que los pacientes con depresión del tipo anaclítica, generalmente tienen un estilo de vida de apego inseguro y por ende la terapia expresiva de apoyo, provee un mayor impacto, por otro lado, los pacientes introyectivos, con un estilo de apego evitativo, obtienen mayores avances con el psicoanálisis.

Ahora bien, Daurella (2012) realiza una aproximación teórica al concepto de trauma enunciado por Ferenczy, el cual, es considerado como un factor fundamental en el desarrollo de la psicopatología, lo que, en cierta medida explicaría el origen de los diferentes tipos de apego, ya desde Ferenczi, el cual consideraba traumática toda situación en la que el adulto no ejerce su función protectora, sino que utiliza al niño para sus fines e ignora sus auténticas necesidades, llevándolo así a potencializar los tipos de apego no deseados o desadaptativos para el infante.

Y, por último, el estudio de Villero y Rodríguez (2015) que llevaron a cabo para describir el patrón de apego de 6 diferentes casos de niños entre los 6 y 12 años, quienes sufrieron alguna separación materna en los dos primeros años de vida; un objetivo similar a las evaluaciones de Spitz, su diferencia radicó en el uso no solo de la observación clínica sino también de entrevistas semiestructuradas, valoración de los patrones de apego y pruebas proyectivas. Concluyeron al igual, que aquellas investigaciones ejecutadas en la segunda guerra mundial, que las separaciones niño - cuidador traen consigo consecuencias negativas cuyo fondo es depresivo, dada la inseguridad del apego, es decir que, si el niño se enfrenta a separaciones precoces o relaciones inadecuadas con esa persona que funciona de cuidador primario, puede ser uno de los principales precursores de cuadros depresivos en edades más avanzadas de ese niño en cuestión.

Método

Tipo de estudio

El tipo de investigación que se llevó a cabo fue teórico – documental, en donde se realizó una revisión y lectura de textos escritos por diferentes psicoanalistas clásicos en torno al tema de las depresiones, así como su posible intervención. Así mismo se revisaron las propuestas clásicas y contemporáneas de algunos teóricos del apego para poder realizar la comparación descriptiva entre estos dos fenómenos.

Además de tener en cuenta estos textos de manera individual, se muestran claras relaciones entre los mismos, es decir, como las propuestas de algunos autores ayudaron a conformar, ya sea por estar de acuerdo o por refutar dichas propuestas, las concepciones teóricas y técnicas de otros autores, creando así un entramado complejo y rico en práctica y conceptos que nos permitieron ampliar las visiones explicativas y comprensivas acerca de las depresiones desde una perspectiva psicoanalítica.

Por lo tanto, y teniendo en cuenta los postulados de Umberto Eco en su libro *Cómo se hace una tesis* (2001), el tipo de tesis que se desarrolló fue una tesis panorámica, que implica el estudio de un fenómeno específico (en nuestro caso las depresiones) a lo largo de la historia o de un autor o autores específicos. Así mismo, se desarrollaron temas que consideramos clásicos, ya que las depresiones, como ya se ha visto, estuvieron presentes dentro de los intereses de los médicos y los intelectuales desde los griegos, pero así mismo, recalamos la importancia de estudiar este fenómeno de forma contemporánea, a la luz de los nuevos aportes de la ciencia moderna, ya que es un foco crítico de atención, como la OMS lo ha remarcado.

Selección de Fuentes Bibliográficas

Como se aclaró anteriormente, se tomaron textos clásicos del psicoanálisis que nos permitieran explorar las comprensiones y explicaciones de las depresiones desde una perspectiva

analítica, con la posibilidad de encontrar convergencias y divergencias, claras y precisas, que permitieran relacionar los postulados de los diferentes autores, así como su posible relación o relaciones con la Teoría del Apego. Fue así como se decidió delimitar la búsqueda de dichos textos a las propuestas analíticas de la Asociación Británica de Psicoanálisis y a la Asociación Internacional de Psicoanálisis, y con ellas, a todos sus miembros clásicos que participaron, ya sea contemporánea o extra-temporalmente, de la discusión frente al desarrollo, co-morbilidad y posible cura de las depresiones.

También, para la selección de los textos se consultó con 3 expertos en el tema, a fin de que se seleccionaran los más adecuados, teniendo en cuenta que fuesen siempre fuente primaria y que su claridad conceptual fuese comprendida a la perfección, no como una interpretación por parte del autor de dichos textos, sino como realmente fueron las propuestas de los autores al momento de hablar de las depresiones.

Para el caso de los textos Freudianos (Freud y Abraham) se consultó al Dr. Luis Fernando Ordúz González quien es psicólogo, magister en comunicación y cultura, además de psicoanalista adscrito al instituto colombiano de psicoanálisis; ha sido docente universitario desde 1989 hasta la actualidad en temas relacionados con, cultura, arte y cuerpo dentro de un marco psicoanalítico, y actualmente Presidente de la Federación Latinoamericana de Psicoanálisis (FEPAL).

En el caso de los textos Kleinianos (Klein) y post-Kleinianos (Winnicott y Spitz) se consultó a Bernardo Álvarez Lince quien es médico y psicoanalista, miembro de la Sociedad Colombiana de Psicoanálisis, autor de múltiples publicaciones en revistas indexadas, además de haber escrito *la interpretación psicoanalítica y psicología animal*, este último en colaboración con Horacio Etchegoyen, considerado por muchos el gran autor especializado en la técnica psicoanalítica, y quien ha trabajado arduamente el tema de la teoría y técnica de Melanie Klein así como de los pensadores posteriores a ella que usan sus propuestas en análisis.

Por último, para el caso de la teoría del apego (Bowlby, Marrone y Fonagy), se consultó a Guillermo Ballesteros Rotter, médico y psicoanalista didacta de la Sociedad Colombiana de Psicoanálisis, al igual que la Federación Latinoamericana de Psicoanálisis; realizó prácticas clínicas con Esther Bick y Betty Joseph, así como en la clínica Travistock – Londres, con John Bowlby.

Elaboración de las Reseñas Analíticas

Si bien en el libro de Umberto Eco se trae a discusión la elaboración de fichas de lecturas que permitan la construcción de un marco de trabajo adecuado y fidedigno, para el presente trabajo fue necesario contar con la herramienta de las reseñas analíticas, ya que nos permitieron, dado el tipo de textos, los objetivos del trabajo y la calidad con la que se decantaron, reunir y mostrar la información correspondiente al fenómeno de la depresión.

Fue así como, para sistematizar de una manera ordenada la información, se recurrieron a tres preguntas orientadoras que ayudarían a diseñar las reseñas analíticas: *¿Cuál es la tesis del autor? ¿Qué argumentos soportan esta tesis? ¿Cuáles son las limitaciones de esta tesis?* Dichas preguntas enmarcaron el análisis de los textos que nos permitieron acercarnos de una manera sistemática y rigurosa a las diferentes comprensiones de los autores frente al fenómeno de las depresiones, para lo cual, se agregan al final de este trabajo, como anexo 1, los resultados de la elaboración de dicho análisis.

Análisis y Selección de Citas a Tener en Cuenta

Una vez discutido el texto en las sesiones de supervisión con los expertos y con el director de trabajo de grado, y habiendo elaborado las reseñas analíticas antes descritas, se comenzó a analizar y seleccionar aquellas citas bibliográficas de los textos que dieran cuenta de las ideas de los autores frente a las depresiones, así como su intervención terapéutica.

Es más que lógico saber que al interior de esta selección se encuentra mi subjetividad, al momento de tener presente algunos aspectos determinados de la teoría y excluir otros, sin embargo, es importante dejar en claro que lejos de querer llevar a cabo un ejercicio interpretativo, el objetivo primordial que me guio fue conocer la concepción con respecto a las depresiones, más específicamente su definición teórica desde el psicoanálisis y su posible técnica interventiva y su posible relación con la teoría del apego.

Sistematización de la Información

Para la sistematización de la información recolectada de los textos se construyó una matriz de análisis que contuviese las categorías que permitieran evidenciar de manera ordenada la información recolectada dentro del análisis de los textos.

Así la matriz estaba conformada por seis columnas, cada una correspondiente a uno de los autores de los que se pretendía analizar el concepto de depresión (Freud, Abraham, Klein, Spitz, Winnicott y una columna dedicada a la Teoría del Apego en general), las cuales a su vez se subdividían en dos columnas, una de cita textual del autor y otra del análisis del texto.

Las filas de la matriz corresponden a las meta-categorías que se pretendían abordar dentro del estudio, las cuales se condensaron en tres: Concepto de depresión, la cual permitía explorar el fenómeno dentro de diferentes autores; Propuesta de Desarrollo Mental, la cual ayudó a elucidar el problema de las depresiones como un concepto central en el desarrollo (para el caso de Melanie Klein) y como una consecuencia de malos procesos de desarrollo y cuidado (en los post Kleinianos y la teoría del apego); y por último Técnica Interventiva, la cual sirvió como un enlace entre la teoría, como los conceptos de depresión, y los procesos de trabajo dentro de los mismos, ayudando así a conservar la integralidad clásica ya en el psicoanálisis, como ya se describió en el apartado epistemológico.

Al momento de terminar la sistematización, junto con el equipo de supervisión se decidió incluir una nueva columna que incluyese los antecedentes históricos de las depresiones como evolución del concepto a través de diferentes épocas históricas, lo cual nos ayudaría a elucidar la evolución, no sólo del concepto, sino de su terapéutica, lo que enriquecería el ejercicio investigativo de una manera histórica.

Así se tuvieron en cuenta las propuestas de los griegos, la edad media, el renacimiento y los siglos XVII, XVIII, XIX y XX frente a las propuestas de diferentes pensadores al momento de conceptualizar y definir las depresiones a la luz de sus comprensiones epistemológicas, sociales y culturales.

Por lo tanto, la Tabla 1. Es un ejemplo gráfico de la matriz de análisis que se construyó.

Tabla 1

Matriz de sistematización de resultados

	Época	Historia		Freud y Freudianos		Klein		Post-Kleinianos		Teoría del Apego	
		Texto	Análisis	Texto	Análisis	Texto	Análisis	Texto	Análisis	Texto	Análisis
Concepto de depresión	Hipócrates y Grecia										
	Edad Media			S. Freud				R. Spitz			
	Renacimiento										
	Siglo XVII										
	Siglo XVIII										
	Siglo XIX			K. Abraham				D. Winnicott			
Concepto de Desarrollo	Siglo XX										
				S. Freud				R. Spitz			
				K. Abraham				D. Winnicott			
Técnica Interventiva	Hipócrates y Grecia										
	Edad Media			S. Freud				R. Spitz			
	Renacimiento										
	Siglo XVII										
	Siglo XVIII										
	Siglo XIX			K. Abraham				D. Winnicott			
Siglo XX											

Esquema de la Matriz diseñada para el análisis de resultados.

Consideraciones Éticas

En el estado colombiano, al interior del Ministerio del Interior, existe una instancia especial denominada la Dirección Nacional de Derecho de Autor (DNDA), es el órgano institucional que se encarga del diseño, dirección, administración y ejecución de las políticas gubernamentales en materia de derecho de autor y derechos conexos. En tal calidad posee el llamado institucional de fortalecer la debida y adecuada protección de los diversos titulares del derecho de autor y los derechos conexos, contribuyendo a la formación, desarrollo y sustentación de una cultura nacional de respeto por los derechos de los diversos autores y titulares de las obras literarias y artísticas.

En ese sentido la DNDA será, para efectos prácticos, el órgano de control y supervisión que vigilará el uso correcto de la producción artística, contextual e intelectual de los colombianos, a saber, de que quien utilice los medios, para nuestro caso intelectuales, debe dar crédito y participación a los diferentes autores que participaron, directa o indirectamente, con sus ideas y aportes a la comunidad científica.

Por ello, el congreso de la república, para el año 1982, expidió la ley 23 sobre derechos de autor, la cual, en su artículo primero afirma

“Los autores de obras literarias, científicas y artísticas gozarán de protección para sus obras en la forma prescrita por la presente Ley y, en cuanto fuere compatible con ella, por el derecho común. También protege esta Ley a los intérpretes o ejecutantes, a los productores de programas y a los organismos de radiodifusión, en sus derechos conexos a los del autor.”

Así mismo, regula y aclara el uso que a estas producciones intelectuales u obras artísticas se les da, así en el artículo 31 dice:

“Es permitido citar a un autor transcribiendo los pasajes necesarios, siempre que éstos no sean tantos y seguidos que razonadamente puedan considerarse como una reproducción simulada y sustancial, que redunde en perjuicio del autor de la obra de donde se toman. En cada cita deberá mencionarse el nombre del autor de la obra citada y el título de dicha obra.

Cuando la inclusión de obras ajenas constituya la parte principal de la nueva obra, a petición de la parte interesada, los tribunales fijarán equitativamente y en juicio verbal la cantidad proporcional que corresponda a cada uno de los titulares de las obras incluidas.”

Y en su artículo 32 continúa:

“Es permitido utilizar obras literarias o artísticas o parte de ellas, a título de ilustración en obras destinadas a la enseñanza, por medio de publicaciones, emisiones de radiodifusión o grabaciones sonoras o visuales, dentro de los límites justificados por el fin propuesto, o comunicar con propósitos de enseñanza la obra radiodifundida para fines escolares, educativos, universitarios y de formación profesional sin fines de lucro, con la obligación de mencionar el nombre del autor y el título de las obras así utilizadas.”

Es así como, para efectos éticos y morales de este trabajo documental, se tendrá en cuenta la normatividad vigente en el estado colombiano, protegiendo y promoviendo el buen uso de las producciones intelectuales de los autores aquí citados y referenciados al final, constando de que, se utilizaron sus aportes como valiosas contribuciones a mi proceso de formación, pero respetando su trabajo y autoría.

Resultados

Para la organización y presentación de los resultados, producto de este ejercicio teórico – documental, se construyó una matriz de análisis de textos, como se describió en el apartado de Método, que permitiera sistematizar de forma clara y rigurosa las diferentes comprensiones sobre las depresiones de los autores clásicos del psicoanálisis y la teoría del apego, así como la construcción de una de las columnas que incluyese la percepción histórica del concepto de depresión en unas de las épocas más importantes en la historia humana, así como las estrategias interventivas, tanto históricas como desde el psicoanálisis, que permitieran elucidar las técnicas desarrolladas para lograr la cura de las depresiones.

Esta matriz está incluida al final de ese ejercicio como el anexo número 2.

Discusión de Resultados

Siempre ha existido, en la historia de la humanidad, y en la historia del psicoanálisis un interés por explicar las diferentes manifestaciones de la depresión, ya sea en su forma más común (como lo es la depresión mayor) o en sus diferentes variantes; pero, en el principio esa preocupación constante por los trastornos del afecto estaba enmarcada en las explicaciones de tipo biológico, ya que su etiología se hallaba al interior del ser, representada por humores que, en su descompensación natural por el devenir de las diferentes situaciones cotidianas, causaba los síntomas depresivos. Esto debido a que, para Hipócrates y los demás pensadores griegos, lo central era conceptualizar dichos trastornos a la luz de sus visiones explicativas, y, puesto que las teorías psicológicas aún no estaban dentro de la nosología de la ciencia, ya que esta misma estaba en su etapa más rudimentaria, sus comprensiones frente a las enfermedades mentales, y a los trastornos depresivos en particular eran reseñadas en los libros de forma fisiológica.

En la edad media aparece la primera posibilidad de pensar lo mental, en términos de diferenciación de lo físico, lo fundamental, para los teóricos de la edad media, era ligar estos aspectos "mentales" a explicaciones causales religiosas, lo que les permitió en gran parte,

referenciar de manera novedosa para la época, los conceptos de enfermedades del estado del ánimo. Así mismo, trataron de evaluar y de comprender dichos síntomas en términos de la moralidad religiosa, ya que, para ellos, los objetos malos (los espíritus malignos que invadían el cuerpo, que lo obligaban a caer en la acedia) residían en el interior, muy parecido a la comprensión moderna de Melanie Klein.

También, al interior de la ciencia incipiente se evidencia la primera intención de clasificar los trastornos depresivos, lo cual era, por derecho y profesión, tarea de los médicos, los cuales, a su vez, eran los clérigos encargados de administrar la doctrina de la fe; entonces, para la edad media, los trastornos melancólicos tenían también que ver con su acercamiento a Dios, lo cual, al tratar de explicar las diferentes manifestaciones de los estados depresivos, como la distimia, la ciclotimia, etc. también se asociaban a pecados específicos, con lo cual su tratamiento era específico para cada uno de dichos pecados.

Ahora bien, en el renacimiento la característica principal, no sólo para abordar las enfermedades mentales, los trastornos depresivos o las afecciones del estado del ánimo en general, era el esfuerzo manifiesto de distanciarse de las explicaciones mágicas, por lo que preferían recurrir a razones latentes en los pacientes para descubrir el origen de dichas afecciones. Retoman de nuevo la teoría humoral permitiéndose criticarla o recomponerla a la luz de nuevos descubrimientos, como lo son las enunciaciones de los principios de la ciencia moderna. La razón era, y sigue siendo, un eje fundamental para acceder al conocimiento de los fenómenos, y para el caso específico de las depresiones, se trataba de abordar al paciente de una manera razonable, buscando un origen demostrable por medio de la razón o los sentidos, pero se comprendía que este, dada la naturaleza específica de las depresiones, no podía comportarse de una manera razonable y reflexiva frente a sí mismo y a lo que en su contexto sucediese.

Dentro de los saltos cualitativos que se presentan en la ciencia, surge uno de gran relevancia y es la separación de la medicina y la religión, lo que da origen a nuevas explicaciones acerca del cómo funciona el cuerpo y la mente del depresivo, de qué forma se puede conceptualizar y se crea toda una nosología específica que se encarga de nutrir, desde la misma medicina, epistemológica y técnicamente dichas prácticas, para lo cual se rescata el esfuerzo de clasificar las enfermedades en general y los síntomas depresivos en particular.

En el siglo XVIII aparece una pregunta importante y es la cuestión del tratamiento, del cómo por qué y para qué se construían los primeros modelos interventivos que permitían la cura o no de las depresiones, ya que, al principio, la medicina se encargaba de clasificar para aislar (encerrar si se quiere) a las personas que padecían de estos trastornos. Aquí surge una revolución en el tratamiento, sobre todo con Pinel y el tratamiento moral, en donde se incluye la ética para el trabajo y la concientización de los estados morales para las personas con trastornos en centros de reposo mental, lo que lleva a la ciencia a preguntarse por la integralidad de los modelos con los que está trabajando. Surge de manera importante, en algunos médicos y psiquiatras, una intención por preocuparse por la relación paciente-médico, lo que, más adelante con el surgimiento del psicoanálisis se acentuará, dando como resultado la importancia que se le da a dicha diada para el tratamiento y la cura de las afecciones anímicas, tal como lo expondrá Michael Balint.

Entonces, se reafirman las intenciones psiquiátricas para el tratamiento y la clasificación de las enfermedades mentales, y de gran importancia, se comienza con una delimitación más rigurosa y esquemática de la epistemología y la nosología que van a dirigir las prácticas de estos profesionales. Aquí los tratamientos, comienzan a centrarse no sólo en la mejoría emocional, sino que, como se describe más abajo, se exalta la importancia de la integralidad de la mente y el cuerpo, lo que lleva a explotar lo somático para la mejoría del cuerpo. Con Kraepelin inicia la era de los tratamientos que se centran en el transformar los estados exteriores y anímicos desde una

fisiología interna, como ya veremos, introduce el fármaco como tratamiento bandera para la mejoría de los trastornos afectivos.

