



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



Universidad de la República Uruguay
Facultad de Psicología

Trabajo Final de grado

Monografía

***Del qué al porqué: la Depresión desde una
mirada integral***

Estudiante: Natalia Calleja Magallanes

C.I: 4.599.680-2

Tutor: Psicóloga Prof. Adj. Mercedes Couso

Montevideo, Octubre del 2016.

*Dichoso el árbol, que es apenas sensitivo,
y más la piedra dura porque ésa ya no siente,
pues no hay dolor más grande que el dolor de ser vivo
ni mayor pesadumbre que la vida consciente.
Ser, y no saber nada, y ser sin rumbo cierto,
y el temor de haber sido y un futuro terror...
¡Y el espanto seguro de estar mañana muerto!,
y sufrir por la vida y por la sombra y por
lo que no conocemos y apenas sospechamos,
y la carne que tienta con sus frescos racimos,
y la tumba que aguarda con sus fúnebres ramos
y no saber adónde vamos,
ni de dónde venimos.
Lo Fatal, Rubén Darío (1905)*

Índice

<i>Resumen</i>	3
<i>Introducción</i>	4
<i>La depresión como parte del lenguaje cotidiano</i>	6
<i>Del lenguaje cotidiano al lenguaje clínico</i>	7
<i>Desde la psiquiatría</i>	7
<i>Del qué al porqué: hacia el psicoanálisis de la depresión</i>	12
<i>Duelo, depresión y su conexión con los procesos mentales tempranos</i>	19
<i>En suma</i>	22
<i>Viñeta clínica</i>	24
<i>Reflexiones finales</i>	31
<i>Referencias bibliográficas</i>	33

Resumen

En la presente monografía se aborda la depresión desde una mirada integral, esto implica realizar un pasaje de un enfoque descriptivo a un enfoque analítico de la enfermedad.

El trabajo se compone de cuatro instancias, donde en la primera se expone qué se entiende por depresión en el lenguaje cotidiano, y cuáles son los criterios para su diagnóstico, para esto último se utilizó como referencia la escuela Americana de psiquiatría (DSM V) y la Francesa (Tratado de Psiquiatría de Henri Ey).

En la segunda, con el fin de comprender cuales son las causas que pueden desencadenar esta enfermedad, es que se realiza un estudio con base psicoanalítica. Tomando como premisa que los orígenes se encuentran en la pérdida del objeto amado, se entendió necesario profundizar en los conceptos de objeto y duelo. La bibliografía para esta instancia consta principalmente de algunos textos Sigmund Freud y Melanie Klein, articulados con trabajos contemporáneos extraídos del libro “Los duelos y sus destinos, depresiones hoy”.

En la tercera parte se presenta una viñeta de un caso clínico de depresión con su correspondiente análisis, con el fin de mostrar cómo se aplica en la práctica lo desarrollado en forma teórica.

El trabajo se concluye con una serie de reflexiones a modo de aporte personal, que pretende dar cuenta de lo aprehendido durante el recorrido de su elaboración.

Palabras claves: depresión, pérdida, objeto, duelo

Introducción

En mayo del año 2000, la Asociación Psicoanalítica del Uruguay, en el Centro de Conferencias de la Intendencia Municipal de Montevideo, realizó el Primer Congreso Uruguayo de Psicoanálisis, XI Jornadas Científicas, donde se debatió el tema: Los duelos y sus destinos, depresiones hoy.

La lectura de la recopilación de los diferentes trabajos que allí fueron presentados, motivó mi interés para seguir indagando acerca de que es la depresión, dado que considero que los conocimientos con los que contaba se limitaban a un enfoque más bien descriptivo de la enfermedad, es decir, cuales son los criterios que se utilizan para su diagnóstico, pero hasta el momento no me había cuestionado cuáles eran sus causas.

Considero pertinente realizar un trabajo acerca de este tema ya que por su alta prevalencia, en los últimos tiempos los trastornos del humor han tomado especial relevancia, no sólo para el ámbito de los profesionales de la salud, sino que también se ha trasladado la cotidianidad, formando parte del lenguaje cotidiano. Resulta muy interesante preguntarse de qué se está hablando cuando alguien utiliza términos como “deprimido” o “depresivo” como una forma de denominar a otro o de autodenominarse.

El objetivo de este trabajo es conocer qué es la depresión desde una mirada integral, y para ello lo que se propone es ir desde lo más corriente a lo más clínico, es decir, qué se entiende comúnmente por depresión, como describen esta enfermedad los manuales de psiquiatría y como forma de explorar sus causas se la abordará además desde el psicoanálisis.

Partiendo de la base de que para los psicoanalistas la depresión tiene sus orígenes en la pérdida de un objeto amado, es necesario entonces ahondar además en los conceptos de objeto y de duelo.

La bibliografía que se utilizará como base para la realización de este trabajo monográfico, consta de la lectura de autores clásicos para el psicoanálisis como son Sigmund Freud y Melanie Klein, los tomos I y II de “Los duelos y sus destinos, depresiones hoy” mencionado al comienzo, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) y el Tratado de Psiquiatría de Henri Ey, entre otros.

Dado que considero que muchas veces el límite entre la teoría y la realidad parece difuso y es la clínica donde subyace su punto de encuentro, es que se utilizará una viñeta como forma de integrar a la práctica lo que se fue trabajando en forma teórica. El análisis de un caso servirá para demostrar cómo se aplican los criterios utilizados en los manuales para

su diagnóstico, cómo a través del análisis e interpretación del relato de la consultante se puede construir una o varias hipótesis sobre las posibles causas de la enfermedad, así como proponer un plan de trabajo para (de ser necesario) realizar una intervención.

Finalmente se expondrán conclusiones a modo de reflexión sobre el resultado de lo aprehendido en el recorrido de este trabajo.

La depresión como parte del lenguaje cotidiano

En la actualidad, el término depresión ha excedido los límites de la clínica para incorporarse al lenguaje cotidiano, tanto se utiliza para designar un estado emocional como un adjetivar alguna cosa. Podría decirse que hoy en día la gente ha dejado de decir “estoy triste” para decir “estoy deprimido”.

En palabras de Marino Pérez y José García (2001)

El término depresión tiene un uso tanto mundano-popular como técnico-clínico. En ambos contextos, apunta a cierta experiencia de la vida que se podría definir como tristeza y desánimo, pero, en todo caso, tiene un uso demasiado elástico como para avenirse a una definición escueta (p.493)

Estos autores agregan que este término puede ser utilizado para una gran variedad de condiciones, es decir que la depresión puede definir un estado personal, según la experiencia subjetiva de cada individuo. Por ejemplo, decir “estoy bajo” puede referirse tanto a estar bajo de ánimo, como de humor, de peso, entre otros; “no veo la salida” puede estar en relación a cuando la persona percibe que el futuro se obstruye, el tiempo se estanca y entonces la persona no ve salida ni nada claro, el futuro es algo oscuro, “no siento de interés” cuando no hay nada que le llame la atención, todo lo aburre o no deja llevarse por el entretenimiento común.

En otras ocasiones la depresión define más que nada un estado personal o una reacción ante un acontecimiento “tal cosa me deprime”. También puede referirse para definir situaciones, entornos, ambientes y el estado de ánimo que esto le genera “aquello es deprimente” o “tal sitio es depresivo”.

Por último (pero no menos importante) debido a su reconocimiento social y clínico, la depresión es también asociada a una conducta.

Del lenguaje cotidiano al lenguaje clínico

Los Manuales lo que hacen es definir, clasificar y describir ciertos patrones de síntomas y cursos de trastornos mentales, en el caso de la depresión, estos patrones suelen ser agrupados en cuatro tipos de síntomas:

- Síntomas afectivos: humor bajo, desánimo, tristeza
- Síntomas cognitivos: pensamientos negativos de sí mismo así como del mundo que lo rodea, baja autoestima, remordimiento, desesperanza
- Síntomas conductuales: retirada de actividades sociales, reducción de conductas habituales, lentitud al hablar y andar, agitación motora, actitud desganada
- Síntomas físicos: relativos al apetito, al sueño y en general a la falta de energía

Desde la psiquiatría

A continuación se consideran los aportes de las dos grandes escuelas en materia de psiquiatría.

