

Tejiendo Cristales: Reflexiones desde la teoría psicoanalítica para el abordaje de las depresiones y su relación con la teoría del apego a nivel teórico, clínico y cultural

Santiago Gualteros González

Trabajo dirigido por:

Mg. Juan Guillermo Manrique López

Línea de Investigación: Psicología, Subjetividad e Identidades

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Ciencias Humanas

Departamento de Psicología

Noviembre de 2018

Resumen

Este estudio tiene como propósito exponer, desde una perspectiva psicoanalítica, algunas reflexiones sobre el concepto de las depresiones, su concepción teórica y técnica interventiva, y el cómo estos conceptos están relacionados con las propuestas clásicas y contemporáneas de la Teoría del Apego; con un recorrido de las propuestas de algunos autores que destacan el papel de la cultura como protagónico frente a la formación y el mantenimiento de la sintomatología. 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. La metodología fue una revisión documental basada en los textos sugeridos por un grupo de expertos de diversas áreas, los cuales fueron entrevistados de manera informal.

Palabras clave: Depresión, apego, teoría del apego, terapéutica de la depresión.

Abstract

The purpose of this study is to present, from a psychoanalytic perspective, some reflections about the concept of depressions, its theoretical and technical conception, and how these concepts are related to the classic and contemporary proposals of the Attachment Theory; with a review of the proposals of some authors that highlight the role of culture as a protagonist in the face of the formation and maintenance of symptomatology. 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. The methodology was a documentary review based on the texts suggested by a group of experts in various areas, who were interviewed informally.

Keywords: Depression, attachment, attachment theory, therapeutics and theory of depression.

Introducción

Palabras Previas: El para qué del tejido

Desde mis ejercicios personales y profesionales como psicoterapeuta, he encontrado que existe una preocupación constante por el advenimiento de un auge en el diagnóstico las depresiones¹ (Gualteros, 2015) y he tratado, en la medida de lo posible, de hacer extensa la invitación a los nuevos profesionales de la salud mental, 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 lo anterior, es fundamental que, desde los ejercicios académicos, se generen conceptualizaciones amplias, que abarquen no sólo los lineamientos técnicos y teóricos, así como las herramientas en la práctica (clínica sobre todo), sino que, además de todo, construyan formas de comprensión (más que de entendimiento) de manera contextual, que faciliten la aparición de puntos de vista de interventores/participantes, que fomenten las condiciones de intervenir particulares para cada ser subjetivo, cada fenómeno particular con sus formas de comportarse y construirse; lo que implica incluir los factores actuales (como la hiperconectividad en las comunicaciones, los problemas de salud mental globales y particulares, así como las condiciones

¹ Benzió 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.). Por lo anterior, durante este escrito, me referiré a los diferentes trastornos depresivos con la polisemia (que pareceme más abarcadora que la simple palabra depresión).

regionales y locales) que permitan caracterizar y crear nuevas maneras de intervenir y estudiar aquello que nos compete como profesionales de la salud mental y el bienestar psicológico.

Por lo tanto, en éstas reflexiones pretendo, de manera amplia, profunda y sistemática, exponer de forma rigurosa, los avatares que me aquejan en mi práctica clínica en forma de trastornos recurrentes en los servicios de atención en los que he laborado (o laboro en la actualidad) y cómo éstos son producto, no sólo de historias particulares de cada uno de mis pacientes, sino que además, se encuentran entre-tejidos con los aspectos de la cultura que los permean como consultantes, y a nosotros como académicos y terapeutas, lo que ayuda, a su vez, que perpetuemos modelos descontextualizados de terapia, y construyamos modelos teóricos basándonos únicamente en los aspectos individuales y personales de cada uno de nuestros pacientes.

Antecedentes Investigativos

Como ya lo mencionó Bowlby (1977a, 1977b) en los planteamientos y aplicaciones de la teoría del apego, se presume que los trastornos mentales desarrollados en la infancia temprana y la adultez son consecuencia de las interacciones particulares de un infante con sus cuidadores primarios, con la calidad del afecto recibido y, en palabras de Winnicott (1965), de unas funciones maternas que propendan por el buen desarrollo de la psique humana, para enfrentarse a las adversidades del mundo en su cotidianidad.

Así, las relaciones entre la Teoría del apego y las depresiones 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 dichos trastornos, en la búsqueda realizada no se evidenció mayor visibilidad de estudios que corroboren dicha afirmación y menos dentro del campo psicoanalítico.