Es curioso cómo, desde los griegos hasta el siglo XVIII, el trabajo terapéutico para casi todas las enfermedades del alma, era casi un trabajo sexual programado, lo que es contradictorio, ya que el interés sexual de la persona depresiva es nulo la gran mayoría de los casos. Pero en todo caso, la idea siempre ha sido estimular el cuerpo, para poder retomar las actividades, de manera paulatina, pero con el fin de activar el soma. Así, y teniendo en cuenta que en la edad media la forma de curar los síntomas melancólicos era entregarse al ayuno, orar en tiempos reglamentarios, trabajar en actividades que implicaran un esfuerzo físico; la mayoría de las soluciones que la humanidad le ha dado a los trastornos del estado del ánimo venía del exterior (ya sea por la falta de conceptos psicológicos que le ayudaran al médico a explicar qué sucedía, o la falta de tratamientos psicológicos para emprender un trabajo interno con el individuo), no sólo con la llegada de la psicofarmacología, o con la creación de los asilos mentales para cambiar de contexto al paciente, siempre se buscó la forma de estimular el cuerpo por medio del exterior, de las actividades, las purgas, los sangrados, la medicación, el aislamiento, etc.

En Freud, para el año 1915, se habían concretado todas las comprensiones metapsicológicas correspondientes a la primera tópica, lo que significaba que estaba centrado en describir, comprender y explicar el funcionamiento interno del individuo de forma singular, pero, llegado el momento el profesor Freud se pregunta por la relación de esos afectos individuales por el otro, ya que no desconocía la influencia de los demás, incluso del contexto mismo, para poder dar explicaciones más integrales de los fenómenos psíquicos. Así surge la comprensión Freudiana de la melancolía, en un intento por comprender cómo la persona vive la pérdida también de (otros dirán en) las relaciones significativas.

Con la invención de los tratamientos psicológicos (recordemos los casos de histeria), se abre la posibilidad de que la solución a los problemas depresivos pudiese ser interna también. Ahora bien, retomando esa capacidad extraña de Freud de corregirse a sí mismo (como ya vimos en el apartado epistemológico) podemos denotar tres formas de trabajar terapéuticamente, no solo los trastornos del estado del ánimo, sino muchas otras afecciones psicológicas. En un primer momento, al instaurar la primera tópica Freud describe que la cura analítica se daba al momento de recordar aquello que se había reprimido (es decir, hacer consciente lo inconsciente), lo que iba un poco en contra de los tratamientos que se mantenían dentro de la psiquiatría, porque, en sí, hacer consciente lo inconsciente es pensar, reflexionar, para lo cual se necesita calma, quietud, como un estado de reposo con sí mismo.

Karl Abraham, como un pupilo destacado de Freud, adoptó sus formas de intervención dentro de las curas analíticas, pero sus aportes más significativos estaban centrados en la teorización de los fenómenos y en las explicaciones que el psicoanálisis, como meta teoría podían aportar a la ciencia; así, Abraham intervenía muy parecido al Freud de la primera tópica, recordar y repetir, buscar un punto histórico en la vida del individuo y tratar de que lo recrease en consulta.

Posteriormente, el profesor Freud incluye dentro del tratamiento analítico el concepto de transferencia, y con ello la posibilidad de que el paciente no sólo coloque en palabras aquellos afectos que le causan malestar, sino que abre la puerta a la capacidad de repetir con el analista aquello que se ha vivido fuera del contexto terapéutico, en ese sentido ya no sólo se centraba la cura en el recordado, también había que repetir en consulta, es decir, encontrar un punto histórico en la vida del paciente y permitirle repetir los afectos que le causan molestia.

Al mismo tiempo que las personas recordaban y repetían, el profesor Freud descubrió que lo que realmente ayudaba a la mejoría de muchos de sus pacientes era encontrarle un sentido a

aquello que repetían en consulta, casi que responder el por qué y para qué estaban allí, entonces decidió incluir las elaboraciones de sus pacientes dentro de la cura analítica, con una salvedad, para él, el paciente ya había tenido intentos de elaboración antes de la consulta, en sí mismo, intentó, por los medios que su intelecto le proporcionaba, dar sentido a lo que le estaba sucediendo, por lo tanto rápidamente reformulo su concepto, dejando la cura analítica en recordar, repetir y re-elaborar, así, la idea entonces era encontrar un sentido nuevo, para aquello que ya se había pensado, tanto como buscar nuevas formas de interpretarlo, a pesar de que fuese el mismo fenómeno.

Así mismo, el profesor Freud relacionó el duelo, como ese trabajo psicológico sobre la pérdida, a la melancolía, que es, a grandes rasgos, la no elaboración del duelo, lo que le permitía conceptualizar la manera en la que el yo envuelve a un objeto libidinalmente y, también, la manera en la que el yo debe actuar cuando ese objeto desaparece, para lo cual propone dos vías, la primera es que el yo deja la libido en el vacío, cayendo así en un proceso melancólico; la segunda es el proceso por el cual el yo recoge la libido, la devuelve, digámoslo así, a sí mismo, elaborando un duelo por esa pérdida.

En este punto, la reflexión sobre el pensamiento Freudiano nos traslada a el fenómeno de la pérdida como una constante en el desarrollo humano, la cual, sin duda, impulsa los mecanismos internos para que el yo del infante explore el mundo y se adapte (o no) a este. Tanto así que, para Freud, el infante, desde el momento en el que hace consciente su individualidad, es decir, cuando es capaz de dejar de envolverse a sí mismo de forma narcisista y a comprender la existencia del otro más allá de sí, es decir, alcanza a superar la fase anobjetal que se manifiesta en el principio de la vida (algo que Melanie Klein debatirá tiempo después), esté pierde una parte (o así lo vive mentalmente).

Para ejemplificar esto Freud (1920) expone el juego del Fort-Da, en el cual, se encuentra esbozado de manera perenne, el concepto de separación desde la más temprana edad, lo cual es un indicador de desplazamiento de la libido desde el sí mismo, hasta los demás objetos. Aquí, el juego reproduce la desaparición y la reaparición de la madre. Que es aquí en donde se plantea la idea de sustituir, en palabras más bien sencillas, un estado psicológico que produce pena o angustia, por uno que genere satisfacción, pero es más significativo para el infante el poder, por sí mismo, poder recrear el abandono de la madre, por lo tanto, poder reparar la misma.

Dentro de las explicaciones de Abraham se esboza parcialmente el origen de la teoría de las relaciones objetales y la manifestación latente de una agresión, innata y positiva, en la psique humana. Sabemos entonces que para Abraham el origen de las depresiones eran las agresiones, fruto de las frustraciones naturales en el ser humano, las cuales podían catectizarse de tres maneras, la primera era recoger la libido de nuevo hacia el yo, y por lo tanto la persona se agrede a sí misma, pero no en un intento por lastimarse en sí, sino más bien, por agredir a un objeto interno; la segunda posibilidad es que la persona exprese (proyecte) esa agresión en el mundo externo; y, por último, dejar la agresión en el yo, de manera estática, que sería el mecanismo de expresión de la agresión de tipo depresivo.

Siguiendo con nuestra línea de análisis, al explorar el pensamiento Kleiniano, la depresión es un concepto central, la cual, se aleja significativamente de los conceptos clásicos, porque ella la incluye como un factor positivo dentro del desarrollo psíquico del infante, y más aún, su propuesta de la depresión apunta a una integralidad, casi como sinónimos, lo que nos hace pensar que, a pesar de ser un ideal (la integralidad del yo, puesto que, para Klein, este va a fluctuar toda su vida dentro de las dos posiciones) Klein propone en términos de desarrollo y maduración la capacidad de vivir, ya sea parcial o casi totalmente dentro del principio de realidad, característica principal dentro de la depresión Kleiniana.

Si bien Klein planteo sus teorías en observación de infantes, es bien entendido que, para ella, la depresión es inherente a cualquier edad, lo cual afianza la idea, que en Freud no estaba tan clara, de que la depresión se da por una pérdida (real o psíquica). Así mismo, la melancolía en Klein (la depresión patológica), colocándola dentro de su nosología, está ligada a la imposibilidad de poder integrar los afectos que generan la pérdida, con el abandono del objeto por esa libido, lo cual lo angustia persecutoriamente, lo escinde y no le permite reflexionar bajo el principio de realidad, por lo cual, M. Klein coloca este tipo de depresión dentro de la posición esquizo-paranoide.

Para Melanie Klein, la depresión es un principio terapéutico, un fin analítico, considerado un fin, es a lo que debe apuntar la cura terapéutica, la integración sobre las ideas escindidas en la mente, así como la posibilidad de comprender la pérdida y analizarla a la luz de nuevas transferencias hechas en análisis (por lo menos para el caso de las depresiones).

Para el caso de la depresión patológica (la cual se encuentra claramente enmarcada en la posición esquizo-paranoide), debe ser llevada, por medio de la interpretación de las transferencias (ya dicho en Freud, repetir y re-elaborar un sentido nuevo con el analista de aquello que está sucediendo) hacia la posición depresiva, por medio del mecanismo de la integración, el abandono de la disociación y la renuncia a la idealización de los objetos buenos externos.

El psicoanálisis dio un giro muy particular después del pensamiento Kleiniano, ya que desde Freud hasta Klein siempre se preguntaron por las dinámicas internas, los fenómenos y funcionamientos individuales internos del individuo, pero, llegados los nuevos pensamientos, estos no abandonan el interés por las dinámicas internas, sino que le suman una preocupación por las condiciones y la calidad de lo externo, no sólo por los ambientes facilitadores, y la calidad de las relaciones cuidador-infante, sino que describen las consecuencias (tanto inmediatas como a

largo plazo) de las carencias de dicha relación de calidad, así como si se preocuparan por la calidad de un mundo externo como promotor de un mundo interno saludable y adaptativo.

Si bien, a partir de Klein se presentan dos variantes de trabajo terapéutico (trabajar en transferencia y trabajar con la transferencia) es importante aclarar que para Winnicott lo crucial era transformar los afectos que son llevados a consulta. El holding, como la capacidad de contención de los afectos y las angustias, se manifiesta en la técnica de forma tal que el analista, asumiendo una postura maternal, de escucha y contención debe transformar esas angustias en algo positivo, debe ser capaz de encontrar un nuevo significado a la experiencia vivida por el analizando y dejarlo ir más tranquilo, en ese sentido, Winnicott, al igual que Freud trabaja en transferencia, espera a que se dé la transferencia para poder entablar la relación ya que, para los post-kleinianos, la interpretación sin transferencia puede ser tomada como agresión, lo cual sería muy disruptivo para la relación terapéutica.

René Spitz, logra resaltar de manera muy especial la importancia a nivel intelectual y afectivo que tiene el periodo de los primeros seis meses en los infantes, con una amplia experiencia de observación clínica, abre la posibilidad al mundo clínico de pensar que el infante de menos de seis meses puede enfermar anímicamente, lo que permite comprender las diferentes posibilidades que existen desde el momento del nacimiento, para la configuración de un espacio interno que le permitirán al niño, en su adolescencia y adultez, mostrar o no un repertorio de comportamientos adaptativos o no, como consecuencia de estas manifestaciones tempranas.

Uno de los aportes más significativos en Winnicott frente a la conceptualización de las depresiones es el retomar la posibilidad de que el niño enferme, como lo había mencionado ya Spitz, pero con la suma de darle una importancia crucial a una deficiencia en la calidad del vínculo con el objeto, lo que sería la primera conceptualización de apego, en su forma más

rudimentaria e incipiente, siempre teniendo en cuenta los aspectos del mundo externo como promotor de la salud y el bienestar en el interior.

Por lo tanto, las funciones maternas (holding, handling y object presenting) se relacionan con aspectos ansiosos y depresivos, así, el holding, como la capacidad de contener aspectos negativos y transformarlos por medio del sostén, recoge la agresión y la angustia del infante, como orígenes de la depresión, y devuelve esa carga libidinal con un significado diferente. El handling, estaría más ligado con la necesidad de sentirse estimulado, de generar en el otro un sentimiento positivo y una capacidad para relacionarse; por último, el object presenting aludiría a la castración, para lo cual, en términos psicoanalíticos, sería un paso para que el niño, si bien se frustra, comprenda el funcionamiento del mundo y más adelante, pueda él mismo, canalizar su agresión y no despertar cuadros depresivos más adelante.

Dentro del grupo de los independientes en la IPA, surgen las propuestas de Michael Balint, bioquímico y psicoanalista británico, nacido en Hungría, el cual centró sus aportes a la ciencia analítica en los medios para mejorar la técnica, por lo que enuncia sus conceptos de relaciones terapéuticas y forma los grupos Balint, que son una forma incipiente de las supervisiones actuales en las cuales se analizan no sólo los aspectos técnicos y teóricos al momento del ejercicio analítico, sino que además se preguntan y se preocupan por mejorar la relación terapéutica.

Balint (1979) describe que algunos pacientes, quienes en una etapa pre-edípica, caracterizada por la falta de formación de las estructuras para el lenguaje, sufren una pérdida, no son capaces de elaborar el significado de dicha pérdida, a los cuales denominó pacientes de déficit; los diferenció de aquellos que ya siendo conscientes y pudiendo adquirir el significado de los hechos, por lo tanto de simbolizar la pérdida, sufrían un malestar psicológico por dicha pérdida, a los cuales denominó pacientes en conflicto, puesto que para ellos las elaboraciones

analíticas debían ser (como lo describió Freud) una re-elaboración de aquello que ya había sucedido, diferente a aquellos pacientes que, no conociendo el significado de su pérdida, necesitaban elaborar (es decir poner en palabras aquellos afectos latentes en el inconsciente que salían a flote en las sesiones analíticas) para poder proseguir con la cura analítica.

El aporte más importante del grupo independiente fue, y es hasta el momento, la posibilidad de evaluar la relación que existe entre el yo del individuo y el mundo objetal exterior; incluyendo así en las categorías de análisis durante las sesiones las relaciones primarias más rudimentarias, así como las historias familiares y el análisis y comprensión de los fenómenos que se manifestaron durante el ciclo vital del individuo, lo que dio paso a explorar la influencia de dichas relaciones iniciales en la vida anímica adulta y del adolescente.

La teoría del apego es un consolidado maravilloso de los autores que se comprometen a retomar la influencia de la calidad en las relaciones primarias, y más aún, dicha influencia en la vida posterior y en las relaciones que se formen durante la vida; así, para los teóricos del apego, dichas relaciones primarias serán las que determinen la salud mental a lo largo de la vida.

Hoy en día la teoría del apego está centrada en la transmisión de patrones intergeneracionales del apego, de que un tipo de apego aprendido en cierto momento, que fue adaptativo, se trasmite de padres a hijos, hasta que, en algún punto, se encuentre otro patrón más adaptativo, lo que implica que este tipo de conceptualizaciones teóricas son el resultado de la transformación que sufrió el psicoanálisis al momento de pasar de centrarse exclusivamente en los fenómenos internos a contemplar también las dinámicas relacionales y la influencia del entorno como facilitador y promotor de la salud mental individual.

Ahora bien, Bowlby se esforzó mucho por explicar la co-dependencia del yo con el otro y de evaluarlo en tipos de apego, lo que nos permitirá conocer al niño, no como un ente aislado dentro de su mundo anímico, sino reconocerlo en la relación con los otros con una salvedad

importante, la preocupación latente y significativa por el mundo psicológico y por los aspectos anímicos que se manifiestan en diferentes aspectos de dichas relaciones. Así, sin abandonar su formación como analista, Bowlby retoma el ya perdido interés por la psicología, conservado en los esquemas del psicoanálisis como una constante, casi que como el quinto pilar en el psicoanálisis.

En la teoría del apego, la cercanía y distanciamiento repetitivo, de las figuras cuidadoras (diferentes de la figura materna en Winnicott), forman las bases relacionales para que el individuo, incipiente en las formas como se construyen las relaciones, adopte un modelo para poder entablar acciones con los otros de manera significativa, lo que le permite repetir y elaborar nuevos significados, o más aún, darles sentido a esas primeras relaciones con su objeto primario lo que lo llevará a repetir con sus hijos o con los infantes a su cuidado esos modelos de relación.

Ahora bien, para el caso de las depresiones, es evidente que los modelos de apego poco satisfactorio para las necesidades primarias de un niño pueden generar síntomas melancólicos (retomando la depresión anaclítica de Spitz); o bien, una carencia o déficit en las funciones maternas pueden desplegar todo un repertorio de comportamientos y sensaciones a nivel personal en el niño que lo llevarán a hacer de los síntomas depresivos su falso self adaptativo. Por lo tanto, las relaciones con estas figuras pueden determinar, en gran parte más no en su totalidad, la aparición de trastornos depresivos o de síntomas melancólicos en los individuos.

Conclusiones

A partir de lo encontrado con la revisión de los autores clásicos del psicoanálisis, y con ellos las concepciones teóricas y terapéuticas de las depresiones podemos asegurar que, dentro de la ciencia analítica, siempre ha habido un interés latente por las depresiones, ya desde su inicio en Freud, con el que se presume es su único libro relacional, se esbozó la necesidad de trabajar los aspectos internos del ser humano para tratar, no sólo la melancolía, sino también todos aquellos

trastornos psicológicos que se relacionaban con ella, lo que hoy llamamos los trastornos del estado del ánimo.

Coincidió también, que Abraham retomara la teoría psicosexual de Freud y conceptualizara que el desarrollo infantil está atravesado por la agresión, lo que es saludable y adaptativo, y con lo que se esperaba el psicoanálisis diera más luces del origen y descarga de la libido en los momentos depresivos. Como consecuencia de esto, Melanie Klein introdujo la depresión como un ideal de desarrollo, ya que lo ataba al principio de realidad y le procuraba al paciente un espacio alternativo para la integración, para expresar consigo la agresión que sentía por la frustración que le generaba la pérdida de su objeto primario, y por extensión de esto, las frustraciones normales que trae consigo la vida.

Es interesante notar el cómo aquí la depresión adquirió un carácter no patológico, sino más bien de desarrollo, ya que, como se ha dicho, el principio de realidad apunta a la salud individual, lo que le permitirá al individuo asumir una posición crítica y de aceptación frente a su situación actual, lo que, curiosamente, le permitirá cambiarla ya que puede y debe abordarla desde otro punto de vista.

Así mismo, la importancia de encontrar un punto de partida diferente para abordar los nuevos retos del psicoanálisis frente a las depresiones, se abrió paso en los círculos académicos, René Spitz, Donald Winnicott y el mismo John Bowlby se encargaron de conceptualizar algunas formas de abordar las depresiones que tenían en cuenta, no sólo las relaciones primarias y la relación con el contexto, sino la importancia en la calidad de esas relaciones que iban surgiendo en los primeros años de vida, así, la depresión anaclítica, el hospitalismo y los diferentes síntomas depresivos que manifestaba un niño, diferentes a los del adulto (irritabilidad, llanto excesivo, acompañado de pujos y desaliento generalizado) abrieron paso a los modelos de intervención, y más aún, a formas de prevenir estos fenómenos en los infantes.

La teoría del apego se ha encargado, desde su génesis en el psicoanálisis y hasta su migración por la etología y la biología, de encontrar las formas como los seres humanos, dada esa necesidad inherente de apego y solidaridad, por ser una especie gregaria, formamos los vínculos significativos y duraderos a lo largo de nuestra vida, lo que nos permite evidenciar una transgeneracionalización de los modelos de apego y el cómo dichos modelos nos afectan cada vez más para poder elegir nuestras relaciones.