La escuela Americana

En la última edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM V), se clasifica como trastorno de depresión mayor o trastorno depresivo persistente (distimia):

El trastorno de depresión mayor:

Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer. Nota: No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a

otra afección médica. 1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.) 2. Disminución importante del interés o el

placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación). 3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.) 4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días. 5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento). 6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días. 7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo). 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas). 9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo. (American Psychiatric Association, 2014, p.103)

Trastorno depresivo persistente (distimia): Bajo este título se agrupan el trastorno depresivo mayor crónico y el trastorno distímico que aparecían en la versión anterior de este manual (DSM IV) en forma separada.

Para el diagnóstico de este trastorno se toman los siguientes criterios: que exista un estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día durante un mínimo de dos años, (en niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable y la duración ha de ser como mínimo de un año) y que durante la depresión exista la presencia de dos (o más) de los siguientes síntomas: poco apetito o sobre alimentación, insomnio o hipersomnia, poca energía o fatiga, baja autoestima, falta de concentración o dificultad para tomar decisiones y/o sentimientos de desesperanza. Además durante el período de dos años (un año en niños y adolescentes) de la alteración, el individuo nunca ha estado sin estos síntomas durante más de dos meses seguidos. Los criterios para un trastorno de depresión mayor pueden estar continuamente presentes durante dos años.

La escuela Francesa:

Henri Ey (1965) en su Tratado de psiquiatría no habla de trastornos sino de estados y de crisis, divide este capítulo en varios fragmentos de los cuales (de acuerdo con los objetivos de este trabajo) se tomarán los tres primeros: El estado depresivo, la crisis de melancolía y la crisis de depresión neurótica.

El estado depresivo: el término depresión puede implicar al menos tres significados, podemos referirnos a un síntoma, un síndrome o una entidad nosológica. El elemento

fundamental de esta enfermedad es el descenso del humor (timia) que se expresa a través de la tristeza, a este trastorno del humor se le suma otros dos fenómenos, que son la inhibición y el dolor moral.

Por inhibición se refiere a un freno o enlentecimiento que sufren los procesos psíquicos que provoca una reducción en el campo de la conciencia y de los intereses, hace que el sujeto se repliegue sobre sí mismo lo que lo lleva rehuir de los demás y de las relaciones con los otros. Experimenta también una lasitud moral, una dificultad para pensar, para evocar recuerdos (trastornos de la memoria) así como una fatiga psíquica importante. A nivel físico, sufre de una astenia física, y un enlentecimiento motriz asociado a malestares somáticos. Aquí se hace referencia a que esta inhibición también puede aparecer en un sujeto sano como consecuencia de un acontecimiento muy doloroso como es el caso del duelo.

El dolor moral se expresa por una autodepreciación, autopunición y sentimiento de culpa. Mientras que la autoacusación y el dolor moral aparentan tener una estrecha relación con la cultura, y por ello es considerado como una sintomatología secundaria, el autor hace la salvedad de que para la corriente psicoanalítica estos fenómenos se encuentran como principal motivo de estudio.

La crisis de melancolía: esta se opone casi punto por punto a la manía, se trata de un estado de depresión intensa, vivenciado con un profundo dolor moral y la caracteriza principalmente el enlentecimiento y la inhibición de las funciones psíquicas y psicomotoras.

La crisis de melancolía puede aparecer a cualquier edad, pero tiene una mayor frecuencia en períodos de involución (es decir en la vejez) y respecto al género son las mujeres las más afectadas. Si bien el acceso puede sobrevenir sin causa aparente, con bastante frecuencia se sucede luego de *un shock emocional* (divorcio, muerte de un familiar, pérdida de dinero, de situación social, entre otros). El modo de aparición en general es bastante lento, durante semanas e incluso meses el enfermo acusa cierta astenia, dolores de cabeza, dificultades para realizar su trabajo, falta de interés en general y en especial aparece el insomnio que se agrava con el correr de los días, su humor se vuelve sombrío.

Durante el periodo de estado: el depresivo se abandona a la inercia, se siente incapaz de querer y la astenia puede alcanzar tal grado que el sujeto prácticamente no tiene fuerza ni para moverse. La inhibición psíquica es el síntoma más relevante, se reducen todas las fuerzas que orientan el campo de la conciencia, la ideación se vuelve lenta, las asociaciones dificultosas, la evocación penosa y la síntesis mental como el esfuerzo mental sostenido se torna imposible de realizar. La atención está totalmente abocada a los temas

melancólicos sin que pueda desprenderse de ellos. Los sentimientos depresivos ocupan el primer plano del cuadro clínico, el sujeto tiende a realizar reiteradas quejas acerca de su estado de tristeza profunda que invade casi todo el campo de su conciencia.

Por otra parte tiene especial dificultad en expresar su dolor moral, el cual se constituye por sentimientos intensos y vagos, de aburrimiento, disgusto, desespero y lamento. Siente una especie de anestesia afectiva, se reprocha haber perdido la capacidad de amar que tenía antes del episodio. El sentimiento general de menosprecio se dirige hacia el propio sujeto y se transforma en un sentimiento de autoacusación acusándose de faltas que la mayoría de las veces en realidad son irrelevantes. Se siente además indigno de toda estima, deshonesto y condenado, esto último surge a raíz de su sentimiento de culpa.

La hipocondría es otra característica, es decir, teme y a la vez desea una enfermedad aunque sin embargo afirma que no se siente enfermo.

Finalmente la posibilidad de cometer suicidio sitúa a todo melancólico en peligro de muerte, muchas veces no solo se abandona a esta sino que también busca infringirla.

Según este tratado, la crisis de melancolía tiene una evolución espontánea de varios meses (en general seis o siete) y así como comienza a manifestarse lentamente también acaba de la misma forma. Durante el curso de la enfermedad se observan importantes oscilaciones en el humor, lo cual debe requerir especial vigilancia respecto a las tendencias suicidas. Se considera que una vez recobrado el apetito y el sueño estos son signos del retorno al equilibrio.

La crisis de depresión neurótica: en este apartado se aborda el vasto grupo de los estados depresivos neuróticos o reactivos, en cuyos casos la experiencia de tristeza está más ligada a los acontecimientos actuales y más aún a la historia conflictual del enfermo.

El acceso depresivo sobreviene cuando el sujeto sufre una experiencia vivida como una frustración (decepción, duelo, abandono, pérdida de aprecio, entre otros) o también puede resurgir a partir de un sentimiento de inseguridad que se encontraba más o menos reprimido. Esta frustración genera agresividad, la cual genera culpa y miedo a perder la estima y el afecto de los otros, finalmente esta agresividad tiende a volverse contra el sujeto mismo.

Para que se desencadene este tipo de depresión, es necesario que exista una personalidad con tendencia neurótica previa a la crisis, lo que sucede es que a causa de una situación estresante, se reactiva la neurosis infantil.

Como se dijo anteriormente el propósito del DSM es describir un trastorno y ser utilizado como guía para un diagnóstico, el diagnóstico funciona como una etiqueta que se le asigna a la anormalidad de ciertos patrones observados en una conducta, entonces cuando un sujeto es diagnosticado con un trastorno, se estaría frente a la respuesta del que, ¿que tengo? pero no del porqué, es decir, qué tiene que suceder para que una persona enferme, en este caso de depresión.

El Tratado de psiquiatría de Henri Ey (1965) avanza respecto al enfoque descriptivo que nos brinda el DSM, ya que no solo ofrece una caracterología de la enfermedad sino que además realiza un análisis más a nivel del psiquismo. Aunque sin explicarlo, introduce términos como dolor moral, inhibición psíquica, shock emocional, y esto parece ser un buen puntapié para comenzar a profundizar siguiendo esta misma línea, pasando así de un enfoque descriptivo a uno más analítico.

Del qué al porqué: hacia el psicoanálisis de la depresión

Desde el psicoanálisis podría decirse que existe un consenso respecto a que la pérdida se halla como trasfondo de esta patología, en palabras de Baranger (1962) “Mi experiencia analítica me ha confirmado la idea de que existe un duelo mal hecho en la base de cada condición patológica” (p.587)

Considero imposible hablar de pérdida sin relacionarla con el duelo, dado que este es el proceso normal por el cual el sujeto logra una adaptación emocional a la nueva realidad sin eso que ya no tiene y que para él tenía especial relevancia en su vida.

En general existe una asociación directa del duelo como un proceso que surge como respuesta frente al fallecimiento de un ser querido, sin embargo sabemos que en nuestras vidas estamos continuamente realizando duelos por pérdidas que no necesariamente están relacionadas con la muerte, sino con otras cosas. Desde el punto de vista del psicoanálisis, a esta “cosa” que tiene una gran significación para el sujeto y cuyo cometido es cumplir el destino de una pulsión, se le llama *objeto*. Objeto se entiende:

A) Como correlato de la pulsión: es aquello en lo cual y mediante lo cual la pulsión busca alcanzar su fin, es decir, cierto tipo de satisfacción. Puede tratarse de una persona o de un objeto parcial, de un objeto real o de un objeto fantaseado. B) Como correlato del amor (o del odio): se trata entonces de la relación de la persona total, o de la instancia del yo, con un objeto al que se apunta como totalidad (persona, entidad, ideal, etc.), (el adjetivo correspondiente sería «objeta!»). (Laplanche & Pontalis, 1996, p.258)

Melanie Klein, escribe Contribución a la psicogénesis de los estados maníacos-depresivos en 1935, brindando en este texto un excelente material de apoyo para entender cómo opera la concepción de objeto dentro de la depresión. De acuerdo con Freud y Abraham, la base de la melancolía está en la pérdida del objeto amado, esta pérdida puede ser tanto real como puede resultar de una situación similar que obtenga el mismo significado, y esto tiene como consecuencia la instalación del objeto perdido dentro del yo.

Antes de poder hablar del objeto amado, es necesario precisar cómo este objeto logra llegar a este estado. La autora describe que la relación del sujeto con el objeto va evolucionando, al comienzo el yo se encuentra vagamente organizado y está compuesto por varios núcleos del yo, el núcleo oral del yo y el núcleo anal predominan sobre los demás. En esta fase temprana, donde el sadismo oral juega un papel muy importante, el poder del yo para identificarse con sus objetos es escaso, por un lado porque aún no se

encuentra coordinado y por otro porque los objetos introyectados son todavía objetos parciales que el niño equipara con las heces.

Klein toma de Carl Jung (1911) el término imago para referirse a la representación inconsciente constituida de imágenes infantiles, las cuales están íntimamente relacionadas con la función estructurante de los complejos, particularmente el Edipo y los procesos identificatorios y agrega que a medida que el yo se va organizando las imagos internalizadas, se van aproximando cada vez más a la realidad, entonces el yo puede ir identificándose con los “objetos buenos”.

Objeto «Bueno», Objeto «Malo» son

Términos Introducidos por Melanie Klein para designar los primeros objetos pulsionales, parciales o totales, tal como aparecen en la vida de fantasía del niño. Las cualidades de «bueno» y de «malo» se les atribuyen, no solamente por su carácter gratificador o frustrante, sino sobre todo porque sobre ellos se proyectan las pulsiones libidinales o destructores del sujeto. Según M. Klein, el objeto parcial (pecho, pene) se halla escindido en un objeto «bueno» y un objeto «malo», constituyendo esta escisión el primer modo de defensa contra la angustia. El objeto total será igualmente escindido (madre «buena» y madre «mala», etc.). Los objetos «buenos» y «malos» se hallan sometidos a los procesos de introyección y de proyección. (Laplanche & Pontalis, 1996, p.262)

Este desarrollo permite un pasaje de una relación de objeto parcial a una relación de objeto total, así el yo toma una nueva posición, que forma los cimientos de la llamada pérdida del objeto amado, es decir, una vez que el objeto pueda ser amado como un todo, su pérdida puede ser sentida como total.

Con este cambio aparecen nuevos contenidos de ansiedad y se produce a su vez un cambio también en los mecanismos de defensa. El desarrollo de la libido se ve influenciado por esta nueva relación con el objeto, y aparece la angustia paranoide de que los objetos sadisticamente destruidos se conviertan en una fuente de veneno dentro del cuerpo del propio sujeto, haciendo que este muestre desconfianza hacia ellos mientras los incorpora.

Esta desconfianza produce que las fijaciones orales se debiliten, una muestra de esto se puede observar en las dificultades que tienen los niños muy pequeños con la comida, que según Melanie Klein tiene además su raíz paranoide. Si, tanto el niño como el adulto, se identifica más con el objeto bueno, los impulsos libidinales aumentarán, desarrollando así un deseo de devorar este objeto, reforzando el mecanismo de introyección. Otro estímulo que hace que aumente la introyección, es la fantasía de que el objeto amado puede ser

conservado a salvo dentro del sujeto, de esta forma los peligros internos terminan siendo proyectados sobre el mundo exterior.

Una vez llevada a cabo la introyección del objeto, se genera una gran ansiedad debido a que el sujeto advierte los peligros a los cuales estará expuesto el objeto considerando que no puede ser mantenido a salvo en el interior, ya que para él este es un lugar peligroso y venenoso donde eventualmente el objeto amado moriría. La angustia, (que según Freud (1925) es la reacción ante una situación peligrosa o una señal de alarma frente a un peligro interno) emerge de la identificación del sujeto con los objetos buenos internalizados y de su incapacidad para protegerlos y preservarlos contra los objetos malos internalizados. Esta ansiedad se justifica en el sentido de que aunque el sujeto se encuentre plenamente identificado con el objeto, no abandona sus primeros mecanismos de defensa.

De acuerdo con la hipótesis de Abraham, la destrucción y posterior expulsión del objeto (recordar primer nivel anal), son los que en definitiva inician el mecanismo depresivo.

Objeto amado, objeto perdido

Freud escribe en 1915 (y publica dos años después) Duelo y melancolía, este texto puede ser considerado como una complementación al escrito en 1914 titulado Introducción al narcisismo, dado que (como veremos más adelante) retoma este tema en un esfuerzo por encontrar una condición universal que sea válida y pueda aplicarse a todo caso de melancolía. El autor considera (y en esto creo que no puede haber nadie que esté en desacuerdo), que la vida está constituida de pérdidas, es por ello que el aparato psíquico está de alguna forma preparado para afrontarlas, pero no siempre lo logra. Este texto nos cuenta que sucede en el proceso de duelo como fenómeno normal del procesamiento de la pérdida y como contrapartida que es lo que sucede cuando es imposible para el sujeto realizar este proceso. De allí es que surge la idea de que el primero es un estado normal y el otro un estado patológico.

Duelo como respuesta normal ante la pérdida del objeto amado

Dice Freud (1917):

El duelo es, por regla general, la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, un ideal, etc. A raíz de idénticas influencias, en muchas personas se observa, en lugar de duelo, melancolía (y por eso sospechamos en ellas una disposición enfermiza). Cosa muy digna de notarse, además, es que a pesar de que el duelo trae consigo graves desviaciones de la conducta normal en la vida, nunca se nos ocurre considerarlo un estado patológico ni remitirlo al médico para su tratamiento.

Confiamos en que pasado cierto tiempo se lo superará, y juzgamos inoportuno y aun dañino perturbarlo. (p.241)

Según este autor, al igual en la melancolía, en principio el duelo se caracteriza por un estado anímico doloroso, ("..el dolor es, por tanto, la genuina reacción frente a la pérdida del objeto", (Freud 1925/1979, p. 159)), desinterés por el resto del mundo, incapacidad de poder volver a amar y la imposibilidad de poder realizar cualquier trabajo productivo que no esté relacionado con la memoria del fallecido

Fácilmente se comprende que esta inhibición y este angostamiento del yo expresan una entrega incondicional al duelo que nada deja para otros propósitos y otros intereses. En verdad, si esta conducta no nos parece patológica, ello sólo se debe a que sabemos explicarla muy bien. (Freud, 1917-1915/1976, p.242)

El trabajo de duelo

El duelo es un proceso, pero ¿en qué consiste? Para realizar esta explicación, Freud habla de trabajo de duelo. Anteriormente se consideraba que el duelo se resolvía mediante una atenuación progresiva y espontánea del dolor, pero para este autor, es un trabajo de duelo en el sentido de que requiere una actividad por parte del sujeto para poder realizar la desligazón con el objeto, desligazón que es necesaria hacerla paso a paso, requiriendo para sí un gran gasto de energía

Freud (1917) explica que cuando sucede una pérdida, el sujeto mediante un examen de la realidad comprueba que su objeto amado ya no existe y que ahora es necesario quitar la libido que se encontraba unido a él, pero esta tarea encuentra un obstáculo en el sentido de que generalmente el hombre no abandona de buena manera una posición libidinal, incluso cuando ya existe un sustituto. Baranger (1962) agrega que para lograr la muerte global del objeto, es necesario fraccionarlo y repartirlo (mediante el trabajo de duelo) en pequeñas muertes, desde el punto de vista del yo, el sujeto realiza una serie de renunciaciones de la relación del yo con el objeto y a todos los recuerdos que mantienen viva esta relación.