En síntesis, para los autores psicoanalíticos la depresión siempre ha estado ligada a las pérdidas que el ser humano, por su naturaleza finita, debe experimentar a lo largo de su existencia, no sólo a nivel individual, sino que se podría pensar que, en palabras de Melanie Klein, los seres humanos siempre han hecho avances significativos, acuerdos de paz y desarrollos importantes (científicos y técnicos) cuando comienzan a integrar los objetos externos y a adjudicarles, bajo el principio de realidad, cualidades buenas y malas, por lo tanto, es inseparable la concepción de las depresiones al desarrollo humano.

Además de esto, existe una preocupación constante por el advenimiento de un auge en el diagnóstico de las depresiones, lo que nos invita, a los nuevos profesionales de la salud, a conceptualizar, crear técnicas e intervenir en los fenómenos que nos afectan, ya sean producto de la post-modernidad o de las herencias de guerras pasadas, hemos de estar dispuestos a resolver los conflictos que permean nuestros contextos y, más aún, desde la academia, estar a la vanguardia de los nuevos desafíos sociales y contextuales que nos permitan avanzar hacia una integralidad en los tratamientos.

Por ello, es importante recalcar la necesidad de formación estudio y creación de nuevas formas de intervención desde la psicología, que permitan a la ciencia responder adecuadamente, dentro de los rangos establecidos, de una manera efectiva y con calidad frente a dichos fenómenos. Es por esto que el método psicoanalítico, dada su integralidad para poder explicar y

comprender los fenómenos de manera holística, enmarcado siempre en las necesidades internas y en las posiciones de los individuos en el mundo exterior, contemplando la posibilidad de desarrollar, por múltiples vías, trastornos del estado del ánimo y junto con ellos, las técnicas que permitan al profesional intervenir, de tal forma, que se vea mitigado de manera significativa, el fenómeno de las depresiones en los contextos cotidianos.

Así, para responder las demandas de los contextos la Organización Mundial de la Salud (2012b) lanzó una campaña titulada “*I Had a Black Dog, His Name Was Depression*” con el fin demostrar, de una manera didáctica y clara, que las depresiones no son sólo la sensación de tristeza y que implica una serie de síntomas en múltiples niveles.

Es así como hago una invitación extensa a quienes en su quehacer profesional piensen dedicarse a la salud mental, de evitar el pensamiento de que todo ya fue dicho sobre las depresiones; estamos comenzando una era en donde es vital introducir nuevas perspectivas teóricas y prácticas para abordar las depresiones, su impacto y evolución, no solo a nivel individual, sino a nivel social, académico y cultural.

Aportes y Limitaciones

Al interior de este trabajo de grado se han plasmado, no solo ideas clásicas y contemporáneas de varios autores del psicoanálisis, sino también mi propio punto de vista, ya que, si bien la investigación es un ejercicio de buscar, de manera sistemática y rigurosa, algo que no se conoce, o elucidar algunas perspectivas dentro de cierto campo o sobre cierto fenómeno, siempre, casi que, por naturaleza investigativa, se van a permear las subjetividades de quienes construyan dicho estudio.

Por una parte, se construyó una cartilla de apoyo docente, con ISBN número 978-9584680204, que se encuentra al final de este trabajo como anexo 3, la cual la tomo yo como un aporte a la formación de futuros colegas y de ampliar, de forma pedagógica, las visiones

explicativas y comprensivas sobre las depresiones desde las propuestas psicoanalíticas, así como remarcar la importancia que este fenómeno ha adquirido en nuestro contexto particular y el por qué representa un reto para los psicólogos en formación abordar las depresiones.

Así mismo hay que tener en cuenta que una de las limitaciones más grandes de este trabajo de grado es la delimitación de las perspectivas psicoanalíticas, ya que, si bien no se desconocen los valiosos aportes de otras perspectivas en psicología, es por causa y efecto del interés personal del autor que se tomó como principal la perspectiva psicoanalítica. Así mismo, dentro de la misma ciencia analítica, solo se tomaron en cuenta los autores que pertenecieron a la Asociación Internacional de Psicoanálisis y a la Sociedad Británica de Psicoanálisis, no sin antes mencionar que, en Latinoamérica existen valiosos aportes al tema de las depresiones y de la teoría del apego que no fueron tomados en cuenta por cuestiones de espacio y de delimitación del material de trabajo.

A nivel personal, este trabajo de grado ha servido como un cierre al proceso académico que inicié en el 2010, con tan solo 17 años; es para mí, y siempre lo ha sido, muy difícil cerrar etapas significativas de mi vida, y es, hasta el momento, la época universitaria la que más felicidad ha traído a la misma, no sólo por el crecimiento profesional que eso implica, sino el entramado complejo y maravilloso de relaciones, con la academia y, más que todo, con las personas que conocí durante este recorrido, ya que es gracias a ellas que permanecí firme en este viaje.

Para concluir, un aporte a la facultad de psicología de la Universidad Santo Tomás, y con ella extensa a las demás facultades, es la invitación abierta a continuar conceptualizando en teoría y técnica sobre el fenómeno de las depresiones, lo que implica una deconstrucción, construcción y reconstrucción constante de este trabajo de grado, el cual, invito cordialmente a debatir y criticar, si con esto se llega a un avance significativo dentro de la ciencia psicológica.

Referencias

- Abraham, K. (1911). *Preliminares a la investigación de la locura maniaco-depresiva*. Berlín.
- Abraham, K. (1916). *La primera etapa pregenital de la libido*. Buenos Aires: Lumen-Hormé.
- Abraham, K. (1924a). Influencia del erotismo oral sobre la formación del carácter. En S. M. Perzow, & M. F. Kets de Vries, *Manual de estudios de personajes: Exploraciones psicoanalíticas*. Madison, CT: International Universities Press.
- Abraham, K. (1924b). Un breve estudio de la evolución de la libido, considerada a la luz de los trastornos mentales. En R. V. Frankiel, *Documentos esenciales sobre la pérdida del objeto*. Nueva York: New York University Press.
- Ainsworth, M. D., Blehar, M. C., Walters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. New York: Lawrence Erlbaum Associates. Recuperado el 26 de Septiembre de 2015, de https://books.google.com.co/books?hl=es&lr=&id=X6GYAgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=patterns+of+attachment:+a+psychological+study+of+the+strange+situation&ots=20NM-nmBzc&sig=OzF8geRwHSm9HO5lrcXtq6gGo_s#v=onepage&q&f=false
- Álvarez Lince, B. (2012). *Melanie Klein: Teoría y técnica* (Primera ed.). Buenos Aires: Polemos.
- American Psychiatric Association. (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales: DSM - IV - TR*. Barcelona: Masson S.A.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM - V*. Washington D.C: American Psychiatric Publishing.
- Avances curriculares N° 1. (2003). La disciplina psicológica Textos para la discusión.
- Balint, M. (1979). *La falta básica: aspectos terapéuticos de la regresión*. Buenos Aires: Paidós.
- Blackmore, R. (1726). *A treatise of the spleen and vapours, or, Hypochondriacal and hysterical affections : with three discourses on the nature and cure of the cholick, melancholy, and palsies*. London: Printed for J. Pemberton. Recuperado el 14 de Abril de 2015, de <https://archive.org/details/treatiseofspleen00blac>
- Blatt, S. (2008). Una polaridad fundamental en psicoanálisis, implicaciones para el desarrollo de la personalidad, la psicopatología y el proceso terapéutico. *Aperturas Psicoanalíticas*(28). Recuperado el 9 de Noviembre de 2015, de <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000402&a=Una-polaridad-fundamental-en-psicoanalisis-implicaciones-para-el-desarrollo-de-la-personalidad-la-psicopatologia-y-el-proceso-terapeutico>
- Bowlby, J. M. (1969). *El Vínculo Afectivo*. Buenos Aires: Paidós.
- Bowlby, J. M. (1973). *La Separación Afectiva*. Buenos Aires: Paidós.
- Bowlby, J. M. (Marzo de 1977a). The making and breaking of affectional bonds. I. Aetiology and psychopathology in the light of attachment theory. An expanded version of the Fiftieth

- Maudsley Lecture, delivered before the Royal College of Psychiatrists, 19 November 1976. *British Journal of Psychiatry*, 130(3), 201 - 210. doi:10.1192/bjp.130.3.201
- Bowlby, J. M. (Mayo de 1977b). The making and breaking of affectional bonds. II. Some principles of psychotherapy. The fiftieth Maudsley Lecture. *British Journal of Psychiatry*, 130(5), 421 - 431. doi:10.1192/bjp.130.5.421
- Bowlby, J. M. (1980). *La Pérdida Afectiva*. Buenos Aires: Paidós.
- Bravo, L., & Méndez, L. (2006). Relación entre autoestima, depresión y apego en adolescentes urbanos de la comuna de Concepción, Chile. *Terapia Psicológica*, 24(1), 5 - 14. Recuperado el 9 de Noviembre de 2015, de <http://teps.cl/files/2011/05/01-gonzalez1.pdf>
- Camps-Pons, S., Castillo-Garayoa, J. A., & Cifre, I. (2014). Apego y psicopatología en adolescentes y jóvenes que han sufrido maltrato: implicaciones clínicas. *Clínica y Salud*, 25, 67 - 74. doi:10.1016/S1130-5274(14)70028-3
- Congreso de la República de Colombia. (1982). *Ley 23*. Bogotá. Recuperado el 6 de Noviembre de 2015, de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=3431>
- Correa, P. (30 de Septiembre de 2015). Sólo tres de cada diez colombianos reconocen la tristeza. *El Espectador*. Recuperado el 4 de Octubre de 2015, de <http://www.elespectador.com/noticias/actualidad/vivir/solo-tres-de-cada-diez-colombianos-reconocen-tristeza-articulo-589785>
- Daurella, N. (2012). Trauma y Retraumatización: de Ferenczi a Fonagy, pasando por la Teoría del Apego y la neurociencia. *Temas de Psicoanálisis*(3). Recuperado el 1 de Diciembre de 2015, de <http://www.temasdepsicoanalisis.org/trauma-y-retraumatizacion-de-ferenczi-a-fonagy-pasando-por-la-teoria-del-apego-y-la-neurociencia-1/>
- de Éfeso, R. (1879). *Oeuvres de Rufus d'Ephèse : texte collationné sur les manuscrits, traduit pour la première fois en français, avec une introduction*. (C. V. Daremberg, Trad.) París: Paris : Impr. Nationale. Recuperado el 4 de Abril de 2015, de <https://archive.org/details/oeuvresderufusde00rufu>
- Eco, U. (2001). *Cómo se hace una tesis : técnicas y procedimientos de estudio, investigación y escritura*. Barcelona: Gedisa Editorial.
- Etchegoyen, R. (2002). *Los Fundamentos de la técnica psicoanalítica*. Barcelona: Amorrortu editores.
- Fernández Payo, M. (5 de Abril de 2008). *Abraham y la melancolía: La teoría biológica*. Recuperado el 10 de Mayo de 2015, de Aperturas Psicoanalíticas: <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000391&a=Abraham-y-la-melancolia-la-teoria-biologica>
- Fernández, S. P. (Abril de 1999). Epistemología y Psicoanálisis ¿Ciencia, Hermenéutica o Ética? *Cinta de Moebio*(5). Recuperado el 28 de Octubre de 2014, de <http://bdatos.usantotomas.edu.co:2051/lib/bibliotecaustasp/docDetail.action?docID=10168657&p00=epistemologia%20ciencias%20del%20hombre>

- Fonagy, P. (2004). *Teoría del Apego y Psicoanálisis*. Barcelona: Espaxs.
- Fonagy, P., Steele, H., & Steele, M. (Octubre de 1991). Maternal Representations of Attachment during Pregnancy Predict the Organization of Infant-Mother Attachment at one Year of Age. *Child Development*, 62(5), 891 - 905. doi:10.1111/j.1467-8624.1991.tb01578.x
- Freud, S. (1895). Manuscrito G. En S. Freud, *Obras Completas* (Vol. I, págs. 237 - 246). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1905). Tres ensayos sobre Teoría Sexual. En S. Freud, *Obras Completas* (Vol. IV, págs. 31 - 69). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1914). Introducción al Narcisismo. En S. Freud, *Obras Completas* (Vol. XIV, págs. 65 - 99). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1917). Duelo y Melancolía. En S. Freud, *Obras Completas* (Vol. XIV, págs. 235 - 255). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1920). Más Allá del Principio del Placer. En S. Freud, *Obras Completas* (Vol. XVIII, págs. 3 - 136). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1923). Dos Artículos de Enciclopedia: Psicoanálisis y Teoría de la Libido. En S. Freud, *Obras Completas* (Vol. XVIII, págs. 227 - 255). Buenos Aires: Amorrortu.
- García de la Hoz, A. (2010). *Teoría Psicoanalítica*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Gesell, A. L. (1967). *Emociones, actividades e intereses del niño de 5 a 16 años*. Barcelona: Paidós.
- Gesell, A. L. (1972). *El niño de 5 a 10 años*. Barcelona: Paidós.
- Goodman, S. H., Rouse, M. H., Conell, A. M., Robbins-Broth, M., Hall, C. M., & Heyward, D. (2011). Maternal Depression and Child Psychopathology: A Meta-Analytic Review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 14(1), 1 - 27. doi:10.1007/s10567-010-0080-1
- Grienberg, L. (1983). *Culpa y depresión - Estudio Psicoanalítico*. Madrid: Alianza Universidad Textos.
- Griesinger, W. (1867). *Mental pathology and therapeutics*. London: The New Sydenham Society. Recuperado el 17 de Octubre de 2015, de <https://archive.org/details/mentalpathology00griegoog>
- Griesinger, W. (1892). *Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten für Ärzte und Studierende*. Berlin: Verlag von August Hirschwald. Recuperado el 05 de Abril de 2015, de <https://archive.org/details/pathologieundthe00grie>
- Grindberg, L. (1981). Introducción. En M. Klein, & J. Rivière, *Amor, odio y reparación: emociones básicas del hombre* (págs. 3 - 5). Buenos Aires: Ediciones Horme.

- Grünbaum, A. (2012). The Hermeneutic Versus the Scientific Conceptuion of Psychoanalysis. En J. Mills, *Psychoanalysis at the Limit : Epistemology, Mind, and the Question of Science* (págs. 139 - 160). Ithaca: State University of New York Press.
- Guadarrama, L., Escobar, A., & Zhang, L. (Marzo - Abril de 2006). Bases neuroquímicas y neuroanatómicas de la depresión. *Revisa de la facultad de Medicina de la UNAM*, 49(2), 66 - 72. Recuperado el 27 de Octubre de 2014, de <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2006/un062h.pdf>
- Habbermas, J. (1982). *Conocimiento e Interés*. Madrid: Taurus.
- Haslam, J. (1809). *Observations on madness and melancholy : including practical remarks on those diseases ; together with cases: and an account of the morbid appearances on dissection*. (G. Hayden, Ed.) London: Printed for C. Callow. Recuperado el 04 de Abril de 2015, de <https://archive.org/details/observationsonma00hasl>
- Heinroth, J. C. (1824). *Lehrbuch der Seelengesundheitskunde Th. Seelenpflege. Geistespflege*. Lepzig. Recuperado el 17 de Octubre de 2015, de https://archive.org/details/bub_gb_o0Q-AAAAYAAJ
- Herrera, A. (2013). *Epistemología del Psicoanálisis*. EE.UU: Palibro LLC.
- Hipócrates. (1849). *The Genuies Works of Hippocrates* (Vol. II). (F. Adams, Trad.) London: London Printed for the Sydenham society. Recuperado el 29 de Marzo de 2015, de <https://archive.org/details/genuineworksofhi02hippuoft>
- Jackson, S. W. (1986). *Historia de la Melancolía y la Depresión: Desde los tiempos Hipocráticos a la época moderna*. (C. Vázquez de Praga, Trad.) Madrid: Turner.
- Jordán Quintero, M. I., & Palacio Ortíz, J. D. (Octubre de 2009). Salud Mental Infantil: Particularidades de nuestro oficio. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 38(Suppl. 1), 8 - 13. Recuperado el 26 de Julio de 2014, de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502009000500001&lng=en&tlng=es .
- Klein, M. (1935). Contribución a la psicogénesis de los estados maniaco-depresivos. En M. Klein, *Obras Completas* (Vol. I, págs. 267 - 295). Barcelona: Paidós.
- Klein, M. (1940). El duelo y su relación con los estados maniaco-depresivos. En M. Klein, *Obras Completas* (Vol. I, págs. 346 - 371). Barcelona: Paidós.
- Klein, M. (1946). Notras sobre algunos mecanismos esquizoides. En M. Klein, *Obras Completas* (Vol. II). Barcelona: Paidós.
- Klein, M. (1957). Envidia y Gratitud. En M. Klein, *Obras completas* (Vol. VI, págs. 25 - 86). Madrid: Paidos Ibérica.
- Kraepelin, E. (1915). *Psychiatrie : ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte* (Vol. IV). Leipzig: Verlag von Johann Ambrosius Bath. Recuperado el 15 de Abril de 2015, de <https://archive.org/details/psychiatrieeinle04krae>

- Loinaz, I., & Echeburúa, E. (2012). Apego adulto en agresores de pareja. *Acción Psicológica*, 9(1), 33 - 46. doi:<http://dx.doi.org/10.5944/ap.9.1.435>
- Lujik, M., Saridjan, N., Tharner, A., Ijzendoorn, M., Bakermans-Kranenburg, M., Jaddoe, V., . . . Tirmeier, H. (2010). Attachment, depression, and cortisol, deviant patterns in insecure - resistant and disorganized infants. *Developmental Psychology*(52), 441 - 452. doi:10.1002/dev.20446
- Madigan, S., Atkinson, L., Laurin, K., & Benoit, D. (2013). Attachment and internalizing behavior in early childhood meta-analysis. *Developmental Psychology*(49), 672 - 689. doi:10.1037/a0028793
- Marganska, A., Gallagher, M., & Miranda, R. (2013). Adult attachment, emotion dysregulation, and symptoms of depression and generalized anxiety disorder. *American Journal of Orthopsychiatry*, 83(1), 131 - 141. doi:DOI: 10.1111/ajop.12001
- Marrone, M. (2001a). John Bowlby: Apunte Biográfico. En M. Marrone , *La Teoría del Apego: Un Enfoque Actual* (págs. 11 - 30). Madrid: Psimática.
- Marrone, M. (2001b). La Teoría del Apego. En M. Marrone, *Teoría del Apego: Un Enfoque Actual* (págs. 31 - 47). Madrid: Psimática.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2003). *Estudio Nacional de Salud Mental Colombia*. Bogotá. Recuperado el 9 de Octubre de 2015, de http://onsm.ces.edu.co/uploads/files/1243030_EstudioNacionalSM2003.pdf
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). *Encuesta Nacional de Salud Mental*. Bogotá. Recuperado el 9 de Octubre de 2015, de http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO031102015-salud_mental_tomoI.pdf
- Navinés, R., Gómez, E., Catalán, R., & Gastó, C. (2001). Alteraciones de los receptores serotoninérgicos en la depresión: evidencias y limitaciones. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 29(3), 186 - 194. Recuperado el 27 de Octubre de 2014, de <https://medes.com/Public/ResumePublication.aspx?idmedes=1728>
- Organización Mundial de la Salud. (07 de Septiembre de 2007). *Salud Mental*. Obtenido de WHO.int: <http://www.who.int/features/qa/62/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (Octubre de 2012a). *Centro de Prensa: La Depresión*. Recuperado el 7 de Octubre de 2014, de World Health Organization Web Site: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2 de Octubre de 2012b). I Had a Black Dog, His Name Was Depression. Recuperado el 12 de 04 de 2015, de <https://www.youtube.com/watch?v=XiCrniLQGYc>
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Temas de Salud: Depresión*. Recuperado el 7 de Octubre de 2014, de World Health Organization Web Site: <http://www.who.int/topics/depression/es/>