Lo esperable es que el sujeto acate lo que sucede en la realidad, aunque esto definitivamente no puede cumplirse enseguida, sino que requiere un gran gasto de tiempo y energía de investidura mientras el objeto perdido sigue estando en lo psíquico. En el proceso de duelo, los recuerdos así como las expectativas donde la libido se encontraba unida al objeto deben ser sobreinvertidos y es así que se realiza el desasimiento de la libido. Una vez cumplido este proceso, el yo se libera y se desinhibe.

Según Carlos Aslan (2000) el yo al final del trabajo de duelo quedará enriquecido con las identificaciones positivas y su libido quedará disponible para nuevos objetos. Cuando la dependencia emocional que tenía con el objeto perdido desaparece, el sujeto se vuelve capaz de restablecer su vida con nuevas relaciones, las cuales se verán a menudo enriquecidas con las identificaciones eróticas con el objeto perdido, siendo capaz a su vez de recordar de modo más confortable y realista tanto los placeres como los sinsabores de la relación perdida.

Del duelo como proceso normal a la depresión

En el caso de la depresión, esta encuentra su causa también en la pérdida de un objeto amado, este objeto puede ser tanto real, como tener una naturaleza más de idealizado “el objeto tal vez no está realmente muerto, pero se perdió como objeto de amor” (Freud, 1917-1915/1976, p.243), en otros casos el sujeto no es capaz de discernir qué fue realmente lo que perdió, por lo que hace suponer que esto se encuentra más a nivel inconsciente. Baranger (1962) habla del objeto muerto-vivo en el sentido de que en los estados depresivos, el duelo no puede llevarse a cabo, entonces el sujeto queda inconscientemente atado a un objeto que no puede revivir pero tampoco morir del todo.

Como se dijo anteriormente en el duelo, el yo se encuentra totalmente abocado al trabajo de duelo y esto es lo que explica la inhibición y la falta de interés en el mundo que lo rodea, en la depresión al no tener conocimiento acerca de cuál es el objeto perdido, no se puede identificar fácilmente qué es lo que mantiene al sujeto en ese estado de inhibición. En la depresión existe además una perturbación en el sentimiento de sí mismo, es decir que existe un gran empobrecimiento del yo y una rebaja en sentimiento yoico, cosa que no sucede en el duelo, esto se expresa en autorreproches y autodenigraciones que llegan al extremo de sentir que merece un castigo por ello, en el duelo el mundo se siente pobre y vacío, mientras que en la depresión eso mismo sucede con el propio yo.

La sombra del objeto cayó sobre el yo (Freud, 1917-1915/1976, p.246): primeramente existió una ligadura libidinal a un objeto elegido por el sujeto, algo sucedió que ese vínculo se quebró y el resultado no fue lo esperado, que sería lo que sucede en el duelo, en este caso la investidura del objeto resultó poco resistente, y la libido que estaba ligada a él en vez de desplazarse a otro objeto se desplazó sobre el mismo yo. Esto produjo que se establezca una identificación del yo con el objeto perdido, entrando así en un conflicto que en vez de ser entre el yo y el objeto perdido, termina siendo en el yo y el yo alterado por esta identificación.

La condición para que se desencadene la depresión

Según Freud, para que se desencadene un estado depresivo, la elección del objeto debe ser del tipo narcisista, “entonces se ama a lo que uno fue y ha perdido o aquello que tiene méritos que uno no tiene” (1914/1976, p. 96), el sujeto ha establecido una fijación narcisista cuando se producen los primeros contactos con los objetos, es decir en las primeras identificaciones e introyecciones. De esta manera cuando sucede una desvinculación con el objeto, la investidura de este puede regresar al narcisismo, este tipo de identificación sustituye la investidura, haciendo el vínculo con el objeto no se pierda a pesar del conflicto.

En palabras de Carlos Aslan Carlos (1977)

Es comprensible que, si en una relación de tipo narcisista o simbiótica, los límites entre la representación mental del objeto y el Yo no son netos, las reacciones consecutivas a la pérdida del objeto afectarán más aún al Yo. La herida yoica será más difusa, más extensa y el proceso más tórpido. El proceso de transformación en recuerdos, que exige una clara diferenciación entre Yo y representación de objeto como paso intermedio, se verá seriamente perturbado. (p.30)

Según Garbarino (2000) en este caso, en vez de existir un duelo por el objeto, en realidad el duelo es por el yo, lo perdido es el yo ideal.

Para Susana García (2000) las elecciones narcisistas predisponen al desarrollo de una depresión no solo cuando el objeto se pierde, esto se debe a que existe una falta de adaptación a las contingencias que puede sufrir el objeto amado. Para el sujeto este objeto debe ser espectacular, casi que perfecto, en los detalles en que el sujeto se haya identificado con el objeto y este falle, hace que se sienta abandonado y se repliegue sobre sí mismo.

La ambivalencia de los vínculos

Las puntualizaciones que se realizaron en el apartado anterior, sirven como base para explicar el motivo por el cual se suceden estas series de autorreproches en la persona depresiva, se parte de la premisa que toda pérdida es una situación ideal para que se produzca la ambivalencia de los vínculos

Si el amor por el objeto -ese amor que no puede resignarse al par que el objeto mismo es resignado- se refugia en la identificación narcisista, el odio se ensaña con ese objeto sustitutivo insultándolo, denigrándolo, haciéndolo sufrir y ganando en este sufrimiento una satisfacción sádica. Ese automartirio de la melancolía, inequívocamente gozoso, importa, en un todo como el

fenómeno paralelo de la neurosis obsesiva, la satisfacción de tendencias sádicas y tendencias al odio que recaen sobre un objeto y por la vía indicada han experimentado una vuelta hacia la persona propia. (Freud, 1914/1976, p.248)

Mediante el mecanismo de introyección el sujeto logra retener el objeto (porque lo ama) pero a la vez debe cumplir sus deseos sádicos de destruirlo (porque lo odia), como los sentimientos positivos terminan siendo arrastrados por los pensamientos negativos, el sujeto dirige toda la rabia que era hacia el objeto ahora sobre sí mismo. Esta conflictiva no puede ser exteriorizada, por lo tanto el sujeto tendrá que combatir estos sentimientos de amor-odio de forma inconsciente, ya que permanece en este nivel gracias a los mecanismos de represión.

Como se mencionó anteriormente en el Tratado de Psiquiatría, todo depresivo es capaz de cometer suicidio, pues los ataques hacia el objeto introyectado pueden llegar a un grado tan extremo que en su afán de destruirlo se destruye a sí mismo.

La resolución

Así como en duelo la desinvertidura libidinal debe hacerse paso por paso, en la melancolía es aún más complicado debido a la ambivalencia en el vínculo con el objeto. Freud pasa de lo que llamaba trabajo en el duelo a hablar de batallas en la melancolía, batallas que debe librar el inconsciente para desligarse de este objeto.

En la melancolía se urde una multitud de batallas parciales por el objeto; en ellas se enfrentan el odio y el amor, el primero pugna por desatar la libido del objeto, y el otro por salvar del asalto esa posición libidinal. (Freud, 1914/1976, p.253)

La forma en que se resuelva esta ambivalencia, será la forma en que se resuelva la melancolía, una salida es que finalmente el sujeto logre desagotar toda su ira contra el objeto y de esta forma quede liberado, y la otra salida propone que el yo pueda lograr satisfacción al sentirse superior al objeto perdido, y de esta forma abandonarlo por considerarlo de carente de valor.

Duelo, depresión y su conexión con los procesos mentales tempranos

La posición depresiva

Melanie Klein (1940) basa su teoría en que la melancolía tiene sus orígenes en el desarrollo normal del niño, es decir, que este experimenta su primera pérdida con el destete y a raíz de esto sufre sentimientos depresivos, a los cuales la autora denomina como la “posición depresiva”

En este caso el objeto perdido es el pecho de la madre y todo lo relacionado con ello, amor, bondad y seguridad. Como resultado de esta pérdida, el niño siente que esto es la consecuencia de su incontrolable voracidad así como de sus propias fantasías e impulsos destructivos. A partir de allí se suceden otros dolores producto de los temores por la pérdida de otros objetos amados que son atacados por su propia fantasía, lo cual además le genera sentimiento de culpa. Esta preocupación por la pérdida de “objetos buenos”, es decir, la “posición depresiva” es la fuente de los conflictos dolorosos en relación con el medio ambiente que lo rodea.

El proceso de internalización

Normalmente, los conflictos a los que se enfrenta el niño con el mundo que lo rodea, se vencen mediante varios métodos, uno de ellos es el proceso de internalización, el niño incorpora a sus padres dentro de sí mismo, es decir, de forma inconsciente los siente como personas vivas dentro de su cuerpo, se convierten así en objetos internos o internalizados. De esta manera se edifica el mundo interno en la mente del niño, en concordancia con las experiencias reales del mundo exterior, si lo que lo rodea al niño es un ambiente donde las personas están en paz con los otros y con su yo, la integración de estos dos mundos le dará al niño un sentimiento de seguridad.

El niño interactúa constantemente con las ansiedades relacionadas con la madre externa (en contraste con la que ha internalizado como se dijo anteriormente), esta madre externa se encuentra ligada a la madre interna y funciona como un doble que se encuentra alterado por las fantasías, estímulos y experiencias que mediaron en el proceso de internalización. Lo mismo sucede con el resto de las situaciones reales, las dudas, incertidumbres y ansiedades son un incentivo para observar los objetos del mundo externo, adquiriendo seguridad sobre ellos y así comprender mejor a su mundo interno.

El papel del juicio de la realidad

El juicio de la realidad lo que hace es actuar como un mediador entre un mundo y otro, es decir, el niño estará expuesto a situaciones que le resultan displacenteras, si el niño logra vencerlas sentirá que puede retener sus objetos amados, así como el amor que estos le ofrece, preservando así su vida interna y logrando a su vez una armonía ante a los peligros que debe enfrentar.

Las alegrías que vive a través de la relación con su madre, servirán como prueba de que los objetos amados que se encuentran dentro y fuera de él no están dañados, y no se transformaran en personas vengadoras. Este aumento de confianza y disminución de temores a través de experiencias felices, son los que propician que el niño paso a paso logre vencer su depresión y sentimiento de pérdida (duelo).

La posición depresiva en la relación con el duelo y la depresión

En la adultez cuando un sujeto está en duelo, el dolor por la pérdida real se encuentra aumentada por las fantasías inconscientes de haber perdido también los objetos buenos internos, por lo tanto su mundo interno pasa a ser dominado por objetos malos y está en peligro de derrumbarse. Como vimos anteriormente, Freud explica que la pérdida conduce al sujeto a instalar en el yo ese objeto amado y perdido, la extensión que realiza Melanie Klein a este concepto es que además el sujeto reinstala los objetos buenos internalizados "(en última instancia sus padres amados)" (Klein, 1940/1990, p.355) que fundaron este mundo interno en las fases tempranas de su desarrollo. Por lo tanto, cada vez que se sucede una pérdida se reactiva la posición depresiva así como la situación edípica, con las ansiedades, culpas y dolor derivados de la situación frente al pecho materno, "entre todas estas emociones, se reavivan en las capas mentales más profundas los temores a ser robado y castigado por los padres temidos, es decir, todos los temores de persecución" (Klein, 1940/1990, p.355).

Esto explicaría el motivo del dolor experimentado en el lento proceso de duelo, ya que el sujeto no solo necesita renovar los vínculos con el mundo externo re experimentando así la pérdida, sino que también debe volver a construir el mundo interno que se siente en peligro de deteriorarse. De la posibilidad de reconstruir este mundo interno dependerá el éxito del trabajo de duelo.

En el duelo normal la posición depresiva que ha revivido a partir de la pérdida, se vence con los mismos métodos que utilizó el yo en la infancia, reinstalando dentro de sí sus objetos de amor reales y al mismo tiempo sus primeros objetos amados (sus padres buenos). Una vez que esto sucede, el sujeto reconstruye su mundo interno venciendo la

pena, ganando nueva seguridad y armonía. Para Melanie Klein, la vida de todo ser humano es un ciclo donde permanentemente se destruyen y se reparan objetos, esta repetida vivencia lleva a que el yo se sienta fortalecido en su capacidad de amor y a que los sentimientos de culpa retrocedan en la esfera mental.

Los enfermos depresivos y los sujetos que fracasan en realizar el duelo tienen en común el hecho de no haber sido capaces en su infancia de establecer objetos buenos internos y con ello sentir seguridad en su mundo interno, no vencieron nunca la posición depresiva infantil.

Abraham (1924) señala que la causa de la depresión es una decepción amorosa que inconscientemente el paciente lo equipara a una experiencia traumática infantil. Estas heridas que sufre el narcisismo infantil y que frustran sus demandas insaciables de amor, generan decepciones y sentimientos muy hostiles que se dirigen hacia quienes han frustrado su anhelo de amor. Comparte con Freud que la ambivalencia de los sentimientos también es una de las principales causas de la depresión, en la medida en que el amor que siente el sujeto hacia el objeto ahora resulta endeble ante la ola de odio provocada por la decepción, lo que lleva al sujeto a una regresión a las fases anteriores de sadismo anal y oral.

Marta Cárdenas (2000), a propósito de la teoría de Klein, nos dice que así como el establecimiento de una buena imago de la madre dentro de sí es lo que ayuda a lograr vencer la posición depresiva, en el sujeto en duelo su entorno cumple una función muy similar, es decir, si este sujeto se encuentra rodeado de personas que lo quiere, comparten su dolor, y el puede aceptar su compasión, esto lo favorecerá en su elaboración de duelo.

De allí surge la importancia de los ritos en torno a la pérdida, dado que el ser humano es un ser social, podemos decir entonces que el duelo cumple dos funciones simultáneas, por un lado es un proceso interno, normal y necesario cuya finalidad es volver a lograr el equilibrio emocional existente previo a la pérdida, y por otro lado cumple también una función social. “La sociedad provee de un repertorio de ritos fúnebres y el sujeto se pliega a ellos o entrega a quienes los conocen, para de ese modo ordenar sus sentimientos y su conducta” Paciuk, S, 1998, sección Lo “normal” del duelo, párr. 2)

Para Susana García (2000), en la compleja estructuración del yo, se ponen en juego los investimentos maternos, estos surgen de los cuidados corporales que lo salvan de la indefensión y habilitan la construcción de la imagen de sí, esto le permitirá al niño posteriormente emitir investiduras de objetos.

La elección de los objetos puede ser objetal o narcisista, mientras que en la primera lo que se busca es el objeto complementario, en la segunda lo que se busca es lo idéntico.

Como se vio anteriormente, cuando la elección es narcisista, el sujeto tiene una predisposición a sufrir un cuadro depresivo, dado que ante cualquier falla o carencia del objeto, el sujeto se sentirá abandonado.

Para que la omnipotencia infantil se abandone contribuyen varios factores, entre ellos los investimentos maternos ya señalados, la construcción del yo ideal, y la resignación de estas investiduras asumiendo la carencia, esto es, asumir que existe una incompletitud a raíz de las fallas y limitaciones de los propios padres. Estos elementos hacen que el sujeto logre alcanzar su propia subjetivación, que incluye la posibilidad de separarse de los objetos primarios y así lograr su autonomía. La instalación de un duelo patológico o una depresión nos indican fallas en estos procesos.

Clara Uriarte (1998) relaciona los cuidados paternos con la construcción de la autoestima y como sus fallas repercuten luego en la relacionamiento con los demás

Aquel niño que no se siente estimado y reconocido por su madre resultará dañado a nivel de su propia estima. La ausencia del padre no sólo en la estructura psíquica de la madre sino en la realidad incide en los movimientos identificatorios y agravan la vulnerabilidad narcisista del niño. Dado que la autoestima se eleva a través de un aporte narcisista que le viene del exterior estos pacientes se ven completamente ligados a otras personas para lograr conservar su amor propio y solo obtienen sensación de seguridad cuando se sienten sostenidos y alentados en sus propósitos cualquiera sean estos. (Uriarte, 1998, sección La construcción de la depresión, párr. 12)

En suma

El duelo y la depresión son procesos que se manifiestan en forma muy similar y que tienen sus orígenes en la pérdida del objeto amado, sin embargo mientras el primero es un estado normal el segundo es considerado un estado patológico.