- Özer, U., Yildirim, E., & Erkoç, S. (2015). Relationship of suicidal ideation and behavior to attachment style in patients with major. *Arch Neuropsychiatr*, 52, 283 - 288. doi:10.5152/npa.2015.745
- Papalia, D., Wendkos, S., & Duskin, R. (2009). *Desarrollo Humano: de la infancia a la adolescencia* (Onceava ed.). México D.F.: McGraw Hil.
- Piaget, J. (1995). *Seis estudios en Psicología* (Cuarta ed.). Labor.
- Pinel, P. (1809). *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*. París: J.A. Brosson. Recuperado el 04 de Abril de 2015, de <https://archive.org/details/traitmdicoph00pine>
- Quezada, V., & Santelices, M. P. (2010). Apego y Psicopatología Materna: relación con el estilo de apego del bebé al año de vida. *Revista Latinoamericana de Psicopatología*, 42(1), 53 - 61. Recuperado el 1 de Diciembre de 2015, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80515880005>
- Rapaport, D. (1967). *La estructura de la Teoría Psicoanalítica*. Buenos Aires: Paidós.
- Rholes, W. S., Kohn, J. L., McLeish-Martin III, A., Simson, J. A., Wilson, C. A., & Tran, S. (2011). Attachment Orientations and Depression: A Longitudinal Study of New Parents. *Journal of Personality and Social Psychology*, 100(4), 567 - 586. doi:10.1037/a0022802
- Ricoeur, P. (1975). *Freud: Una Interpretación de la Cultura*. México: Siglo XXI.
- Riggs, S. A., & Kamisnki, P. (2010). Childhood Emotional Abuse, Adult Attachment, and Depression as Predictors of Relational Adjustment and Psychological Aggression. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 19, 75 - 104. doi:10.1080/10926770903475976
- Riviére, J. (1936). Odio, voracidad y agresión. En M. Klein, & J. Riviére, *Amor, odio y reparación: emociones básicas del hombre* (págs. 5 - 62). Buenos Aires: Ediciones Horne.
- Rosselli Quijano, H. (2009). In Memoriam: Terapias psiquiátricas en Colombia antes de la era psicofarmacológica. *PSIMONART: Instituto colombiano del sistema nervioso*, II(1), 111 - 121.
- Rúa-Arias, A. (2015). Los cuidados maternos y su relevancia en la salud mental: efectos de la primera experiencia de vinculación del sujeto. *Psyconex*, 17(11). Recuperado el 1 de Diciembre de 2015, de <https://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/Psyconex/article/view/24849/20247>
- Sanchis, F. (2008). 2008. *Tesis Doctorales en Red*, Apego, acontecimientos vitales y depresión en una muestra de adolescentes. Recuperado el 10 de Noviembre de 2015, de <http://hdl.handle.net/10803/9262>
- Silva, H. (2002). Nuevas perspectivas en la biología de la depresión. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 40, 9 - 20. Recuperado el 27 de Octubre de 2014, de <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272002000500002>

- Spitz, R. A. (1945). Hospitalism: An Inquiry Into the Genesis of Psychiatric Condition in Early Childhood I. En R. S. Eissler, A. J. Solnit, A. Freud, & M. Kris (Edits.), *The Psychoanalytic Study of the Child* (Vol. I, págs. 53 - 74). New Haven, Connecticut: Yale University Press.
- Spitz, R. A. (1946). Anaclitic Depression: An Inquiry Into the Genesis of Psychiatric Condition in Early Childhood II. En R. S. Eissler, A. J. Solnit, A. Freud, & M. Kris (Edits.), *The Psychoanalytic Study of the Child* (Vol. II, págs. 313 - 342). New Haven, Connecticut: Yale University Press.
- Spitz, R. A. (1957). *No and Yes: On the Genesis of Human Communication*. New York: International University Press.
- Spitz, R. A. (1959). *A Genetic Field theory of Ego Formation. Its Implications for Pathology*. New York: International University Press.
- Spitz, R. A. (1965). *The First Year of Life*. New York: 1965.
- Stroebe, W., Abakoumkin, G., & Stroebe, M. (2010). Beyond depression: Yearning for a loss of a love one. *OMEGA*, 61(2), 85 - 101. doi:10.2190/OM.61.2.a
- Tharner, A., Lujik, M., Ijzendoorn, M., Bakermans-Kranenburg, M., Jaddoe, V., Hofman, A., . . . Tiemeier, H. (2011). Maternal lifetime history of depression and depressive symptoms in the prenatal and early postnatal period do not predict infant - mother attachment quality in a large, population - based Dutch cohort study. *Attachment and human development*, 14(1), 63 - 81. doi:10.1080/14616734.2012.636659
- Tizón, J. L. (1976). El Psicoanálisis y la Epistemología Contemporánea. 160 - 186. Recuperado el 12 de Octubre de 2014, de <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2046357.pdf>
- Tuke, D. (1892). *A Dictionary of psychological medicine giving the definition, etymology and synonyms of the terms used in medical psychology, with the symptoms, treatment, and pathology of insanity and the law of lunacy in Great Britain and Ireland*. Philadelphia: P. Blakiston, Son & Co. Recuperado el 14 de Abril de 2015, de <https://archive.org/details/dictionaryofpsyc01tuke>
- Tuke, S. (1813). *Description of the Retreat, an institution near York, for insane persons of the Society of Friends : containing an account of its origin and progress, the modes of treatment, and a statement of cases*. (I. Peirce, Ed.) Philadelphia. Recuperado el 14 de Abril de 2015, de <https://archive.org/details/2575045R.nlm.nih.gov>
- Ullman, M. (1997). *Islamic Medicine*. Oxford: Oxford University Press USA.
- Vasco, C. E. (1996). *Tres estilos de Trabajo en las Ciencias Sociales*. Bogotá: CINEP Centro de Investigación y Educación Popular.
- Villero, S., & Rodríguez, C. (2015). Evaluación del apego en la edad escolar, aproximación teórica a la relación entre las experiencias de privación materna y la constitución de un patrón de apego inseguro y análisis desde la clínica de una serie de casos. *Clínica e investigación relacional*, 9(1), 231 - 270. Recuperado el 9 de Noviembre de 2015, de

http://www.agorarelacional.es/Portals/0/eJournalCeIR/V9N1_2015/11_Villero-Rodriguez_Evaluacion%20del%20apego%20en%20la%20edad%20escolar_CEIR%20V9N1.pdf

- Vygotsky, L. (2000). *Obras escogidas Tomo III*. Madrid: Visor.
- Vygotsky, L. (2001). *Obras Escogidas Tomo II*. Madrid: A. Machado Libros.
- Whytt, R. (1768). *The Works of Robert Whytt*. (T. Becket, P. A. Dehondt, & J. Balfour, Edits.) Edimburgh. Recuperado el 14 de Abril de 2015, de http://books.google.com.co/books?id=z1Q_AAAAcAAJ&printsec=frontcover&hl=es&source=gbg_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- Winnicott, D. W. (1951). Transitional Objects and Transitional Phenomena. En D. W. Winnicott, *Playing and Reality* (págs. 17 - 45). London: Tavistock Publications.
- Winnicott, D. W. (1957). On the Contribution of Direct Child Observation to Psycho-Analysis. En D. W. Winnicott, *The maturational procesess and the facilitating environment : studies in the theory of emotional development* (págs. 129 - 135). London: The Hogarth Press and The Institute of Psycho-analysis.
- Winnicott, D. W. (1960). The Theory of the Parent-Infant Relationship. En D. W. Winnicott, *The maturational procesess and the facilitating environment : studies in the theory of emotional development* (págs. 41 - 63). London: The Hogarth Press and The Institute of Psycho-analysis.
- Winnicott, D. W. (1963). From Dependence towards Independence in the Development of the Individual. En D. W. Winnicott, *The maturational procesess and the facilitating environment : studies in the theory of emotional development* (págs. 99 - 110). London: The Hogarth Press and The Institute of Psycho-analysis.
- Winnicott, D. W. (1965). *The Family and Individual Development*. London: Tavistock Publications.
- Winnicott, D. W. (1999). *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis*. Barcelona: Paidós.
- Winograd, B. (2005). *Depresión: ¿Enfermedad o crisis? una perspectiva psicoanalítica*. Buenos Aires: Paidós.
- Yaakobi, E., & Goldenberg, J. (2014). Social relationships and information dissemination in virtual social network systems: An attachment theory perspective. *Computers in Human behavior*, 38, 127 - 135. doi:10.1016/j.chb.2014.05.025
- Zaghdoudi, L., El-Moubarkim, A., Halayem, S., Ben, M., & Labbane, R. (2009). Relation entre styles d'attachement, perception du soutien social et dépression. *Annales Médico-Psychologiques*, 0167, 657 - 661. doi:10.1016/j.amp.2009.03.017
- Zavattini, G. C., & Pace, C. S. (2010). 'Adoption And Attachment Theory' The attachment models of adoptive mothers and the revision of attachment patterns of their late-adopted children. *Child care healdth and development*, 37(1), 82 - 88. doi:10.1111/j.1365-2214.2010.01135.x

Zeanah, C. H., Berlin, L. J., & Boris, N. W. (2011). Practitioner Review: Clinical applications of attachment theory and research for infants and young children. *Journal of Psychology and Psychiatry*, 52(8), 819 - 833. doi:10.1111/j.1469-7610.2011.02399.x

RESEÑA ANALÍTICA N° 1

Karl Abraham

Preliminares a la investigación de la locura maniaco-depresiva

1911

¿Cuál es la tesis del autor?

Abraham plantea aquí algunas concepciones anteriores a él, que le permiten elucidar la problemática de la locura maniaco depresiva desde el punto de vista analítico, abordando de lleno los síntomas y las posibles vías de cura, así como las dificultades al momento de trabajar esta problemática.

¿Qué argumentos soportan esta tesis?

Abraham enuncia que la agresión afecta de manera representativa los estados depresivos de un paciente, así como la posibilidad de que este, es fase maniaca, exprese en su dicha la agresión de formas más constructivas, lo que lo lleva a pensar los modelos de esquematización de dicho fenómeno a la luz de las experiencias agresivas primarias.

¿Cuáles son las limitaciones de esta tesis?

Aquí Abraham no contempló la posibilidad de factores contextuales o relacionales para explicar el funcionamiento de la locura maniaco – depresiva, lo que más adelante le significará una fuerte crítica por parte de la academia.

RESEÑA ANALÍTICA N° 2

Karl Abraham

La primera etapa pre genital de la libido

1916

¿Cuál es la tesis del autor?

Abraham organiza una subdivisión de las etapas pre-genitales (la oralidad y la analidad) en las cuales describe la fase oral dentada y la fase oral sin dientes, así como la analidad de retención y la de expulsión, lo que lo lleva a plantearse las vicisitudes de dichas etapas a la luz de nuevos hallazgos.

¿Qué argumentos soportan esta tesis?

Abraham plantea que en las fases pre –genitales descritas por Freud en 1905 pueden presentar una naturaleza esencialmente diferente cuando se cambia el medio por el cual se manifiesta (en el caso de la oralidad la aparición de los dientes, en el caso de la analidad la retención o expulsión) y esto va a marcar centradamente sus argumentos con respecto al desarrollo de patologías que se relacionan con estas etapas.

¿Cuáles son las limitaciones de esta tesis?

Abraham no contempló las repercusiones que esto traería en las etapas posteriores, así como la falta de aclaración en los ejemplos clínicos.

RESEÑA ANALÍTICA N° 3

Karl Abraham

La influencia del erotismo oral sobre la formación del carácter

1924

¿Cuál es la tesis del autor?

Abraham describe las consecuencias de las fases oral dentada y oral sin dientes, su fijación y las posibles regresiones a estas en el cómo se pueden formar personas demandantes o depresivas si la libido busca un camino específico. Así mismo habla de ejemplos clínicos que le permiten construir las ideas que sustenta.

¿Qué argumentos soportan esta tesis?

Dentro del erotismo oral, la libido, dependiendo el caso que sea, puede tomar varias formas de descarga: descargarse en sí mismo, descargarse en otros o permanecer latente y acumularse, lo que afectará de manera significativa el carácter de la persona adulta, llevándola a desarrollar cuadros depresivos o maníacos dependiendo del caso.

¿Cuáles son las limitaciones de esta tesis?

El autor no consideró la posibilidad de ampliar esta propuesta a otras fases del desarrollo psicosexual ni contempló la posibilidad de que estas pudiesen generar otro tipo de trastornos, o bien poder ser adaptativas para el individuo.

RESEÑA ANALÍTICA N° 4

Karl Abraham

Un breve estudio de la evolución de la libido, considerada a la luz de los trastornos mentales

1924

¿Cuál es la tesis del autor?

Abraham realiza una revisión del objetivo y descarga de la libido a la luz de las etapas psicosexuales descritas por Freud en 1905, además de considerar sus posibles vías de desarrollo en la adolescencia y la adultez, elucida de manera breve el impacto que esto tendrá en el desarrollo o no de trastornos mentales.

¿Qué argumentos soportan esta tesis?

Para Abraham, el proceso de descarga de la libido, ya sea de manera particular o dibujando un patrón determinado por el individuo, puede llegar a determinar en gran medida el desarrollo de patologías de orden mental, que se ligan a la fijación o abandono de algunas etapas, o a la regresión a las mismas, lo que le permitió explicar el origen de los trastornos maniaco – depresivos.

¿Cuáles son las limitaciones de esta tesis?

Abraham no contempla en este estudio los modelos de adaptación que posiblemente puedan generarse a partir de la descarga de la libido dentro de la cotidianidad de los pacientes, lo que supuso un aporte posterior en la teoría de Melanie Klein.

RESEÑA ANALÍTICA N° 5

Mary D. Salter Ainsworth, Mary C. Belhar, Everett Walters y Sally Wall

Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation

1978

¿Cuál es la tesis del autor?

Para los autores, el experimento de la situación extraña determinó una forma de conocer las formas como los infantes se apropian de las relaciones significativas y así mismo como, dependiendo de estas, se acercan de determinadas formas a las demás figuras afectivas.

¿Qué argumentos soportan esta tesis?

Para los autores, el experimento de la situación extraña fue una manera clara de controlar la exposición de diferentes estímulos que se le pueden presentar a un infante en las relaciones tempranas con sus cuidadores, así, determinaron variaciones en el experimento, lo que les permitió encontrar patrones de comportamiento en los niños, causados por dichas variaciones en el contexto.

¿Cuáles son las limitaciones de esta tesis?

Los autores centraron su atención en la conceptualización de los patrones de apego que observaron, lo que posiblemente no les permitió contemplar algunas alteraciones a nivel contextual, como lo es la cultura y las creencias y valores sociales con las que el niño ha crecido.

RESEÑA ANALÍTICA N° 6

John M. Bowlby

El vínculo afectivo

1969

¿Cuál es la tesis del autor?

Bowlby avanza sus investigaciones acerca del enorme impacto que tiene sobre el niño la separación temprana de la figura materna. Aquí se refiere, de modo especial, al proceso que se pone en marcha en la conducta de apego y muestra de qué modo los estudios empíricos con niños nos han hecho descubrir pautas conductuales muy concretas, confirmadas por la biología.

¿Qué argumentos soportan esta tesis?

Bowlby deja en claro que el apego humano es una reacción instintiva y tan trascendental para la supervivencia como la alimentación y la reproducción, lo que lo llevará a plantear, no sólo desde el punto de vista analítico, sino desde la etología y la biología, las diferentes conductas que son consideradas como de apego, así como el proceso que pone en marcha las mismas.

¿Cuáles son las limitaciones de esta tesis?

Bowlby, en cierto sentido clásico, abandona los postulados analíticos porque considera que existen otras explicaciones, lo que le valió la fama de reduccionista y mecanicista en algunos aspectos de esta propuesta.

RESEÑA ANALÍTICA N° 7

John M. Bowlby

La separación afectiva

1973

¿Cuál es la tesis del autor?

Bowlby describió cómo los niños pequeños, cuando son alejados del hogar y entregados al cuidado de personas extrañas en un sitio desconocido, responden con una aguda e inconsolable zozobra, y cómo al producirse el reencuentro con la madre muestran un comportamiento de intenso aferramiento o de gran indiferencia emocional (período de desapego), o de aguda ansiedad si por alguna causa el niño llega a creerse amenazado por una nueva separación.

¿Qué argumentos soportan esta tesis?

Bowlby comprobó que la pérdida de la figura materna puede generar procesos y conductas que ofrecen el mayor interés para la psicopatología, y halló, congruentemente, que las respuestas y procesos observados en el niño pequeño se reencuentran en los individuos de más edad que sufrieron experiencias de carencia en épocas anteriores de su existencia.

¿Cuáles son las limitaciones de esta tesis?

Bowlby dilucidó las propuestas de apego, excluyendo de estas propuestas las funciones analíticas que habían descrito los contemporáneos de la IPA, lo que lo alejó aún más de las propuestas del psicoanálisis, continuando aún más con las explicaciones de tipo biológico y etológico.

RESEÑA ANALÍTICA N° 8

John M. Bowlby

The making and breaking of affectional bonds. I. Aetiology and psychopathology in the light of attachment theory. An expanded version of the Fiftieth Maudsley Lecture, delivered before the Royal College of Psychiatrists

1977

¿Cuál es la tesis del autor?

Bowlby describe aquí la forma como se construyen los vínculos afectivos, su evolución y ruptura a la luz explicativa de la etología, teniendo en cuenta las repercusiones a nivel patológico que esto pueda traer, pero se centra específicamente en los trastornos del vínculo afectivo.

¿Qué argumentos soportan esta tesis?

Los vínculos afectivos se crean a partir de una necesidad biológica en el ser humano de ser cuidado por un tiempo tan prolongado, expone Bowlby, y agrega que es observable el cómo, cuando estos vínculos son trastornados pueden generar patologías en el desarrollo y en las formas de desarrollo del individuo.

¿Cuáles son las limitaciones de esta tesis?

Bowlby se acerca a el fenómeno de la patología de los vínculos significativos dentro de las explicaciones etológicas, lo que sesga las demás visiones explicativa y la convierte en una visión causalista.

RESEÑA ANALÍTICA N° 9

John M. Bowlby

The making and breaking of affectional bonds. II. Some principles of psychotherapy.

1977

¿Cuál es la tesis del autor?

Aquí Bowlby organiza de manera esquemática algunos principios interventivos en lo que se relaciona con la pérdida de los vínculos afectivos y el cómo es importante centra la atención de los académicos en la forma de intervenir las formas de apego, para que así se puede prevenir y generar una cura a los trastornos generados por la ruptura de los vínculos significativos de las primeras edades.

¿Qué argumentos soportan esta tesis?

Bowlby describe algunos principios fundamentales que se deben tener en cuenta al momento de intervenir los vínculos afectivos significativos que se han trastornado en los primeros años de vida, ocupándose de los aspectos técnicos de dichas intervenciones.

¿Cuáles son las limitaciones de esta tesis?

Bowlby no tiene en cuenta su formación como analista y excluye de una manera muy notoria los principios fundamentales del psicoanálisis (los cuatro pilares) y se aleja de la técnica analítica lo que no permite elucidar claramente su marco epistemológico para realizar una propuesta interventiva.