Según Freud (1917), en el duelo el sujeto mediante el examen de la realidad comprueba que su objeto amado ya no existe y por medio de un trabajo de desinvestidura libidinal retira (con mucho esfuerzo) la libido que se encontraba unida a este, una vez que esto se logra el yo sale del estado de inhibición en que se encontraba y puede desplazar esa libido hacia nuevos objetos. La depresión es un estado más complejo ya que el sujeto no siempre está consciente de cuál es el objeto que se ha perdido, por lo tanto internamente debe librar batallas de forma inconsciente para poder retirar la libido que en vez de desplazarse hacia otro objeto lo hizo hacia el propio yo. En el intento de encontrar una explicación de porqué sucede de esta forma, encuentra que la elección de este objeto ha sido en forma narcisista

y que la depresión se resolverá en la medida en que se pueda solucionar la ambivalencia que surge del vínculo con este objeto.

Melanie Klein (1940) retoma los conceptos de Freud sobre duelo y depresión, agregando que existe una conexión entre estos y los procesos mentales tempranos. Asegura que en el desarrollo normal del niño, este atraviesa procesos comparables al duelo del adulto (la posición depresiva), y estos son los que se reviven cuando se experimenta algo penoso en la adultez.

Viñeta clínica

A continuación se expone un caso clínico de depresión como forma de llevar a la realidad lo que se ha expuesto hasta el momento en forma teórica.

Presentación del caso

María es una joven de 29 años de clase media, trabaja como administrativa en una empresa multinacional, aunque esta actividad se encuentra interrumpida desde hace cuatro meses. Vive sola desde que se separó de su pareja hace un año.

Durante la entrevista puede observarse que se encuentra bien orientada en lo que respecta al tiempo y espacio, su aspecto es adecuado lo que supone un buen cuidado de sí misma. Su postura es decaída, se mantiene distante del psicólogo, habla con voz apagada y muestra una fuerte labilidad emocional, llevándola a pedir constantemente disculpas (“lo siento mucho, no puedo hablar de eso sin ponerme mal”).

Al preguntarle por el motivo de consulta responde que se encuentra deprimida y que se siente en un pozo del cual no puede salir, se siente como “muerta en vida”. Este sentimiento la acompaña desde aproximadamente año y medio, en concordancia con los conflictos con su pareja de la cual termina separándose por decisión de él. Cuenta que durante seis meses estuvo intentándolo todo para que la relación saliera adelante y que a partir de la ruptura se sintió “hundida” y se encerró en su casa evitando el contacto con su familia y amigos porque no sabía cómo contarles acerca de su separación.

Con mucho esfuerzo logró mantener sus actividades laborales hasta hace cuatro meses, cuando por motivo de su aniversario llamó a su ex pareja y al notar nada más que frialdad de su parte su estado empeoró. Desde entonces prácticamente no sale de su casa, llora constantemente y no siente ganas de nada, solo de morirse. Se siente responsable por la separación, encontrando continuamente motivos para justificar la ruptura, a veces no entiende por qué ocurrió y otras veces piensa que era esperable que sucediera “¿cómo me iba a querer?”.

Explorando sus síntomas se encuentra que su estado anímico es claramente triste y la falta de motivación se acompaña además con sentimientos de irritabilidad que se manifiestan en sus relaciones interpersonales. Respecto a sus deseos de morir siente que le gustaría dormirse para siempre, y que si bien en ocasiones ha pensado en quitarse la vida, no lo llevaría a cabo porque considera que sería incorrecto hacerlo.

En cuanto a síntomas fisiológicos, actualmente presenta insomnio recurrente que ha empeorado en estos últimos meses, ha notado que siente más apetito por lo cual la ha aumentado cinco kilos, y si bien su imagen corporal no se encuentra distorsionada como para pensar en un trastorno alimenticio, menciona que se siente peor debido a este aumento de peso.

Su autoestima se encuentra muy deteriorada, refiere a que con su ex pareja se sentía segura y que su vida tenía sentido y ahora sin él siente que no es nadie. Cree que con esta ruptura ha decepcionado a su familia y que aunque no se lo digan la ven como una fracasada.

Verbaliza sentimientos de tristeza, de fracaso, desesperanza, vacío y culpa, así como un intenso autodesprecio. Encuentra dificultades para describir lo que siente por su ex pareja, solo dice que lo quiere y que pensar en él solo le dan ganas de llorar. En la siguiente consulta comienza a referir sentimientos de rabia hacia él debido al daño que le ha causado, pero a su vez se siente culpable por esta emoción.

María manifiesta que los peores momentos los ha tenido cuando ha intentado sin éxito comunicarse con él y en aquellas situaciones donde forzándose a salir se encuentra sola y no sabe cómo actuar, por lo cual en estos últimos cuatro meses ha evitado vivir este tipo de situaciones. Plantea como problema principal que no puede vivir sin él y en un segundo plano su incapacidad para concentrarse en su trabajo debido a su estado.

La forma en que María afronta esta situación es pasiva, centrándose más que nada en las emociones que esto le provoca y dando vueltas constantemente en los motivos por los cuales su pareja no funcionó. Su modo de relacionarse es sumiso y manifiesta una excesiva dependencia con respecto a sus allegados, a partir de su discurso se puede inferir que existe una imposibilidad de su parte de sentirse valiosa sin el apoyo de las personas de su entorno que considera importantes. Su sensación de indefensión hace que sienta una gran dificultad para resolver sus problemas por más pequeños que sean.

Revisando sus antecedentes personales y familiares no se encuentran problemas psicológicos previos aunque realizó una consulta con un terapeuta cuando comenzaron sus problemas de pareja, pero no continuó porque siente que no la ayudó a “arreglar su pareja que era lo que ella quería”. Al explorar su demanda, ante la pregunta de por qué realiza una consulta en este momento, responde que en los últimos cuatro meses siente que “se ha quedado sin vida y no quiere seguir así”

Análisis de la viñeta

En un primer momento se analiza la presentación de María, esto implica "...un análisis minucioso del aspecto general del paciente." (Arévalo, C. Couso, M. Deberti, C. De Los Santos, L. Dibarboure, M. García, R ... Yañez, A, 2013, p.37), esta etapa sin bien es de observación y descripción, al explorar las reacciones que se producen entre el psicólogo y el paciente, permite ya desde un primer momento ir delineando una primera hipótesis de investigación.

De acuerdo con lo dicho anteriormente, al observar que su aspecto general es adecuado y el cuidado de su imagen está conservado, hace suponer que aunque su estado de ánimo sea triste, no se está frente a un caso grave donde la persona se sienta imposibilitada de realizar un cuidado corporal básico que considero que sí puede encontrarse en el melancólico.

A nivel de facies se puede observar que su humor está descendido mientras que la gestualidad (postura decaída) y el tono de voz apagado permanecen en misma línea de decaimiento. Además, la abulia que presenta le implica una pérdida importante en cuanto a los pragmatismos, sobretudo los ocupacionales que se ven afectados por su falta de concentración, y los sociales tanto por la imposibilidad salir sin la compañía de su ex pareja como por sus sentimientos de irritabilidad que empobrecen sus relaciones interpersonales.

Las conductas basales que se encuentran alteradas son el sueño y la alimentación, dado que presenta insomnio y aumento de apetito respectivamente, mientras que como se refirió anteriormente la higiene se encuentra conservada.

Si bien se hace referencia a la labilidad emocional que presenta, el hecho de pedir disculpas por sus reacciones (que ella misma reconoce como desmedidas), da la pauta de que a pesar de que su actitud con el psicólogo sea distante, existe cierta empatía en el sentido de que se conserva el hecho de tener en cuenta al otro, no se observa en ella el desapego emocional que podría hallarse por ejemplo en la psicosis.

Al preguntarle a María sobre el motivo de consulta, ella expresa que se *encuentra* deprimida, que se *siente* como en un pozo, y se *siente* como muerta en vida. Esta forma de expresión denota que se está refiriendo a un estado, y no es lo mismo estar (o sentir) que ser. Una persona puede *estar* en un momento depresivo pero no significa que esa persona sea depresiva. En este caso debe considerarse si es un estado pasajero, con el sentimiento de tristeza que implica, pero que se transita y se termina (como sucede en el caso del duelo), o es algo que se instala, el sujeto siente que no puede resolverlo por sus propios medios y en ese caso es necesario intervenir.

Los manuales de psiquiatría, utilizan la temporalidad como forma de diferenciar lo que puede llegar a ser una reacción normal y esperable frente a una situación, de una reacción patológica.

El DSM V plantea que en el caso del trastorno de depresión mayor, los síntomas deben estar presentes durante un periodo de al menos dos semanas y que además representen un cambio en el funcionamiento de la persona. En el caso de María, los datos que se tienen son que los primeros síntomas aparecen hace un año en concordancia con la separación de su pareja, y que en los últimos cuatro meses su estado ha empeorado inhabilitándola para continuar con sus actividades sociales y laborales.

Los síntomas que manifiesta coinciden con los criterios descritos en este mismo manual para el diagnóstico de trastorno de depresión mayor “al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer...” (American Psychiatric Association, 2014, p.103), además del estado de ánimo deprimido, insomnio, aumento de apetito, ideas de suicidio, entre otros. De lo anterior se concluye que efectivamente se está frente a un caso de depresión.

El DSM V ofrece un enfoque descriptivo, y si bien es importante contar con un diagnóstico, a los fines de comprender de qué se trata la enfermedad, la estructura de la personalidad de quien la padece y realizar un diagnóstico diferencial entre neurosis y psicosis, utilizar solamente este manual resulta insuficiente.

Es por eso que a continuación se toman los criterios utilizados en el Tratado de Psiquiatría, dado que este además de realizar un abordaje semiológico, agrega una explicación dinámica de la enfermedad.

Como se explicó anteriormente según Henri Ey (1965) existen tres posibilidades de diagnóstico: estado depresivo, crisis de melancolía y la crisis de depresión neurótica.

Los dos primeros, tienen en común el dolor moral y la inhibición como síntomas de base (en la melancolía se encuentra con mayor profundidad). En el caso de María, si bien se aprecia en su relato algunos indicios de autodesprecio, lo que predomina en ella son los sentimientos de vergüenza y culpa.

Me inclino a manejar la hipótesis de que se trata de una depresión neurótica, ya que considero que a pesar de que la depresión que sufre María se desencadena a partir de la ruptura de su pareja, su estado se refiere a cómo se siente ella frente a la pérdida de su objeto amado, es decir, qué de ella que estaba depositado en ese objeto no puede ser recuperado.

Para que se desencadene este tipo de depresión, debe existir previamente una personalidad con tendencia neurótica, la relación que mantiene el neurótico con los demás

ha quedado erotizada y esto tiene como resultado un sentimiento de inseguridad permanente en sus relaciones, cuando el sujeto sufre una frustración, se reactiva la neurosis infantil.

Retomando las ideas de Freud, se encuentra que la neurosis infantil tiene sus raíces en el periodo edipiano, conflicto psíquico de origen sexual entre las pulsiones edípicas y las prohibiciones, que da lugar al miedo y la angustia de castración.

Para entenderla cabe mencionar que el complejo de Edipo desempeña un papel esencial en la estructuración psíquica del sujeto, en la orientación de su deseo y en la elección del objeto de amor. Freud toma como referencia la tragedia de Edipo Rey, donde Edipo se enamora de su madre y mata a su padre, y realiza una analogía respecto a que en la fase fálica, el niño encuentra una ambivalencia dada por el deseo sexual orientado hacia su progenitor del sexo opuesto y la rivalidad que siente hacia su progenitor de su mismo sexo.

La castración es la forma que encuentra Freud para la resolución de este conflicto, (conflicto dado además por la prohibición del incesto) que implica la sustitución de las investiduras de objeto por la identificación. El niño cree en la universalidad del pene, es decir que este se halla en todo ser humano, y la diferencia anatómica de los sexos sólo puede explicarse por la castración. Cuando el niño descubre que las niñas no lo poseen, supone que es porque ha sido castrada y cree que es lo que le espera como castigo debido a sus deseos sexuales hacia la madre. Ante la angustia que implica la pérdida de tan valioso órgano, es que abandona estos deseos. En el caso de las niñas, estas notan la ausencia del pene y lo toman como un perjuicio sufrido, e intentan negar, compensar o reparar esta falta.

La angustia de castración entonces habilita a sustituir investiduras de objeto por identificación, en este caso la niña deja de ver a la madre como rival para identificarse con ella, cree que si la madre es capaz de tener el amor de un hombre (el padre) entonces ella también puede hacerlo, la niña debe renunciar al amor por su padre, para que la carga libidinal puesta en él pueda ser desplazada hacia otros objetos. Esta es la angustia que revive María cuando fracasa en el intento de conservar su pareja, porque al no lograr hacer lo que sí hizo su madre (conservar el amor de un hombre) fracasa como mujer. La neurosis está relacionada con la valoración de tener (en contraposición a la psicosis que está en relación con el ser).

María siente la ruptura como una frustración y el sentimiento de culpa se atribuye a no ser eficaz en el intento de mantener su pareja, piensa que su familia la ve como una fracasada cuando en realidad lo que hace es proyectar en el mundo externo lo que ella inconscientemente siente sobre sí misma.

En su relato, María se refiere a la seguridad que le otorgaba su pareja, pues era esta quien le daba sentido a su vida, podría decirse que esta persona funcionaba como su suministro narcisista, y que al irse María se desestabiliza porque lo que queda en evidencia la falta propia. El hecho de haber sido abandonada implica para ella sentirse desechada como si fuera un objeto carente de amor y de deseo, y esto la remite a la competencia de la madre por el padre, cuando el padre elige a la madre y no a ella. El abandono provoca una herida en la autoestima, es decir, en la valoración de sí misma.

La forma en que María se relaciona con sus objetos de amor, responde a la imposibilidad de haber construido una buena autoestima y la herida narcisista provocada sin dudas repercute tanto al momento de elegir estos objetos como al realizar el intento por separarse de ellos, podría decirse que existe de su parte una resistencia a duelar.

Considero que la dependencia con sus allegados que se observa en María, así como la incapacidad de resolver por sí misma sus problemas, se relaciona con la angustia que la deja como sin respuesta, invadida por una sensación de incapacidad y de necesidad de que el otro haga por ella, lo que ella no puede hacer por sí misma. Es por esto que ella se siente como “muerta en vida”.

La finalidad de lo descrito en los párrafos anteriores es dar cuenta de que tanto el diagnóstico como el estudio de las causas son importantes para el psicólogo en su comprensión clínica de la enfermedad y que estar en concordancia con lo que María sabe sobre su estado y estar en sintonía con ella, es el primer paso para lograr una alianza terapéutica.

El trabajo psicoanalítico implica delinear un plan de cómo intervenir en el encuentro psicólogo - paciente, con el fin de desanudar los síntomas que le aquejan por medio de la palabra y la interpretación, para que María logre un *insight* y comprenda porqué sucede lo que sucede.

En este caso, tanto la actitud distante para con el psicólogo que se aprecia en la entrevista, como la forma pasiva con que afronta toda la situación, da la pauta de que se ofrece resistencia por parte de María, por un lado porque indagar acerca de los motivos por los cuales no puede tolerar la separación la enfrenta consigo misma (de hecho ya existe el antecedente de un intento fallido de comenzar una terapia) y por otro porque el beneficio secundario que le ofrece esta indefensión, la exime de la responsabilidad de su propio cuidado, como es el otro quien resuelve sus problemas (porque ella no es capaz), cuando no se resuelve como espera, la que falla no es ella, sino el otro.

Por lo tanto considero que en primera instancia es necesario antes que nada conocer cuáles son esas resistencias y prestar atención a la forma en que María reacciona, porque de lo contrario el resultado nuevamente será el abandono del tratamiento.

René Roussillon (2007) retoma el concepto de Freud de perlaboración, y explica que la forma de aplicarse dependerá de la resistencia. En el caso de que se trate (como creo que es) es una resistencia del yo “(resistencia de represión, resistencia de transferencia, resistencia ligada a los beneficios secundarios de la enfermedad)” (p.8), para la perlaboración, que implica trabajar sobre la rememoración del pasado reprimido y sobre las resistencias que el paciente presenta a ese recuerdo, el psicólogo en primera instancia propone una interpretación, que se comporta más bien como una idea o una hipótesis, que funciona como un “pensamiento de espera” que va en dirección a los contenidos reprimidos y que a su vez opera como un atractor de estos. Luego, progresivamente se va construyendo un camino de pensamientos de espera que van hacia las emociones reprimidas y de los recuerdos que las representan y las narran. Esto tiene como finalidad que poco a poco vaya surgiendo una toma de consciencia y se manifieste en la neurosis de transferencia.