RESEÑA ANALÍTICA N° 10

John M. Bowlby

La pérdida afectiva

1980

¿Cuál es la tesis del autor?

Aquí Bowlby analiza la forma en que repercute la muerte de un familiar en las vidas de niños y adultos, y aborda la dinámica del duelo, los problemas de la depresión y los procesos de acomodación que son esenciales para preservar la salud psíquica. Aunque la obra se centra en las experiencias de los niños y el modo cómo éstas los afectan en el momento y posteriormente, incluye también amplia información y datos comparativos sobre los adultos, tanto sobre los que viven en occidente como sobre los que pertenecen a otras culturas.

¿Qué argumentos soportan esta tesis?

Bowlby realiza una descripción de los niños sometidos a situaciones de estrés, de sus esperanzas, sus temores, sus ansiedades y su capacidad para hacer frente a la realidad. Concluye con un análisis del concepto de permanencia de la persona, factor determinante en la respuesta del niño a la separación y la pérdida.

¿Cuáles son las limitaciones de esta tesis?

Bowlby centra sus comparaciones en niños que tienen unas cualidades y unas habilidades específicas, y excluye, por ejemplo, a los niños que Balint denominó de déficit. Cosa que Spitz retomará para hablar de la depresión anaclítica.

RESEÑA ANALÍTICA N° 11

Peter Fonagy

Teoría del Apego y Psicoanálisis

2004

¿Cuál es la tesis del autor?

Fonagy realiza un recorrido histórico y documental, comparando las propuestas clásicas de Bowlby con las visiones explicativas y comprensivas de los psicoanalistas clásicos, así como las posibles divergencias que pudiesen presentar dichas conceptualizaciones teóricas.

¿Qué argumentos soportan esta tesis?

Fonagy parte de la formación como analista de Bowlby y de su apunte biográfico, más específicamente de las experiencias relacionales que tuvo este dentro de la comunidad psicoanalítica para establecer que él no había perdido del todo sus conceptos desde la ciencia Freudiana, a lo que añadió sus propias consideraciones a la luz de las visiones de autores clásicos en el psicoanálisis.

¿Cuáles son las limitaciones de esta tesis?

Fonagy tiene en cuenta los aspectos convergentes y divergentes de estas dos teorías, pero se olvida de incluir deliberadamente las propuestas de algunos psicoanalistas contemporáneos que seguramente poseen muchas más convergencias con la teoría del apego, como Balint, por ejemplo.

RESEÑA ANALÍTICA N° 12

Peter Fonagy, Howard Steele y Miriam Steele

Maternal Representations of Attachment during Pregnancy Predict the Organization of Infant-Mother Attachment at one Year of Age

1991

¿Cuál es la tesis del autor?

Los autores centran su atención en explicar cómo los modelos de apego que la madre o el cuidador de una criatura aprendió durante su infancia y a lo largo de su vida, se transmiten de forma generacional, así en el analizar los diferentes elementos que componían dicha transmisión generacional.

¿Qué argumentos soportan esta tesis?

El hecho de que un cuidador repita con sus infantes los modelos que aprendió, dan lugar a la discusión de los autores frente a las diferentes formas como se transmite el apego y el por qué este se repite con el pasar de las generaciones, lo que les permite contemplar desde el punto de vista relacional, la forma como los vínculos humanos, y la forma como se crean dichos vínculos, permanece en el tiempo.

¿Cuáles son las limitaciones de esta tesis?

Los autores no contemplan aquí la posibilidad de que ese patrón de apego generacional cambie cuando es desadaptativo, ni permiten generar un espacio de discusión dentro del texto para pensar en las diferentes opciones que pueden presentarse al momento de cambiar los modelos de apego antes aprendidos.

RESEÑA ANALÍTICA N° 13

Sigmund Freud

Manuscrito G

1895

¿Cuál es la tesis del autor?

Freud en comunicación con su amigo Wilhelm Flies discuten la naturaleza de la melancolía, la cual Freud, en un principio describía desde un punto neurológico, pero más adelante, agrega elementos de orden relacional y psicológico.

¿Qué argumentos soportan esta tesis?

Freud le expone a Flies las hipótesis que, como neurólogo, ha venido construyendo en torno al fenómeno de la melancolía, la cual, en un principio explica de forma genética, acusando de hereditaria su naturaleza, pero así mismo deja la carta abierta al debate con su amigo, para que este pudiese contribuir activamente a la construcción de una comprensión más amplia sobre la melancolía.

¿Cuáles son las limitaciones de esta tesis?

Freud aquí sólo contemplo la parte biológica de los trastornos melancólicos, lo que más adelante corregiría aludiendo a la parte relacional y ligándolo con la pérdida de los objetos reales.

RESEÑA ANALÍTICA N° 14

Sigmund Freud

Tres ensayos sobre una teoría sexual

1905

¿Cuál es la tesis del autor?

Freud describe aquí las concepciones de su teoría del desarrollo humano, en las etapas psicosexuales, que le valieron en gran parte, las bases de muchas de sus propuestas teóricas y técnicas, lo que le permitió explicar de una manera más integral el devenir humano en términos de desarrollo esperado y las alteraciones del mismo.

¿Qué argumentos soportan esta tesis?

Para Freud, el desarrollo psicosexual del ser humano se llevaba a cabo en un entramado complejo e integrador de los beneficios que le permitía adaptarse y las vicisitudes que podrían presentárseles, así como la posibilidad de encontrar una zona erógena en el cuerpo que determinara el cómo iba a explorarse el mundo, y por dónde se iban a satisfacer las pulsiones de eros.

¿Cuáles son las limitaciones de esta tesis?

Quizás Freud, desde mi punto de vista, no fue lo suficientemente claro para la época y sus etapas del desarrollo psicosexual fueron tomadas en un primer momento como lineales, causalistas y poco expresivas del desarrollo humano, tema que aclaro en los años posteriores a sus críticas.

RESEÑA ANALÍTICA N° 15

Sigmund Freud

Introducción al Narcisismo

1914

¿Cuál es la tesis del autor?

Freud plantea la existencia de dos formas de contemplar el involucramiento libidinal de los individuos, cuando se envuelven a sí mismos, que es cuando no reconocen otros objetos además de sí, y cuando diferencian el yo del no-yo, lo que le permitió, mediante el mito de Narciso, explicar el funcionamiento de dicho mecanismo y sus consecuencias.

¿Qué argumentos soportan esta tesis?

Para Freud, Los mecanismos que actúan frente al involucramiento del mundo, y con él los objetos que lo conforman, son un gran determinante para potencializar los recursos que el individuo posee, o bien pueden generar limitaciones al momento de operar frente a dichos objetos, es así que se decide conceptualizar estas ideas a la luz del mito de Narciso.

¿Cuáles son las limitaciones de esta tesis?

Freud dejó de lado, en este momento histórico, las variables de tipo relacional que afectan el hecho de que sea más o menos sencillo envolver el mundo de forma libidinal, lo que limitó un poco la visión explicativa del psicoanálisis para 1914.

RESEÑA ANALÍTICA N° 16

Sigmund Freud

Duelo y Melancolía

1917

¿Cuál es la tesis del autor?

Freud realiza la comparación del duelo con los síntomas melancólicos en el que sería su único libro relacional, en donde tiene en cuenta que, para el melancólico, lo principal es estimular la capacidad de envolver el mundo nuevamente, lo que ayudará a re captar la libido puesta en un objeto que, real o psicológicamente, ya no está, Y esto será la base de la comprensión Freudiana de las depresiones.

¿Qué argumentos soportan esta tesis?

Freud argumenta que en el momento en el que se sufre una pérdida, por la misma naturaleza finita humana, esta pérdida genera en el yo de un individuo un dolor y un malestar específicos, denominados melancolía, y expone de manera clara y sistemática las formas como puede evolucionar, hasta llegar a feliz término, o bien, hasta llegar a un punto desadaptativo en el que se convierte en una condición patológica.

¿Cuáles son las limitaciones de esta tesis?

Freud pasó de largo la importancia de examinar otros tipos de síntomas que se relacionan cercanamente con la depresión, como lo es el delirio y la manía, que expondrá entonces en otros apartados, así como limitarse a describir de manera verás la melancolía, dejando de lado su técnica interventiva.

RESEÑA ANALÍTICA N° 17

Sigmund Freud

Más Allá del principio del placer

1920

¿Cuál es la tesis del autor?

Freud manifiesta un interés por las percepciones de los individuos a vivir dentro de un modelo de satisfacción hedonista de buscar el placer y evitar el dolor, pero, explica que existen situaciones cotidianas en las que se recurre al sufrimiento propio para alcanzar fines mayores, y conceptualiza las formas como los seres humanos construyen estas comprensiones casi altruistas, que le permiten adaptarse a la mayoría de las situaciones.

¿Qué argumentos soportan esta tesis?

Freud expone que el ser humano, en un intento por integrar sus objetos envueltos libidinalmente es capaz de renunciar al principio del placer para poder conseguir beneficios sociales y culturales que le permitan avanzar en el desarrollo evolutivo individual y colectivo. Para ello, toma varios ejemplos cotidianos que le permiten ejemplificar dicho estudio.

¿Cuáles son las limitaciones de esta tesis?

Freud pasa de largo el hecho de que el altruismo social siempre ha existido a nivel humano, solo que este cambia dependiendo de la cultura en la que se encuentre y que, como expondrá años más tarde, este evoluciona hasta convertirse en una suerte de beneficio, y por qué no, de satisfactor primario de las pulsiones más complejas.

RESEÑA ANALÍTICA N° 18

Sigmund Freud

Dos artículos de Enciclopedia

1923

¿Cuál es la tesis del autor?

Freud escribe para la enciclopedia real británica, dos ensayos que permiten construir, hasta 1923 las bases y los supuestos teóricos y técnicos de la ciencia psicoanalítica, lo que aclara fundamentalmente, las ambivalencias conceptuales que hasta el momento se tenían frente al psicoanálisis.

¿Qué argumentos soportan esta tesis?

Freud expone sus ideas de forma clara, como si de un diccionario se tratase la redacción, para poder ser lo más claro frente a temas como el objeto de estudio psicoanalítico, los pilares básicos, aspectos técnicos de las intervenciones en análisis entre los más destacados.

¿Cuáles son las limitaciones de esta tesis?

Para el año 1923 la ciencia psicoanalítica aún estaba en su fase más rudimentaria, a pesar de ya tener las bases sólidas de sus marcos paradigmáticos y epistemológicos, se notaron, años posteriores, los cambios y las evoluciones que dicha técnica y ciencia ha tenido.

RESEÑA ANALÍTICA N° 19

Melanie Klein

Contribución a la psicogénesis de los estados maniaco-depresivos

1935

¿Cuál es la tesis del autor?

Melanie Klein, basándose en los postulados de la agresión de K. Abraham y en las conceptualizaciones hechas por Joan Rivière sobre los beneficios de la agresión en el desarrollo evolutivo, explica de manera clara como, desde este punto de vista, se comprende el origen de los estados maniaco-depresivos.

¿Qué argumentos soportan esta tesis?

Klein organiza de manera sistemática los detonantes para que un individuo con ciertas características desarrolle estados maniacos y depresivos enmarcándolo dentro de un modelo, hasta esta fecha incipiente, como lo era la posición depresiva, explicando que, como argumentaba Abraham, la agresión poseía un papel crucial en el desarrollo de estos estados.

¿Cuáles son las limitaciones de esta tesis?

Klein pasa por alto las limitaciones que la coloca a su teoría y, deja de observar los diferentes aspectos sociales y culturales que también influyen los estados maniaco depresivos.

RESEÑA ANALÍTICA N° 20

Melanie Klein

El duelo y su relación con los estados maniaco depresivos

1940

¿Cuál es la tesis del autor?

Melanie Klein retoma la comparación hecha por Freud en 1917 sobre el duelo y los síntomas melancólicos, exponiendo aquí la idea central de su teoría, la posición depresiva, la cual, para ella, es un fin analítico y el ideal de desarrollo que debe ser guía para definir los conceptos de integración y para vivir bajo un principio de realidad.

¿Qué argumentos soportan esta tesis?

Melanie Klein afirma que, para las personas en proceso de duelo, la libido agresiva es puesta en funcionamiento en tanto es re captada frente a los fenómenos de la pérdida que se ha vivido, para lo cual es importante que se reconozca la calidad y beneficio de, si bien sufrir por la pérdida y por la angustia que le despierta el no coincidir con sus objetos externos, es un fin de integración bajo la mirada del principio de realidad.

¿Cuáles son las limitaciones de esta tesis?

Klein retoma los postulados de Abraham y Riviére, pero pasa por alto los aportes de psicoterapeutas importantes como Michael Balint, quién habla de esta comparación y la incluye en categorías más amplias que le permiten una integralidad más compleja, lo que enriquece de manera significativa las comprensiones teóricas del duelo.

RESEÑA ANALÍTICA N° 21

Melanie Klein

Notas sobre algunos mecanismos esquizoides

1946

¿Cuál es la tesis del autor?

Klein describe las fases tempranas del desarrollo del yo del infante, el cual, para ella, posee un yo rudimentario, con unos mecanismos específicos al momento de nacer, lo que la diferencia sustancialmente de Freud y los Freudianos. Así mismo, describe la posición esquizo-paranoide, como una antecesora de la posición depresiva, complementándola con sus ansiedades persecutorias, y sirviendo de base para la explicación del desarrollo infantil.

¿Qué argumentos soportan esta tesis?

Para Klein, al momento de nacer, el yo del niño, si bien no formado completamente, viene con un repertorio innato que le permite adaptarse a las experiencias tempranas del desarrollo, este nace así mismo con unas defensas que va a desarrollar dependiendo de cómo experimente las experiencias de vida al crecer.

¿Cuáles son las limitaciones de esta tesis?

Melanie Klein no fue muy clara, como lo aclara años más tarde, en el funcionamiento específico de las ansiedades persecutorias de la posición esquizo – paranoide, lo que al momento de la lectura implica consultar varios escritos de forma simultánea.

RESEÑA ANALÍTICA N° 22

Melanie Klein

Envidia y Gratitude

1957

¿Cuál es la tesis del autor?

Klein explora las alternativas de descarga de la libido agresiva contemplándolas a la luz de los sentimientos de culpa, la necesidad de reparación y las formas como estas se expresan mediante las conductas de envidia y la posibilidad de la gratitud.

¿Qué argumentos soportan esta tesis?

Dentro de las comprensiones Kleinianas, la agresión cuenta con un papel principal, puesto que es esta la que impulsa al infante hacia los sentimientos de agresión que socaban el detrimento de las relaciones con el objeto primario, lo que le genera culpa y una ansiedad de reparación que, cuando es llevada a feliz término, genera los sentimientos de gratitud que ayudan a el infante a integrar y a llegar a la posición depresiva.

¿Cuáles son las limitaciones de esta tesis?

Melanie Klein aborda el fenómeno de la envidia y la gratitud desde una perspectiva que le permitió recoger los postulados de Riviére y Abraham, pero que no incluyen las valiosas propuestas de los demás pensadores de la ciencia analítica, lo que supone una delimitación de los fundamentos teóricos que impide el enriquecimiento de la misma comprensión.

RESEÑA ANALÍTICA N° 23

Mario Marrone

Teoría del Apego

2001

¿Cuál es la tesis del autor?

Mario Marrone hace un recorrido histórico – documental de las propuestas clásicas del apego en Bowlby y Ainsworth, recogiendo así las principales conceptualizaciones de dicha teoría.

¿Qué argumentos soportan esta tesis?

Al conocer de antemano el trabajo de John Bowlby, Mario Marrone puede organizar de manera sistemática las ideas de Bowlby de tal forma que sean legibles y comprensibles, así como enmarcarlas dentro de un contexto histórico particular y de un momento social específico.

¿Cuáles son las limitaciones de esta tesis?

Si bien es una recopilación muy rigurosa, a veces se piensa que es la interpretación de Marrone la que está puesta en el texto, lo que no permite, en algunos puntos, decantar completamente las ideas de John Bowlby o de Mary Ainsworth.

RESEÑA ANALÍTICA N° 24

Johan Riviére

Odio, Voracidad y Agresión

1936

¿Cuál es la tesis del autor?

Riviére afirma que la agresión está íntimamente relacionada con el desarrollo positivo y la maduración exitosa de los seres humanos, y explica de manera clara, con ejemplos cotidianos, el cómo estas ideas tienen relevancia al momento de explicar los fenómenos individuales y colectivos.

¿Qué argumentos soportan esta tesis?

Para Riviére, la agresión permite que una parte rudimentaria del yo exprese, mediante afectos, las sensaciones que le causan malestar, y así mismo, este yo individual puede aprender a enfocar estos afectos en cosas que sean positivas y benéficas, tanto para sí mismo como para los demás, lo que implica que la agresión está relacionada con los buenos síntomas del desarrollo positivo.

¿Cuáles son las limitaciones de esta tesis?

Si bien los postulados están basados en las propuestas de Abraham, debido a la brevedad del texto no se le da la relevancia que se espera, y por lo tanto, estas ideas quedan relegadas a las lecturas complementaria, sabiendo que en el mismo texto Riviére no amplió sus ideas demasiado.

RESEÑA ANALÍTICA N° 25

René Spitz

Hospitalism: An Inquiry Into the Genesis of Psychiatric Condition in Early Childhood I

1945

¿Cuál es la tesis del autor?

Spitz expone sus ideas frente a la conceptualización de un síndrome infantil con unas características muy parecidas a las de la depresión, pero con una sintomatología diferencial y, puesto que este síndrome se presenta en niños con unas carencias afectivas evidentes, fue necesario exponer nuevos términos nosológicos para poder incluirlos dentro de las categorías diagnósticas.

¿Qué argumentos soportan esta tesis?

Spitz se interesó por comprender el cómo los niños que sufren, durante un periodo prolongado de tiempo, la carencia de cuidados primarios y afecto por parte de una figura materna, manifiestan algunos síntomas muy similares a la depresión en el adulto y construyó una nueva categoría nosológica en el psicoanálisis llamada el Hospitalismo.

¿Cuáles son las limitaciones de esta tesis?

René Spitz, a pesar de ser un pensador Post – Kleiniano, se aleja de la concepción de Klein de que el niño posee un yo rudimentario, lo que posiblemente enriquecería aún más esta construcción técnica y teóricamente.

RESEÑA ANALÍTICA N° 26

René Spitz

Anaclitic Depression: An Inquiry Into the Genesis of Psychiatric Condition in Early Childhood II

1946

¿Cuál es la tesis del autor?

Spitz evidenció la problemática del hospitalismo, basándose en los síntomas anteriores que presentaban los niños, los cuales se mostraban más irritables, faltos de apetito y con una ansiedad por la búsqueda del contacto físico, lo que denominó Depresión anaclítica.

¿Qué argumentos soportan esta tesis?

Spitz se interesó por comprender el cómo los niños que sufren, durante un periodo corto de tiempo, la carencia de cuidados primarios y afecto por parte de una figura materna, manifiestan algunos síntomas muy similares a la depresión en el adulto y construyó una nueva categoría nosológica en el psicoanálisis llamada la depresión anaclítica.

¿Cuáles son las limitaciones de esta tesis?

René Spitz, a pesar de ser un pensador Post – Kleiniano, se aleja de la concepción de Klein de que el niño posee un yo rudimentario, lo que posiblemente enriquecería aún más esta construcción técnica y teóricamente.

RESEÑA ANALÍTICA N° 27

René Spitz

No and Yes: On the Genesis of Human Communication

1957

¿Cuál es la tesis del autor?

René Spitz presenta una investigación sobre los comienzos ontogénicos del hombre, sobre los procesos mediante los cuales la especie logra su dignidad de ser humano. Su tema es el origen de la semántica y la comunicación verbal, los comienzos de los procesos del pensamiento y de la formación de conceptos.

¿Qué argumentos soportan esta tesis?

El autor combina estas exploraciones sucesivas en un cuadro panorámico en el que la ontogénesis del yo, el despliegue y la formación de las relaciones objetales, la fundación y el establecimiento de la estructura de la personalidad y el logro total de las relaciones sociales sean presentados desde un punto de vista psicoanalítico.

¿Cuáles son las limitaciones de esta tesis?

René Spitz, a pesar de ser un pensador Post – Kleiniano, se aleja de la concepción de Klein de que el niño posee un yo rudimentario, lo que posiblemente enriquecería aún más esta construcción técnica y teóricamente.

RESEÑA ANALÍTICA N° 28

René Spitz

A Genetic Field theory of Ego Formation. Its Implications for Pathology

1959

¿Cuál es la tesis del autor?

Spitz, retomando las ideas heredadas por Anna Freud, conceptualiza un modelo de desarrollo de las relaciones objetales basándose en el supuesto de que los objetos no pueden formarse hasta que el yo del niño aparezca en su psique, por lo tanto, describe la forma como este objeto va adquiriendo forma dentro del niño, a la par que este desarrolla su yo.

¿Qué argumentos soportan esta tesis?

El niño posee unas herramientas básicas, que son producto de la genética y la evolución, las cuales le son útiles para irse apropiando, de manera casi que intuitiva, de los objetos que lo rodea, y así mismo, ir desarrollando su yo, y las defensas que con este lleguen.

¿Cuáles son las limitaciones de esta tesis?

René Spitz, a pesar de ser un pensador Post – Kleiniano, se aleja de la concepción de Klein de que el niño posee un yo rudimentario, lo que posiblemente enriquecería aún más esta construcción técnica y teóricamente.

RESEÑA ANALÍTICA N° 29

René Spitz

The First Year of Life

1965

¿Cuál es la tesis del autor?

René Spitz centró su atención en describir, a manera de desarrollo ideal, las múltiples vías que pueden tomar los infantes al momento del desarrollo, lo que le ayudó a encontrar las dificultades y los fenómenos cruciales que posibilitaban o impedían la aparición de los trastornos descritos como Hospitalismo y Depresión anaclítica.

¿Qué argumentos soportan esta tesis?

El niño posee unas herramientas básicas, que son producto de la genética y la evolución, las cuales le son útiles para irse apropiando, de manera casi que intuitiva, de los objetos que lo rodea, y así mismo, ir desarrollando su yo, y las defensas que con este lleguen.

¿Cuáles son las limitaciones de esta tesis?

René Spitz, a pesar de ser un pensador Post – Kleiniano, se aleja de la concepción de Klein de que el niño posee un yo rudimentario, lo que posiblemente enriquecería aún más esta construcción técnica y teóricamente.

RESEÑA ANALÍTICA N° 30

Donald Winnicott

Transitional Objects and Transitional Phenomena.

1951

¿Cuál es la tesis del autor?

Winnicott conceptualizó la idea de que, el niño, para poder evitar el sufrimiento de la pérdida del objeto materno, y adaptar su Psique al mundo que lo circunda, presenta espacios, fenómenos y objetos transicionales que lo ayudan a crear puentes entre esa dependencia absoluta de los objetos de cuidado, y lo encamina hacia un proceso de autonomía e independencia.

¿Qué argumentos soportan esta tesis?

El hecho, remarca Winnicott, de que el niño pueda organizar sus propios esquemas de comportamiento, adaptándose a la pérdida de la madre, cargando los objetos con libido y recreando con ellos las sensaciones que le produce la presencia física de la madre, es un indicador de desarrollo positivo y saludable, el cual debe ser estimulado.

¿Cuáles son las limitaciones de esta tesis?

Winnicott no dejó evidencia, por lo menos para este año, de la influencia de estos objetos en el desarrollo de patologías o en beneficio de curar pérdidas afectivas significativas, es decir, no lo relacionó con el duelo, lo que lo enriquecería de forma teórica.

RESEÑA ANALÍTICA N° 31

Donald Winnicott

On the Contribution of Direct Child Observation to Psycho-Analysis

1957

¿Cuál es la tesis del autor?

Winnicott rescata la idea de que el ejercicio cuidadoso, sistemático y riguroso de la observación de infantes en su medio cotidiano aportaba múltiples hallazgos a la conceptualización de una teoría del desarrollo que se encaminara más hacia lo relacional, teniendo en cuenta los vínculos tan fuertes y significativos que se generan en esta etapa de la vida.

¿Qué argumentos soportan esta tesis?

El hecho de que el ser humano sea tan vulnerable y dependa por tanto tiempo de un cuidador en la infancia hace que se generen lazos afectivos muy significativos con aquella figura de cuidado y soporte que permite el buen desenvolvimiento del niño en el medio.

¿Cuáles son las limitaciones de esta tesis?

Si bien Winnicott fue muy cuidadoso al momento de realizar sus observaciones clínicas, es bien importante notar que aquí no había descubierto la importancia de las funciones maternas en el desarrollo positivo del infante, lo que le hubiese permitido ampliar las visiones explicativas y comprensivas frente a este fenómeno.

RESEÑA ANALÍTICA N° 32

Donald Winnicott

The Theory of the Parent-Infant Relationship

1960

¿Cuál es la tesis del autor?

Winnicott afirma aquí que la relación padre y/o madre – hijo es una de las causas más importantes en el desarrollo, bien sea positivo y duradero, o en el desarrollo tardío de patologías que impliquen un desajuste al contexto y generen malestar en el individuo.

¿Qué argumentos soportan esta tesis?

El hecho de que el ser humano sea tan vulnerable y dependa por tanto tiempo de un cuidador en la infancia hace que se generen lazos afectivos muy significativos con aquella figura de cuidado y soporte que permite el buen desenvolvimiento del niño en el medio.

¿Cuáles son las limitaciones de esta tesis?

Winnicott solo contempla a los padres como las figuras de cuidado, lo que más adelante, lo teóricos del apego dirá, es una exclusión que no permite incluir dentro de estas explicaciones a los niños que crecen institucionalizados o son huérfanos.

RESEÑA ANALÍTICA N° 33

Donald Winnicott

From Dependence towards Independence in the Development of the Individual

1963

¿Cuál es la tesis del autor?

Winnicott dibuja un recorrido conceptual en el que, basándose en su amplia experiencia clínica, los infantes se manifiestan para pasar de una dependencia absoluta al cuidador, a lograr esos procesos de autonomía e individuación que son significado de un desarrollo positivo y duradero.

¿Qué argumentos soportan esta tesis?

El hecho de que los niños generen espacios, fenómenos y objetos transicionales le permite a Winnicott hablar de un proceso dinámico en el que la psique del pequeño evoluciona siempre en dirección a buscar la autonomía y la satisfacción por sus propios medios de las pulsiones y los deseos, así mismo como el poder explorar el mundo por cuenta propia.

¿Cuáles son las limitaciones de esta tesis?

Winnicott no dejó evidencia de la influencia de estos estados en el desarrollo de patologías lo que no nos permite evidenciar posibles alteraciones en el desarrollo de estos procesos de autonomía e individuación.

RESEÑA ANALÍTICA N° 34

Donald Winnicott

The Family and Individual Development

1965

¿Cuál es la tesis del autor?

Winnicott remarca aquí la importancia de un ambiente facilitador que le permita al niño tener la seguridad necesaria para poder explorar el mundo a un ritmo adecuado, entregándole así la sensación de acompañamiento por parte de los cuidadores, pero también la suficiente libertad para desarrollar su independencia.

¿Qué argumentos soportan esta tesis?

Winnicott enuncia aquí las funciones que debe cumplir una madre (como rol materno que puede ser asumido por hombres o mujeres) suficientemente buena, lo que le permite encontrar caminos para el buen desarrollo del infante con la influencia familiar.

¿Cuáles son las limitaciones de esta tesis?

Winnicott se limitó a trabajar con la familia nuclear, lo que no le permitió contemplar otras posibles formas de asumir los roles maternos y las funciones maternas (por ejemplo, por los abuelos), lo que delimita esta conceptualización, para este año, ya que esto se corrige más adelante.

RESEÑA ANALÍTICA N° 35

Donald Winnicott

Escritos de pediatría y psicoanálisis

1999

¿Cuál es la tesis del autor?

Winnicott registra, por casi 10 años, las experiencias clínicas que ha tenido con pacientes infantiles y sus madres, dando cuenta así de una importante fuente de información que le permitió avanzar en la conceptualización de los diferentes modelos de desarrollo que propone.

¿Qué argumentos soportan esta tesis?

La amplia experiencia clínica, acompañada de las sesiones de supervisión, la formación en la Sociedad Británica de Psicoanálisis y el intercambio de propuestas con otros autores ingleses le permitieron a Winnicott encontrar en su trabajo los insumos necesarios para poder enriquecer la teoría psicoanalítica a la luz de nuevas experiencias de análisis.

¿Cuáles son las limitaciones de esta tesis?

Si bien la experiencia clínica es muy importante, Winnicott se limitó a registrar la misma, pero nunca anotó las modificaciones graduales de su técnica, o los pensamientos preliminares que lo llevaron a conceptualizar su teoría, lo que nos deja sin los insumos necesarios para plantear un seguimiento a la evolución de su pensamiento.

Yo no soy de los vuestros

Perspectivas teóricas del psicoanálisis para el abordaje de
las depresiones y su relación con la teoría del apego
(revisión documental)

Santiago Gualteros González

Supervisor de Trabajo de Grado
Juan Guillermo Manrique López



Yo no soy de los vuestros: perspectivas teóricas del psicoanálisis para el abordaje de las depresiones y su relación con la teoría del apego (revisión documental) -

Esta cartilla es el resultado de la experiencia investigativa del trabajo de grado del autor, para obtener el título de psicólogo por parte de la universidad Santo Tomás, como un aporte a la formación de futuros colegas y de ampliar, de forma pedagógica, las visiones explicativas y comprensivas sobre las depresiones desde las propuestas psicoanalíticas, así como remarcar la importancia que este fenómeno ha adquirido en nuestro contexto particular y el por qué representa un reto para los psicólogos en formación abordar las depresiones.

Autor:

Santiago Gualteros González

Supervisor de Trabajo de Grado:

Juan Guillermo Manrique López

Diseño y Diagramación:

Carolina Nieto Matiz

Ilustración:

Carolina Nieto Matiz

Impresión:

Ricardo Rojas Sierra

ISBN - 978-9584680204

Queda permitida su reproducción total o parcial por el medio que sea, siempre que se cite la fuente.

Autor

Santiago Gualteros González

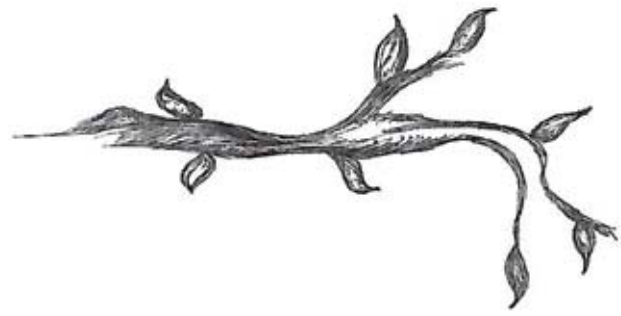
Santiago Gualteros González, estudiante de la facultad de psicología de la universidad Santo Tomás desde 2010 hasta 2015. Participó activamente en los programas de monitoría como asesor en trabajo extra clase en las materias de fundamentos de la investigación psicológica y proceso psicológico y desarrollo infantil durante su formación académica, así mismo, fue ponente en la primera feria de la motivación celebrada en la facultad de psicología de la Universidad Santo Tomás, sede Villavicencio.

Ilustradora

Carolina Nieto Matiz

Carolina Nieto M. es Publicista egresada de la Universidad Central en el año 2014. Se ha caracterizado por ejercer cargos principalmente como el de Ejecutiva de Cuenta en agencias de Publicidad y agencias de medios atendiendo las diferentes necesidades de las marcas que tiene a cargo; además de esto, ha participado en algunas publicaciones de revistas juveniles colaborando con parte de la ilustración de estas. Se destaca por la línea abstracta que maneja en la mayoría de sus ilustraciones.





Son muchas las personas a las que debo dar gracias por acompañarme durante este maravilloso camino, ya que fue gracias a ellas que permanecí firme en este viaje, y, aunque las palabras no alcancen, quiero acercar mis más sinceros afectos de agradecimiento:

A mis padres, Wilson Fernando y María Amparo, quienes dejaron de ser y estar, para que yo fuese y estuviese, por medio del amor y el respeto; con total entrega, sin esperar nunca nada más de mí.

A Dhiana Espitia-Jaramillo y a Magnolia Tirado-Cuellar, porque al igual que la luz de Elendil, ellas me iluminaron en los lugares más oscuros, cuando todas las demás luces se extinguieron.

Y con mucho cariño, y muy especialmente, a Juan Guillermo Manrique López, quien no solo me enseñó teoría y técnica del psicoanálisis, la cual me salvó la vida varias veces, sino que además me regaló un estilo de vida.



➔ Índice

• ¿Por qué estudiar las depresiones?	05
• ¿Por qué abordar las depresiones desde el Psicoanálisis?	06
• Principales autores del psicoanálisis	07
• Evolución histórica del concepto de depresión y su terapéutica	09
• Algunas comprensiones de depresión en el psicoanálisis clásico	11
• Análisis	14
• Conclusiones	17
• Referencias bibliográficas	20



➔ ¿Por qué estudiar las depresiones?



La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño y/o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración (Organización Mundial de la Salud, 2014). Es un trastorno frecuente, que afecta a más de 350 millones de personas alrededor del mundo, siendo esta la principal causa mundial de discapacidad y contribuye de forma muy importante a la tasa mundial de morbilidad, afecta más a la mujer que al hombre y en el peor de los casos, la depresión puede llevar al suicidio (Organización Mundial de la Salud, 2012). Así mismo, para el año 2018, se estima que la depresión será uno de los dos motivos de consulta más frecuentes de los servicios de salud, junto con las enfermedades cardiovasculares (Íbid.)

Ahora bien, centrando nuestra atención en Colombia, la Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM) realizada para el año 2015 por el Ministerio de salud y protección social revela que solo 3 de cada 10 colombianos reconocen la tristeza en expresiones cotidianas, expresiones faciales o manifestaciones latentes (Correa, 2015), también, la encuesta revela que el 6.6 % de los adolescentes entrevistados han tenido ideas suicidas y el 37.6 % de los mismos ha intentado quitarse la vida (Ministerio de salud y Protección social, 2015), lo cual, teniendo en cuenta que en esta cohorte de edad, los trastornos del estado del ánimo, los trastornos de la ansiedad y los trastornos por consumo de sustancias están relacionados con ese fenómeno.

Por último, Benzión Winograd (2005) enuncia que la polisemia del término depresión puede (y debe) alcanzar grados intensos y extensos en lo que corresponde al estudio de dicho fenómeno. El cual puede presentar diferentes extensiones y caracterizar distintas estructuras psicopatológicas, debido a su grado de extensión, tanto a nivel científico como en la cotidianidad (expresiones del tipo “estoy deprimido” o “ésta persona sufre de una depresión”, “padece de un trastorno maníaco-depresivo”, presenta núcleos depresivos, “tiene ansiedades depresivas”, etc.) nos han llevado a la conclusión que para el abordaje de este fenómeno se debe tener en cuenta la pluralidad de términos que lo acompañan, por eso nos referiremos a él como las depresiones, en plural.

➔ **¿Por qué abordar las depresiones desde el psicoanálisis?**

Al interior de las teorías psicoanalíticas, si uno las revisa cuidadosamente, se dará cuenta que siempre ha existido un interés latente y significativo por comprender, conceptualizar y tratar los diferentes estados de la depresión, lo que ha llevado a algunos autores (Melanie Klein, René Spitz, etc.) a hacer de ésta un concepto fundamental en sus teorías del desarrollo.

Psicoanálisis es el nombre: 1) de un procedimiento que sirve para indagar procesos anímicos difícilmente accesibles por otras vías; 2) de un método de tratamiento de perturbaciones neuróticas, fundado en esa indagación, y 3) de una serie de intelecciones psicológicas, ganadas por ese camino, que poco a poco se han ido coligando en una nueva disciplina científica (Freud, 1923, pág. 228) .

Por lo tanto, podremos afirmar que, de una manera muy personal, se considera que para el abordaje de las depresiones y las diferentes formas de manifestación de las mismas dentro de un espacio de enseñanza, es importante contar con la integralidad que brindan los teóricos del psicoanálisis, ya que no sólo relacionan el trastorno con un malestar actual y duradero, sino que también hablan de las posibilidades de desarrollo y del cómo, para algunos, es un sinónimo de crecimiento y desarrollo psicológico.



➔ Principales autores del psicoanálisis



Sigmund Freud (Príbor, Austria 1856 - Londres 1939)

Médico Neurólogo, considerado el padre del psicoanálisis y una de las mayores figuras del pensamiento occidental del siglo XX



Karl Abraham (Bremen 1887 - Berlín 1925)

Psicoanalista alemán, uno de los primeros alumnos del profesor Freud, y analista de varias figuras importantes en el psicoanálisis como M. Klein



Sandor Ferenczi (Miskolc, Hungría 1873 - Budapest 1933)

Psicoanalista destacado, amigo íntimo y científico de Freud. Uno de los Fundadores de la I.P.A



Ana Freud (Viena 1895 - Londres 1982)

Hija de S. Freud, importante psicoanalista que centró su atención en la investigación infantil y en la psicología de la infancia.



Melanie Klein (Viena 1882 . Londres 1960)

Creadora de una de las teorías más impactantes a nivel de desarrollo en los últimos 100 años, Fundadora de la escuela inglesa de psicoanálisis además de entregar importantes contribuciones a la terapéutica infantil.



Michael Balint (Budapest 1896 - Londres 1970)

Fue alumno de Ferenczi y después de Abraham, Psicoanalista y Bioquímico quien realizó importantes conceptualizaciones sobre la terapéutica y la relación terapéutica.



Donald W. Winnicott (Plymouth, Inglaterra 1896 - Londres 1971)

Psiquiatra, pediatra y psicoanalista, fue supervisado por Melanie Klein en su formación como analista. Centró su atención en la importancia de las relaciones y la calidad de las mismas en la infancia y el cómo esto afectaría a largo plazo.



Heinz Kohut (Viena 1913 - Chicago 1981)

Psicoanalista que centró su trabajo en el narcisismo, discutiendo algunos de los postulados freudianos, además de ser el iniciador de la corriente Self-psychology.



René Spitz (Viena 1887 - Denver 1974)

Médico y psicoanalista analizado por el profesor Freud, colaboró algunos años con Ferenczi y trabajo bajo las ideas de Ana Freud. Realizó propuestas sobre la influencia del abandono en la infancia y de la importancia de la calidez en las relaciones primarias.

John Bowlby (Londres 1907 - Skye Island, Escocia 1990)

Psicoanalista inglés del grupo de los independientes, centró su atención en los vínculos significativos y duraderos que se crean con las figuras primarias a tempranas edades y fue pionero en las propuestas conceptuales de la Teoría del Apego.