La indicación entonces es un tratamiento psicoanalítico donde se pueda establecer la neurosis de transferencia, teniendo en cuenta que es muy posible que esta relación, el patrón de dependencia narcisista que María tiene con sus allegados se repita. Volviendo al ejemplo del primer intento de terapia, tras no conseguir lo que ella desea, los roles se invierten siendo ella esta vez quien abandona.

Desde el lugar del psicólogo, es importante trabajar previamente sobre cómo evitar satisfacer las demandas del paciente, representar papeles que este imponga, para que de esta forma no logre encontrar satisfacciones sustitutivas de sus síntomas durante el análisis y así evitar nuevamente el abandono.

Trabajar esto permite una alianza terapéutica que garantice la eficacia del tratamiento psicoanalítico.

Reflexiones finales

La presente monografía fue realizada en el marco del trabajo final de grado, por lo cual se trata de un trabajo acotado, con un enfoque específico, que debe tomarse como una aproximación al tema y no como algo definitivo.

Si bien la utilización de la viñeta funciona como forma de integrar lo que se desarrolló en forma teórica con lo que sucede en la práctica clínica, también sirve para obtener conclusiones acerca de lo que se viene trabajando y además plantearse nuevas interrogantes.

Una de ellas es en cuanto al objeto amado, si es posible confundir el término amor con posesión. ¿Qué se entiende por amar? ¿Es creer que porque lo amo ese objeto me pertenece? considero que para poder amar es necesario poder renunciar a él, como no se tiene se busca, entonces la falta habilita el encuentro. En relación las ideas de Melanie Klein sobre la introyección de los objetos, es esto lo permite poder realizar esa renuncia, es decir, poder seguir teniendo esos objetos aunque físicamente no estén, porque de no ser así sería imposible separarse de ellos.

La viñeta es una muestra de cómo se expresa la no renuncia, que en este caso deja a María como suspendida en el tiempo, equiparando el ser con el tener (sin él no es nadie), cuando en realidad tiene todo para querer y ser querida como mujer, solo que ella no lo sabe.

En cuanto a la pérdida, pensar en torno a la muerte hace cuestionarme porque si es parte del curso natural de la vida resulta tan difícil aceptarla, considero esto se debe a que aceptar la muerte de otro es admitir la finitud de la vida propia, el no ser o dejar de ser, y la angustia que implica no saber qué hay más allá, como dice Rubén Darío (1905) *Ser, y no saber nada, y ser sin rumbo cierto, y el temor de haber sido y un futuro terror... ¡Y el espanto seguro de estar mañana muerto!*

Por otra parte, es necesario reparar en que a lo largo del trabajo me referí a la depresión como una enfermedad, sin embargo como se explicó anteriormente es también parte de procesos normales del desarrollo del ser humano. Melanie Klein cuando habla de la posición depresiva, hace referencia a los primeros meses de vida del niño y toma como primera pérdida el pecho materno, reflexionando acerca de esto, considero que en realidad la primera pérdida sucede antes, en el nacimiento.

Durante la gestación la unión que se da entre madre e hijo por el hecho de compartir un mismo cuerpo se ve sacudida tras sufrir una ruptura con el nacimiento, aquello que era uno

ahora son dos seres que viven en forma separada. El primer llanto del niño denota el shock que implica vivir en un mundo externo donde como se mencionaba anteriormente está plagado de indefensión y peligros. Posteriormente los cuidados maternos le brindaran seguridad para que el niño vaya integrando estos sentimientos para poder darle un sentido, y logre la construcción de su autoimagen. En este caso la depresión funciona como habilitadora en el sentido de que es necesaria para que el niño logre su individualización.

En el lenguaje coloquial como en el clínico, la depresión es tomada como algo negativo, como un padecimiento, sin embargo en el abordaje de la depresión, ésta puede ser tratada como una enfermedad cuando es inhabilitadora para quien la padece, o puede ser trabajada como estructuradora, como se mencionó en el párrafo anterior lo que hace es habilitar la independencia del sujeto. Hete aquí la relevancia de estudiarla y importancia de entenderla, y conocer esta diferencia es necesaria para poder determinar cuándo se debe intervenir y cuando no.

Referencias bibliográficas

Abraham, K. (1924). Un breve estudio de la evolución de la libido, considerada a la luz de los trastornos mentales. Recuperado de <http://bibliotecadigital.apa.org.ar/greenstone/collect/revapa/index/assoc//19440202p0272.dir/REVAPA19440202p0272Abraham.pdf>

Arévalo, C. Couso, M. Deberti, C. De Los Santos, L. Dibarboure, M. García, R ... Yañez, A. (2013) *Temas de psicopatología -Semiología* Uruguay Psicolibros

Arros, M., y Valenzuela, F. (2006). *Teoría psicoanalítica de la depresión: una revisión de distintas propuestas para su comprensión y clasificación* Revista "Gaceta de Psiquiatría Universitaria" Recuperado de http://revistagpu.cl/GPU_ejemplares/2006/vol2n4diciembre2006.pdf#page=123

Aslan, C. (1977). *Un aporte a la Metapsicología del duelo*. Biblioteca digital Asociación Psicoanalítica Argentina. Recuperado de <http://bibliotecadigital.apa.org.ar/greenstone/collect/revapa/index/assoc/19783501p0019.dir/REVAPA19783501p0019Aslan.pdf>

American Psychiatric Association (Ed.) (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5* Estados Unidos

Asociación Psicoanalítica de Uruguay (2000). *Los duelos y sus destinos. Depresiones, Hoy*. Volumen I y II. Montevideo: Asociación Psicoanalítica del Uruguay

Baranger, W. (1961-1962). *El muerto-vivo estructura de los objetos en el duelo y los estados depresivos*. Revista Uruguaya de Psicoanálisis [en línea] Recuperado de <http://www.apuruguay.org/apurevista/1960/1688724719611962040402.pdf>

Centro de Psicología Clínica y Psicoterapia R&A Psicólogos de México (s.f) Psicoanálisis-Psicoterapia psicoanalítica. Recuperado de <http://www.ryapsicologos.net/psicoanalisis-terapia-psicoanalitica.html>

Bagnato, M.J. (22 de agosto de 2016) María José Bagnato : *Depresión: la segunda causa de discapacidad para 2020*. Entrevista programa Arriba Gente. Montevideo: Canal 10
Recuperado de
www.canal10.com.uy/arriba-gente/2016/depresion-la-segunda-causa-de-discapacidad-para-2020

Ey, H. Bernard, P. y Brisset, C. (1965). *Tratado de Psiquiatría*. Barcelona: Masson

Freud, S. (1976). *Introducción al narcisismo*. En: *Obras completas: S. Freud* (vol.14,pp. 67-98). Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado 1914)

Freud, S. (1976). *Duelo y Melancolía*. En: *Obras completas: S. Freud* (Vol.14, pp. 241-252). Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado 1917/1915)

Freud, S (1979). *Inhibición, síntoma y angustia*. En *Obras completas: S. Freud* (Vol. 20, pp 71-161). Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado 1925)

Klein, M (1990). *Contribución a la psicogénesis de los estados maníaco-depresivos*. En: *Amor, culpa y reparación y otros trabajos* (pp.267 - 295) Buenos Aires: Paidós (Trabajo original publicado en 1935)

Klein, M. (1990). *El duelo y su relación con los estados maníaco-depresivos*. En: *Amor, culpa y reparación y otros trabajos* (pp.346 - 371) Buenos Aires: Paidós (Trabajo original publicado en 1940)

Laplanche, J. Pontalis, J. (1996) *Diccionario de psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós

Paciuk, S. (1998). *Duelos depresivos y duelos reparatorios*. Revista Uruguay de psicoanálisis [en línea] Recuperado de <http://www.apuruguay.org/apurevista/1990/1688724719988806.pdf>

Paino, S (2013) *Caso práctico de depresión* Universidad de Huelva España Recuperado de http://www.uhu.es/susana_paino/EP/CasoPracticoDepresion.pdf

Pérez, M. y García, J. (2001). *Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión* *Psicothema* 13(3), 493-510 Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/471.pdf>

Roussillon, R. (2007). *La perlaboración y sus modelos* Revista Uruguaya de Psicoanálisis 105 Recuperado de <http://www.apuruguay.org/apurevista/2000/16887247200710501.pdf>

Uriarte, C. (1998) *Depresiones narcisistas en la neurosis* Revista Uruguaya de psicoanálisis [en línea] Recuperado de <http://www.apuruguay.org/apurevista/1990/1688724719988804.pdf>