Jacques Lacan (París 1901 - París 1981)

Médico psiquiatra y psicoanalista francés quien realizó importantes aportes a la ciencia psicoanalítica relacionados con la importancia del lenguaje como medio de relación terapéutica. primarias a tempranas edades y fue pionero en las propuestas conceptuales de la Teoría del Apego.



André Green (El Cairo 1927 - París 2012)

Psiquiatra y psicoanalista francés quien enfatiza la importancia de los afectos en la vida psicológica, ampliando la metapsicología Freudiana.



Wilfred Bion (Mathura, India 1897 - Oxford 1979)

Psiquiatra y psicoanalista británico que realizó importantes contribuciones a la terapéutica de las psicosis desde el método analítico.





Evolución histórica del concepto de depresión y su terapéutica

Concepto

“En su categoría de agente meramente patógeno, sin haber llegado aún a humor principal con papeles tanto normales como patológicos en el siglo V a.C., la bilis negra «era considerada la responsable de toda una serie de variadas enfermedades que iban del dolor de cabeza, vértigo, parálisis, espasmos, epilepsia y otros desórdenes mentales, a las fiebres cuartanas, las enfermedades del riñón, el hígado y el bazo» (...) la bilis amarilla normal podía convertirse en negra debido a la corrupción y que esa bilis negra producía enfermedades, especialmente la «enfermedad de la bilis negra», llamada melancolía” (Jackson, 1986, pág 19).

Antigua Grecia

La Melancholia al estar constituida por una parte física y otra mental, la primera era tratada con purgas, expulsiones, secreciones de sudor y vómitos controlados; una alimentación básica sin muchas carnes y poco vino, ejercicio moderado y, practicar el coito, para contrarrestar el desánimo y el aislamiento. Para la parte mental, se aconsejaba escuchar música alegre, evitar pensar y leer sobre cosas que den una visión teórica de la vida .

Terapéutica

La acedia, “este estado mental poco común y las conductas con él asociadas eran lo suficientemente molestos y comunes como para que se les prestara considerable atención en la época medieval (...) lo que la sociedad utilizaba para tratar de explicar y mejorar este estado eran fundamentalmente las creencias religiosas y, en menor grado, la medicina” (Jackson, 1986, pág. 68). “Casiano incita al trabajo manual como medida curativa, siguiendo también en esto a San Pablo como autoridad. Si bien en principio describe un enfoque benévolo y tranquilizador, al hablar de pacientes rebeldes e irresponsables insta a unas medidas mucho más duras, incluido el que sus hermanos lo abandonen y rehúyan. A lo largo de estos pasajes encontramos requerimientos contra la ociosidad y un énfasis en el trabajo” (Jackson, 1986, pág. 69). La penitencia, “constituía un tratamiento eficaz por sí solo para la recuperación de

Concepto

El origen de dicha enfermedad podía ser física o mental, existía una parte que podía estar influenciada por los espíritus demoniacos que facilitaban inclinación a satisfacer las pasiones por medio de las ocho tentaciones o malos pensamientos principales (Jackson, 1986, pág. 68). Respecto a la acedia, “Algunos autores modernos han interpretado el término como poco más de lo que hoy llamaríamos estado depresivo o como sinónimo de melancolía en su época. Otros lo han visto como un término que tan sólo indica pereza y negligencia. Tanto una interpretación como la otra son simplificaciones. Este estado no implicaba sólo aflicción y tristeza, aunque desde un princip-

io estuviera asociado a la tristitia (aflicción, tristeza, pesar), y la relación continuará a través de los tiempos; en los tratados sobre la acedia se encuentran frecuentes referencias a la desesperatio (desesperación), y a finales de la Edad Media intermitentemente se la asocia con la melancholia. Similarmente, a pesar de que se llegara a hablar de ella como «el pecado de la negligencia» o «de la pereza» en el último período del Medioevo y épocas posteriores, la acedia no era tan sólo pereza. Y, sin embargo, la laxitud, la preocupación, la inactividad, el no importarle a uno nada, y la negligencia eran todos ellos aspectos de la acedia en diversos grados y casos.” (Jackson, 1986, pág. 68).

Edad Media

la salud perdida por el pecado... Los autores de estos manuales... conocían por simpatía la naturaleza humana y tenían un deseo de liberar a hombres y mujeres de las obsesiones mentales y los desajustes sociales producidos por sus delitos... «No todos han de ser medidos por el mismo patrón, aunque hayan estado asociados en la misma falta», tiene que haber discriminación de acuerdo con cada caso. El médico de almas ha de... identificarse a sí mismo todo lo posible con el paciente. [A pesar de que a veces sean severos en sus prescripciones] los penitenciales revelan frecuentemente la circunspección del experimentado conocedor de almas, sabio de la ciencia de la naturaleza humana y deseoso de «socorrer la mente enferma” (Jackson, 1986, pág. 71).

Terapéutica

Renacimiento

Los autores del Renacimiento, definen la melancolía como un estado caracterizado por la tristeza y el miedo, sin razón aparente, que genera desconfianza, duda, desesperación e incluso ira, y en algunas ocasiones, disfrazada de alegría y risa falsa. Aunque algunos autores aún se acogían a la teoría de los humores, y la seguían considerando como significado de la bilis negra, otros trataban de alejarse hallando otras justificaciones como las cualidades de frialdad y sequedad de las personas que la padecen. Además, también exponían que involucran síntomas asociados a perturbaciones del juicio, la razón y la imaginación, por ello, era considerada una especie de delirio. Cabe resaltar que durante este período, el término melancolía pasa a ser de uso coloquial, por lo que era difícil diferenciar el uso médico del popular. (Jackson, 1986)

Concepto

Dependiendo de cómo se comprendiera la melancolía se distinguía una forma de tratamiento, sin embargo, entre los autores citados por Jackson (1986), existe el común denominador, de tratar a las personas con estado melancólico, y era someterlos a exposiciones de lo contrario, es decir, si el paciente melancólico se presentaba con tristeza, se trata con medicina alegre, y si el paciente reía demasiado, le correspondía la medicina triste. Igualmente, se recomendaba una dieta especial, la cual no ayudara a que se generara el humor melancolía, disfrutar de la compañía, impidiendo la soledad, practicar algún pasatiempo, darle prioridad a ambientes alegres y de juego, deleitarse con la música; todo esto con el objetivo de impedir pensar y estar solos, y así retornaría la razón.

Terapéutica

Entra en auge la epistemología mecanicista, y trajo consigo explicaciones médico - químicas, dejando atrás el modelo de los humores. Richard Blackmore (1726) menciona, en los apartados concernientes a la melancolía que algunos de los síntomas de la depresión podrían ser la tristeza profunda y la melancolía o un elevado estado lunático y de distracción. Robert Whytt relaciona la depresión mental con la decadencia del espíritu, la hipocondría y la melancolía (Whytt, 1768), Philippe Pinel da a la expresión *abatemet* (*abatimiento*) para designar la llamada depresión del espíritu, y hábito de desánimo y desaliento, para hablar de la depresión y el desánimo habituales, más cercanos a los síntomas melancólicos (1809). "Esta enfermedad continuó siendo descrita como una forma de locura y una enfermedad crónica sin fiebre. Seguía implicando normalmente un estado de aflicción y de temor sin causa aparente, y con alguna idea ilusoria fija como rasgo común. Insomnio, irritabilidad, inquietud y estreñimiento seguían siendo los rasgos más normales. Gradualmente la idea de la melancolía como locura parcial pasó de ser un rasgo más o menos común a ser considerado como un elemento esencial, pero este punto volvía a ponerse en duda hacia el fin de siglo" (Jackson, 1986, pág. 125)

Siglo XVIII

"La dieta había de ser ligera y de fácil digestión, con debida atención a que las comidas fueran calientes y húmedas en esta enfermedad seca y fría. También se destacaba la conveniencia de compañías alegres y actividades divertidas, baños calientes y ejercicio moderado. Generalmente da la impresión de que el que prescribe se hubiera repasado una lista de los seis no-naturales (aire, comida y bebida, reposo y movimiento, retención y evacuación, sueño y vigilia, perturbaciones de la mente)." (Jackson, 1986, pág. 126) Además, se usaban remedios evacuativos, medicinas hipnóticas, aguas minerales, sangrías y purgantes; lo cual devela que a pesar de que cambiaban las teorías sobre la melancolía, el tratamiento seguía igual (Jackson, 1986).

● Terapéutica

Se intenta separar las terminologías coloquiales de las médicas, así Wilhelm Griesinger (1892) introdujo el concepto *Die psychischen Depressionzustände* (estados de depresión mental) como sinónimos para melancolía, dejando así la depresión como sinónimo para un estado afectivo y más bien humoral. Ese mismo año Daniel H. Tucke describe la expresión de *mental depression* (depresión mental) como sinónimo de *melancholia*, y definía la depresión nerviosa como el concepto que se debe aplicar a veces a una inclinación morbosa o a una melancolía de duración breve (1892).

● Concepto

● Concepto

"A mediados del siglo XVII la melancolía era un síndrome clínico establecido en íntima asociación -prácticamente inseparable— con la teoría de los humores desde hacía ya unos doscientos años. De los pasajes fragmentarios de los escritos de Hipócrates a las importantes contribuciones de Rufo a la influyente presentación de Galeno, las descripciones de la enfermedad melancolía estaban claramente relacionadas unas con otras, y los muchos galenistas de los siglos sucesivos desarrollaron una tradición con un importante grado de coherencia clínica y unos rasgos explicatorios y terapéuticos que se mantenían unidos por la teoría humoral." (Jackson, 1986, pág. 101).

Se empezaron a utilizar opiáceos, aguas minerales purgantes y eméticos, o remedios evacuativos, así como diferentes técnicas para equilibrar los humores, como la flebotomía; con el objetivo de calmar, distraer y/o alegrar al paciente (Jackson, 1986).

● Terapéutica

Principalmente, se utilizaba el ambiente de terapia como servicio al paciente, donde se buscaba la génesis de la depresión, o también los pacientes eran internados en hospitales de reposo donde se realizaba la terapia junto con una dieta balanceada. Se hacían esfuerzos para que el paciente no volviera a rehacer o por lo menos detener el intento de suicidio (Jackson, 1986).

● Terapéutica

Siglo XVII

Siglo XIX

● Terapéutica

De acuerdo a la etapa de la melancolía, se trataba con diversas técnicas. Para Heinroth "si no se trataba suficientemente la enfermedad en sus primeros estadios, se tratará de calmar cualquier emoción y excitación, con eliminación de ruidos molestos, y si fuera necesario, se utilizaría la camisa de fuerza (1824). Si se presentaran apatía o rigidez, habrían de ponerse en práctica métodos poderosos de excitación, dado que habrá que contractuar «la tendencia del paciente a encerrarse en sí mismo», volviendo a despertar su «receptividad» (...) Los casos más graves requieren diversos remedios vacuativos, los «baños calientes, fomentos y fricciones» de los clásicos, y vinos y comidas alimenticias y tonificantes (Heinroth, 1824. pág. 359). Una vez lograda alguna mejoría, será conveniente «todo tipo de estímulos» además afirma que «la soledad, la inactividad o una habitación cerrada son venenos (pág. 360)

Así mismo, Heinroth afirma que para el paciente melancólico, será necesario probar cualquier cosa que pueda estimular su cuerpo y mantenerlo activo; y que es necesario despertarlo de su retiro en sí mismo y sacarlo de las ideas monótonas que lo corroen (pág. 249). Griesinger destaca la importancia de una intervención temprana y resuelta siempre que esto sea posible, comentando además que el tratamiento tiene que ser individualizado para cada paciente (1867). Afirma que "tanto el método psíquico como el somático son fundamentales, tanto si la patología básica puede consistir en lesiones orgánicas como si no; afirmando además que el tratamiento ha de dirigirse simultáneamente a la naturaleza física y mental del individuo" (Griesinger, 1867. págs. 460-461).

● Concepto

Emil Kraepelin en 1915, introduce el término "locura depresiva", pero continuó usando el concepto de melancolía y sus sinónimos acorde a la época y el de depresión para describir un estado de ánimo, así mismo acuñó el término de locura maniaco-depresiva.

Siglo XX

➔ Algunas comprensiones de depresión en el psicoanálisis



Sigmund Freud



● Concepto

● Terapéutica

“...que en algún punto hubo una elección de objeto, digamos una ligadura a una persona determinada; por obra de una afrenta real o un desengaño de parte de la persona amada se rompió parcialmente ese vínculo. El resultado, no fue el normal, que habría sido un quite de la libido de ese objeto y su desplazamiento a uno nuevo, sino otro distinto, que para producirse parece tener que cumplir con varias condiciones. La investidura del objeto resultó poco resistente, fue cancelada, pero la libido libre no se desplazó a otro objeto, sino que se retiró sobre el yo, pero ahí no encontró un uso cualquiera, sino que sirvió para establecer una identificación del yo con el objeto resignado. De esta manera hubo de mudarse en una pérdida del yo, y el conflicto entre el yo y la persona amada, en una bipartición entre el yo crítico y el yo alterado por identificación” (Freud, 1917, pág. 246).

“...el duelo, es reacción frente a la pérdida real del objeto de amor, pero además depende de una condición que falta al duelo normal o lo convierte, toda vez que se presenta, en un duelo patológico. La pérdida del objeto de amor es una ocasión privilegiada para que campee y salga a la luz la ambivalencia de los vínculos de amor. Y por eso, cuando preexiste la disposición a la neurosis obsesiva, el conflicto de ambivalencia presta al duelo una conformación patológica y lo compele a exteriorizarse en la forma de unos autorreproches, a saber, que uno mismo es culpable de la pérdida del objeto de amor, vale decir, que la quiso.” (Freud, 1917, pág. 248)

“En el melancólico podría destacarse casi que el rasgo opuesto: una acuciente franqueza que se complace en el desnudamiento de sí mismo. Ha perdido el respeto por sí mismo y tendrá buenas razones para ello. Esto nos pone ante una contradicción que nos depara un enigma difícil de solucionar. Siguiendo la analogía con el duelo, deberíamos inferir que él ha sufrido una pérdida en el objeto; pero de sus declaraciones surge una pérdida en su yo.”
(Freud, 1917, pág. 245)

Ahora bien, para Freud era importante al momento de trabajar con estos pacientes que ellos pudieran envolver de nuevo libidinalmente el mundo, y por ende al analista, para poder trabajar analíticamente. Lo curioso es que, en ciertos casos, Freud recomendaba a este tipo de pacientes que asistieran a sesiones de masajes, baños turcos y saunas con el fin de activar mínimamente el cuerpo y por en el aparato psíquico; Viena estaba lleno de estos lugares.



Karl Abraham



● Concepto

● Terapéutica

Depresión neurótica es considerada así por tener una motivación inconsciente y ser consecuencia de la represión, aparece cuando el paciente tiene que abandonar su objeto sexual sin haber conseguido gratificación, por lo tanto, se siente no amado e incapaz de amar (Abraham, 1911).

Depresión psicótica hacía referencia a aquella represión de la libido que sigue un camino de proyección y se oculta en un conflicto diferente por derivarse de una actitud de la libido en la cual predomina la agresividad que es dirigida contra sí mismo (como lo describió Freud), contra los familiares más cercanos y generalizada después (Abraham, 1911).

Aquí la terapéutica era muy parecida, se recomendaban baños turcos y saunas, sesiones de masajes que activaran el cuerpo físicamente con el fin de producir una activación positiva dentro del aparato psíquico que le permitiera al paciente volver a envolver libidinalmente al otro, y con ello recobrar la capacidad de la transferencia para así poder iniciar el proceso analítico.

Melanie Klein



● Concepto

● Terapéutica

“La identificación total con el objeto, basada en la atracción libidinal, primero hacia el pecho, después a toda la persona, va pareja con su ansiedad por él (por su desintegración), con culpabilidad y remordimiento, con un sentido de responsabilidad para conservarlo intacto contra los perseguidores y el ello y con una tristeza relacionada con la idea de una pérdida inevitable del mismo (...) Podemos decir que estamos familiarizados con los autorreproches del depresivo, que representan reproches contra el objeto. Pero, según mi criterio, el odio del yo hacia el ello, que es importantísimo en esta fase, explica aún más sus sentimientos de desvalorización y desesperación que los reproches hacia el objeto (...) (la ansiedad del yo de ser arrastrado por el ello, destruyendo así el objeto amado) lo que provoca el dolor, los sentimientos de culpa y la desesperación que forman la base de la tristeza.” (Klein, 1935, pág 287).

“Si los temores persecutorios son muy intensos, y si por esta razón (entre otras) el niño no puede superar la posición paranoide, le es también imposible superar la posición depresiva. Este fracaso puede conducir a un reforzamiento regresivo de los temores persecutorios y fortificar los puntos de fijación de graves psicosis (es decir, el grupo de las esquizofrenias). El surgimiento de severas dificultades durante el período de la posición depresiva puede provocar perturbaciones maníaco-depresivas en la vida posterior.” (Klein, 1935, pág. 268).

“Cuando se ha logrado una división bien marcada entre los objetos buenos y malos, el sujeto trata de reparar a los primeros, compensando en la reparación todos sus ataques sádicos en cada detalle (He visto que las tendencias de reparación y las fantasías son activadas por los sentimientos de culpabilidad y las angustias, que aparecen ya en el niño muy pequeño a causa de sus fantasías sádicas, de manera que las tres tendencias (agresión, sentimiento de culpa y reparación), en relación con los procesos tempranos de introyección, se conectan muy pronto íntimamente entre ellas. (...) La comprensión y el análisis de esta conexión temprana en las situaciones -tanto internas como externas- en las que se han desarrollado las tres tendencias es de la mayor importancia terapéutica. Si se cumple consecuentemente, este principio ejerce una influencia decisiva sobre la técnica.” (Klein, 1935, p. 272)



Se hace referencia a la descripción de una sintomatología infantil presente en infantes de 6 meses en promedio, quienes fueron abandonados por sus madres, con quien llevaban una buena relación emocional. Para la segunda mitad del primer año, algunos iniciaron con lloriqueos, que luego pasaban al retraimiento, ignorando la presencia de los cuidadores y observadores. Posteriormente, el lloriqueo se convertía en gemidos, había pérdida de peso notable y detención en el índice de desarrollo. Luego, los infantes se negaban a cualquier contacto, permanecían en sus camas boca abajo, presentaban insomnio, retraso motor y rigidez facial. "En vista de lo incompleto del aparato psíquico del niño y de los factores etiológicos específicos que producen este síndrome, era forzoso establecer una distinción clara entre este y el concepto nosológico de la depresión en los adultos. Por tanto, denomine a este síndrome, "depresión anaclítica" (...) cuando el niño, que padece una depresión anaclítica, permanece privado de su madre, sin que le proporcionen un sustituto aceptable para un periodo que dura de tres meses a cinco meses, se inicia entonces un empeoramiento del estado del infante" (Spitz, 1946, pág. 233). Así mismo, "la elección anaclítica del objeto está determinada por la dependencia original del infante con respecto a la persona que le alimenta, protege y cría. Freud afirma que, al principio, el impulso se despliega anaclíticamente, es decir, apoyándose en una satisfacción de la necesidad esencial para la supervivencia" (Spitz, 1957, pág. 95).

Con la depresión anaclítica había mejoría si el objeto amoroso regresaba al infante dentro de un periodo de tres a cinco meses. Pero en el caso del hospitalismo, se presenta una separación de sus objetos primarios, y le seguía el desarrollo de la sintomatología descrita como depresión anaclítica, pero al inicio del tercer mes, los infantes empezaban a desarrollar sintomatología diferente, "Los síntomas de la depresión anaclítica seguían unos a otros en rápida sucesión y pronto, después de un periodo relativamente breve de tres meses, aparecía un nuevo cuadro clínico: el retraso motor se hacía evidente por completo; los niños se tornaban pasivos por completo, yaciendo postrados bocarriba en sus camitas. No lograba alcanzar la etapa del control motriz requerida para darse vuelta en la posición que tenían hasta quedar bocabajo. El rostro se tornaba inexpresivo, la coordinación ocular era defectuosa la expresión muchas veces de imbecilidad. Cuando, al cabo de cierto tiempo reaparecía la movilidad, tomaba la forma de cabeceos espasmódicos en algunos niños, mientras que en otros se mostraba en movimiento digitales extraños que recordaba los movimientos descerebrados o atetósico (Spitz, 1945).

El tratamiento para estos síndromes era sencillo, devolver, en la medida de lo posible, el objeto libidinal al niño, o, si no era posible, reemplazarlo con un cuidador que pudiese suplir los cuidados y afectos que el niño debería tener y que por carencia de los mismos se desencadenaron dichos síntomas.



➔ Análisis



Siempre ha existido, en la historia de la humanidad, y en la historia del psicoanálisis, un interés por explicar las diferentes manifestaciones de la depresión, ya sea en su forma más común (como lo es la depresión mayor) o en sus diferentes variantes; pero, en el principio esa preocupación constante por los trastornos del afecto estaba enmarcada en las explicaciones de tipo biológico, ya que su etiología se hallaba al interior del ser, representada por humores que, en su descompensación natural por el devenir de las diferentes situaciones cotidianas, causaba los síntomas depresivos.

Es curioso cómo, desde los griegos hasta el siglo XVIII, el trabajo terapéutico para casi todas las enfermedades del alma, era casi un trabajo sexual programado, lo que es contradictorio, ya que el interés sexual de la persona depresiva es nulo la gran mayoría de los casos. Pero en todo caso, la idea siempre ha sido estimular el cuerpo, para poder retomar las actividades, de manera paulatina, pero con el fin de activar el soma. Así, y teniendo en cuenta que en la edad media la forma de curar los síntomas melancólicos era entregarse al ayuno, orar en tiempos reglamentarios, trabajar en actividades que implicaran un esfuerzo físico; la mayoría de las soluciones que la humanidad le ha dado a los trastornos del estado del ánimo venía del exterior (ya sea por la falta de conceptos psicológicos que le ayudaran al médico a explicar qué sucedía, o la falta de tratamientos psicológicos para emprender un trabajo interno con el individuo), no sólo con la llegada de la psicofarmacología, o con la creación de los asilos mentales para cambiar de contexto al paciente, siempre se buscó la forma de estimular el cuerpo por medio del exterior, de las actividades, las purgas, los sangrados, la medicación, el aislamiento, etc.

Con la invención de los tratamientos psicológicos (recordemos los casos de histeria), se abre la posibilidad de que la solución a los problemas depresivos puede ser interna también. Ahora bien, retomando esa capacidad de Freud de corregirse a sí mismo, podemos denotar tres formas de trabajar terapéuticamente, no solo los trastornos del estado del ánimo, sino muchas otras afecciones psicológicas. Así, al principio de la primera tópica, el objetivo de Freud era hacer consciente lo inconsciente, permitirle al paciente poner en palabras aquellos afectos que se mantenían latentes en su inconsciente

Posteriormente, el profesor Freud incluye dentro del tratamiento analítico el concepto de

➔ **Análisis**



transferencia, y con ello la posibilidad de que el paciente no sólo coloque en palabras aquellos afectos que le causan malestar, sino que abre la puerta a la capacidad de repetir con el analista aquello que se ha vivido fuera del contexto terapéutico, en ese sentido ya no sólo se centraba la cura en el recordado, también había que repetir en consulta, es decir, encontrar un punto histórico en la vida del paciente y permitirle repetir los afectos que le causan molestia.

Al mismo tiempo que las personas recordaban y repetían, el profesor Freud descubrió que lo que realmente ayudaba a la mejoría de muchos de sus pacientes era encontrarle un sentido a aquello que repetían en consulta, casi que responder el por qué y para qué estaban allí, entonces decidió incluir las elaboraciones de sus pacientes dentro de la cura analítica, con una salvedad, para él, el paciente ya había tenido intentos de elaboración antes de la consulta, en sí mismo, intentó, por los medios que su intelecto le proporcionaba, dar sentido a lo que le estaba sucediendo, por lo tanto rápidamente reformulo su concepto, dejando la cura analítica en recordar, repetir y re-elaborar, así, la idea entonces era encontrar un sentido nuevo, para aquello que ya se había pensado, tanto como buscar nuevas formas de interpretarlo, a pesar de que fuese el mismo fenómeno.

Siguiendo con nuestra línea de análisis, al explorar el pensamiento Kleiniano, la depresión es un concepto central, la cual, se aleja significativamente de los conceptos clásicos, porque ella la incluye como un factor positivo dentro del desarrollo psíquico del infante, y más aún, su propuesta de la depresión apunta a una integralidad, casi como sinónimos, lo que nos hace pensar que, a pesar de ser un ideal (la integralidad del yo, puesto que, para Klein, este va a fluctuar toda su vida dentro de las dos posiciones) Klein propone en términos de desarrollo y maduración la capacidad de vivir, ya sea parcial o casi totalmente dentro del principio de realidad, característica principal dentro de la depresión Kleiniana.

Para Melanie Klein, la depresión es un principio terapéutico, un fin analítico si se quiere; es a lo que debe apuntar la cura terapéutica, la integración sobre las ideas escindidas en la mente, así como la posibilidad de comprender la pérdida y analizarla a la luz de nuevas transferencias hechas en análisis (por lo menos para el caso de las depresiones).

➔ Análisis



El psicoanálisis dio un giro muy particular después del pensamiento Kleiniano, ya que desde Freud hasta Klein siempre se preguntaron por las dinámicas internas, los fenómenos y funcionamientos individuales internos del individuo, pero, llegados los nuevos pensamientos, estos no abandonan el interés por las dinámicas internas, sino que le suman una preocupación por las condiciones y la calidad de lo externo, no sólo por los ambientes facilitadores, y la calidad de las relaciones cuidador-infante, sino que describen las consecuencias (tanto inmediatas como a largo plazo) de las carencias de dicha relación de calidad, así como si se preocuparan por la calidad de un mundo externo como promotor de un mundo interno saludable y adaptativo.

Continuando con los aportes de los pensadores post-kleinianos, su contribución más importante fue, y es hasta el momento, la posibilidad de evaluar la relación que existe entre el yo del individuo y el mundo objetal exterior; incluyendo así en las categorías de análisis durante las sesiones, las relaciones primarias más rudimentarias, así como las historias familiares, el análisis y comprensión de los fenómenos que se manifestaron durante el ciclo vital del individuo, lo que dio paso a explorar la influencia de dichas relaciones iniciales en la vida anímica adulta y del adolescente.

La teoría del apego es un consolidado maravilloso de los autores que se comprometen a retomar la influencia de la calidad en las relaciones primarias, y más aún, dicha influencia en la vida posterior y en las relaciones que se formen durante la vida; así, para los teóricos del apego, dichas relaciones primarias serán las que determinen la salud mental a lo largo de la vida.

Hoy en día la teoría del apego está centrada en la transmisión de patrones intergeneracionales del apego, de que un tipo de apego aprendido en cierto momento, que fue adaptativo, se trasmite de padres a hijos, hasta que, en algún punto, se encuentre otro patrón más adaptativo, lo que implica que este tipo de conceptualizaciones teóricas son el resultado de la transformación que sufrió el psicoanálisis al momento de pasar de centrarse exclusivamente en los fenómenos internos a contemplar también las dinámicas relacionales y la influencia del entorno como facilitador y promotor de la salud mental individual.

➡ Conclusiones



A partir de lo encontrado con la revisión de los autores clásicos del psicoanálisis, y con ellos las concepciones teóricas y terapéuticas de las depresiones podemos asegurar que, dentro de la ciencia analítica, siempre ha habido un interés latente por las depresiones, ya desde su inicio en Freud, con el que se presume es su único libro relacional, se esbozó la necesidad de trabajar los aspectos internos del ser humano para tratar, no sólo la melancolía, sino también todos aquellos trastornos psicológicos que se relacionaban con ella, lo que hoy llamamos los trastornos del estado del ánimo.

Coincidió también, que Abraham retomara la teoría psicosexual de Freud y conceptualizara que el desarrollo infantil está atravesado por la agresión, lo que es saludable y adaptativo, y con lo que se esperaba el psicoanálisis diera más luces del origen y descarga de la libido en los momentos depresivos. Como consecuencia de esto, Melanie Klein introdujo la depresión como un ideal de desarrollo, ya que lo ataba al principio de realidad y le procuraba al paciente un espacio alternativo para la integración, para expresar consigo la agresión que sentía por la frustración que le generaba la pérdida de su objeto primario, y por extensión de esto, las frustraciones normales que trae consigo la vida.

Es interesante notar el cómo aquí la depresión adquirió un carácter no patológico, sino más bien de desarrollo, ya que, como se ha dicho, el principio de realidad apunta a la salud individual, lo que le permitirá al individuo asumir una posición crítica y de aceptación frente a su situación actual, lo que, curiosamente, le permitirá cambiarla ya que puede y debe abordarla desde otro punto de vista.

Así mismo, la importancia de encontrar un punto de partida diferente para abordar los nuevos retos del psicoanálisis frente a las depresiones, se abrió paso en los círculos académicos, René Spitz, Donald Winnicott y el mismo John Bowlby se encargaron de conceptualizar algunas formas de abordar las depresiones que tenían en cuenta, no sólo las relaciones primarias y la relación con el contexto, sino la importancia en la calidad de esas relaciones que iban surgiendo en los primeros

⇒ Conclusiones



años de vida, así, la depresión anaclítica, el hospitalismo y los diferentes síntomas depresivos que manifestaba un niño, diferentes a los del adulto (irritabilidad, llanto excesivo, acompañado de pujos y desaliento generalizado) abrieron paso a los modelos de intervención, y más aún, a formas de prevenir estos fenómenos en los infantes. Así mismo, la importancia de encontrar un punto de partida diferente para abordar los nuevos retos del psicoanálisis frente a las depresiones, se abrió paso en los círculos académicos, René Spitz, Donald Winnicott y el mismo John Bowlby se encargaron de conceptualizar algunas formas de abordar las depresiones que tenían en cuenta, no sólo las relaciones primarias y la relación con el contexto, sino la importancia en la calidad de esas relaciones que iban surgiendo en los primeros años de vida, así, la depresión anaclítica, el hospitalismo y los diferentes síntomas depresivos que manifestaba un niño, diferentes a los del adulto (irritabilidad, llanto excesivo, acompañado de pujos y desaliento generalizado) abrieron paso a los modelos de intervención, y más aún, a formas de prevenir estos fenómenos en los infantes.

La teoría del apego se ha encargado, desde su génesis en el psicoanálisis y hasta su migración por la etología y la biología, de encontrar las formas como los seres humanos, dada esa necesidad inherente de apego y solidaridad, por ser una especie gregaria, formamos los vínculos significativos y duraderos a lo largo de nuestra vida, lo que nos permite evidenciar una transgeneracionalización de los modelos de apego y el cómo dichos modelos nos afectan cada vez más para poder elegir nuestras relaciones.

En síntesis, para los autores psicoanalíticos la depresión siempre ha estado ligada a las pérdidas que el ser humano, por su naturaleza finita, debe experimentar a lo largo de su existencia, no sólo a nivel individual, sino que se podría pensar que, en palabras de Melanie Klein, los seres humanos siempre han hecho avances significativos, acuerdos de paz y desarrollos importantes (científicos y técnicos) cuando comienzan a integrar los objetos externos y a adjudicarles, bajo el principio de realidad, cualidades buenas y malas, por lo tanto, es inseparable la concepción de las depresiones al desarrollo humano.

➔ Conclusiones

Además de esto, existe una preocupación constante por el advenimiento de un auge en el diagnóstico de las depresiones, lo que nos invita, a los nuevos profesionales de la salud, a conceptualizar, crear técnicas e intervenir en los fenómenos que nos afectan, ya sean producto de la post-modernidad o de las herencias de guerras pasadas, hemos de estar dispuestos a resolver los conflictos que permean nuestros contextos y, más aún, desde la academia, estar a la vanguardia de los nuevos desafíos sociales y contextuales que nos permitan avanzar hacia una integralidad en los tratamientos.

Por ello, es importante recalcar la necesidad de formación estudio y creación de nuevas formas de intervención desde la psicología, que permitan a la ciencia responder adecuadamente, dentro de los rangos establecidos, de una manera efectiva y con calidad frente a dichos fenómenos. Es por esto que el método psicoanalítico, dada su integralidad para poder explicar y comprender los fenómenos de manera holística, enmarcado siempre en las necesidades internas y en las posiciones de los individuos en el mundo exterior, contemplando la posibilidad de desarrollar, por múltiples vías, trastornos del estado del ánimo y junto con ellos, las técnicas que permitan al profesional intervenir, de tal forma, que se vea mitigado de manera significativa, el fenómeno de las depresiones en los contextos cotidianos.

Así, para responder las demandas de los contextos la Organización Mundial de la Salud (2012b) lanzó una campaña titulada “I Had a Black Dog, His Name Was Depression” con el fin demostrar, de una manera didáctica y clara, que las depresiones no son sólo la sensación de tristeza y que implica una serie de síntomas en múltiples niveles.

Es así como hago una invitación extensa a quienes en su quehacer profesional piensen dedicarse a la salud mental, de evitar el pensamiento de que todo ya fue dicho sobre las depresiones; estamos comenzando una era en donde es vital introducir nuevas perspectivas teóricas y prácticas para abordar las depresiones, su impacto y evolución, no solo a nivel individual, sino a nivel social, académico y cultural.



➔ Referencias



- Abraham, K. (1911). Preliminares a la investigación de la locura maníaco-depresiva. Berlín.
- Blackmore, R. (1726). A treatise of the spleen and vapours, or, Hypochondriacal and hysterical affections: with three discourses on the nature and cure of the cholick, melancholy, and palsies. London: Printed for J. Pemberton. Recuperado el 14 de Abril de 2015, de <https://archive.org/details/treatiseof-spleen00blac>
- Correa, P. (30 de Septiembre de 2015). Sólo tres de cada diez colombianos reconocen la tristeza. El Espectador. Recuperado el 4 de Octubre de 2015, de <http://www.elespectador.com/noticias/actualidad/vivir/solo-tres-de-cada-diez-colombianos-reconocen-tristeza-articulo-589785>
- Freud, S. (1917). Duelo y Melancolía. En S. Freud, Obras Completas (Vol. XIV, págs. 235 - 255). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1923). Dos Artículos de Enciclopedia: Psicoanálisis y Teoría de la Libido. En S. Freud, Obras Completas (Vol. XVIII, págs. 227 - 255). Buenos Aires: Amorrortu.
- Griesinger, W. (1867). Mental pathology and therapeutics. London: The New Sydenham Society. Recuperado el 17 de Octubre de 2015, de <https://archive.org/details/mentalpathology00griegoog>
- Griesinger, W. (1892). Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten für Ärzte und Studirende. Berlin: Verlag von August Hirschwald. Recuperado el 05 de Abril de 2015, de <https://archive.org/details/details/pathologieundthe00grie>
- Heinroth, J. C. (1824). Lehrbuch der Seelengesundheitskunde Th. Seelenpflege. Geistespflege. Leipzig. Recuperado el 17 de Octubre de 2015, de https://archive.org/details/bub_gb_o0Q-AAAAYAAJ
- Jackson, S. W. (1986). Historia de la Melancolía y la Depresión: Desde los tiempos Hipocráticos a la época moderna. (C. Vázquez de Praga, Trad.) Madrid: Turner.
- Klein, M. (1935). Contribución a la psicogénesis de los estados maniaco-depresivos. En M. Klein, Obras Completas (Vol. I, págs. 267 - 295). Barcelona: Paidós.
- Kraepelin, E. (1915). Psychiatrie : ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte (Vol. IV). Leipzig: Verlag von

➔ Referencias

- Johann Ambrosius Bath. Recuperado el 15 de Abril de 2015, de <https://archive.org/details/psychiatrieeinle04krae>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). Encuesta Nacional de Salud Mental. Bogotá. Recuperado el 9 de Octubre de 2015, de http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO031102015-salud_mental_tomoI.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (Octubre de 2012a). Centro de Prensa: La Depresión. Recuperado el 7 de Octubre de 2014, de World Health Organization Web Site: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
- Organización Mundial de la Salud. [World Health Organization]. (2 de Octubre de 2012b). I Had a Black Dog, His Name Was Depression [Archivo de video]. Recuperado el 12 de 04 de 2015, de <https://www.youtube.com/watch?v=XiCrniLQGYc>
- Organización Mundial de la Salud. (2014). Temas de Salud: Depresión. Recuperado el 7 de Octubre de 2014, de World Health Organization Web Site: <http://www.who.int/topics/depression/es/>
- Pinel, P. (1809). *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*. París: J.A. Brosson. Recuperado el 04 de Abril de 2015, de <https://archive.org/details/traitmdicoph00pine>
- Tuke, D. (1892). *A Dictionary of psychological medicine giving the definition, etymology and synonyms of the terms used in medical psychology, with the symptoms, treatment, and pathology of insanity and the law of lunacy in Great Britain and Ireland*. Philadelphia: P. Blakiston, Son & Co. Recuperado el 14 de Abril de 2015, de <https://archive.org/details/dictionaryofpsyc01tuke>
- Spitz, R. A. (1945). Hospitalism: An Inquiry Into the Genesis of Psychiatric Condition in Early Childhood I. En R. S. Eissler, A. J. Solnit, A. Freud, & M. Kris (Edits.), *The Psychoanalytic Study of the Child* (Vol. I, págs. 53 - 74). New Haven, Connecticut: Yale University Press.
- Spitz, R. A. (1946). Anaclitic Depression: An Inquiry Into the Genesis of Psychiatric Condition in Early Childhood II. En R. S. Eissler, A. J. Solnit, A. Freud, & M. Kris (Edits.), *The Psychoanalytic Study of the Child* (Vol. II, págs. 313 - 342). New Haven, Connecticut: Yale University Press.



➔ Referencias

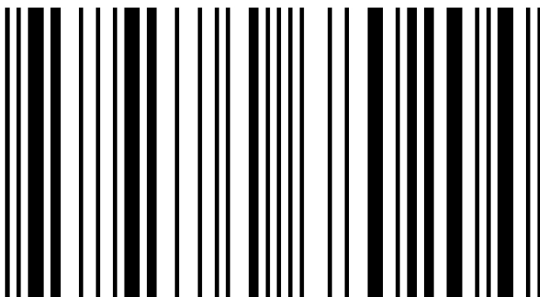
Spitz, R. A. (1957). No and Yes: On the Genesis of Human Communication. New York: International University Press.

Whytt, R. (1768). The Works of Robert Whytt. (T. Becket, P. A. Dehondt, & J. Balfour, Edits.) Edinburgh. Recuperado el 14 de Abril de 2015, de http://books.google.com.co/books?id=z1Q_AAAAcAAJ&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

Winograd, B. (2005). Depresión: ¿Enfermedad o crisis? una perspectiva psicoanalítica. Buenos Aires: Paidós.



ISBN 978-9584680204



9 789584 680204