Ahora bien, se encontró que 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 (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 dado el interés del presente trabajo, sólo se mencionó 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 Zaghoudi, 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, 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 Erkoç (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, la medición se realizó en el grupo de 62 y se comparó con 60 voluntarios sanos 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.

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, como en el estudio de Lujik, et. al. (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, et. al. (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, cuyo objetivo se asemeja al de el presente escrito, así se resaltan los estudios de Madigan, Atkinson, Laurin y Benoit (2013) y Marganska, Gallagher y Miranda (2013) que también muestra algunas convergencias. El primero de ellos realizó 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. Asimismo, 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.

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.

Centrando más la búsqueda de antecedentes dentro del área 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.

Y por último, y no menos importante, 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 (las cuales se detallan en el marco disciplinar), 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.

Planteamiento del Problema

Desde que se estudia la salud mental, siempre se ha tenido dificultades al interior de la comunidad académica, de llegar a acuerdos en lo que corresponde al estudio, evaluación y tratamiento de los seres humanos, tanto en hombres como en mujeres, 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 mental² 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

² Psicología, Psiquiatría y Psicoanálisis para este estudio.

la salud mental (Organización Mundial de la Salud, 2007) y que, para efectos prácticos de este estudio, ayudará con la delimitación del problema.

Psicología.

Al interior de la psicología actual, existen un sin número de definiciones de lo que es trabajar con el desarrollo cognitivo (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, se deja 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 niños? Para el modelo psicofarmacológico, es necesario comprender las vivencias del niño 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 los Niños y las Niñas, 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, además de la fundamentación de la intervención terapéutica en una teoría del desarrollo que permite dar cuenta de los mecanismos de constitución y cambio subjetivo y echa por tierra las dicotomías tradicionales centradas en la diferenciación entre lo normal y lo anormal, 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, uno de los aportes más ejemplares 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 (como concepto holístico) del infante, sus posibles patologías con los cuidadores, que, en un supuesto, serán las personas encargadas de dirigir en primera instancia los esquemas yojicos 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 (como lo describirá Ainsworth y colaboradores, descrito más adelante).

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), 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, 2018b), 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, 2018a).

Así mismo, la depresión, según la OMS (2013) para el año 2020, 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.

Para finalizar, es importante recalcar que las apreciaciones científicas (teóricas y técnicas) no pueden estar enmarcadas fuera del contexto relacional y el medio ambiente cultural en el que se manifiestan, tal como se evidencia en los escritos de Freud, Vygotsky, David Cooper, entre otros, la cultura es una variable importante a presentar frente al estudio de la salud mental, los trastornos y las formas de llevar desde el quehacer del profesional, Por lo tanto, para el presente estudio se analizarán diferentes posturas desde la antropología que faciliten dar una posible comprensión más amplia al fenómeno de las depresiones y su relación con la teoría del apego.

Metodología

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 un autor o autores específicos. Así mismo, se desarrollaron temas que consideramos clásicos, ya que las depresiones, como ya se ha visto (Jackson, 1986. Gualteros, 2015), estuvieron presentes dentro de los intereses de los médicos y los intelectuales desde los griegos, pero así mismo, recalcamos 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

Se tomaron textos clásicos del psicoanálisis que permitió 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 realizaron sesiones de informales de aclaración de contenido y muestra de los textos, así como la recomendación de fuentes a tener en cuenta con 5 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 quién 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 quién 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.

Para la selección de los textos que se utilizaron en la elaboración de los apartados culturales se consultó, por una parte, con el profesor Carlos Alberto Uribe Tobón, quien es Licenciado en Antropología, Magister en arte y doctor en filosofía, vinculado a la facultad de ciencias sociales de la Universidad de los Andes en Bogotá, actualmente dirige el grupo de investigación de antropología médica. Por otra parte, se consultó al profesor Jaime Humberto Borja Gómez, quien es historiador y filósofo de la Pontificia Universidad Javeriana, en Bogotá, además de ser magister y doctor en historia, se especializa en historia medieval, cultura y arte colonial.

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.

Análisis y Selección de Citas a Tener en Cuenta

Una vez discutido el texto en los encuentros con los expertos y con el director de trabajo de grado, 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 la subjetividad del autor, al momento de tener presente algunos aspectos determinados de la teoría y excluir otros, sin embargo, es importante dejar en claro que aunque se llevó a cabo un ejercicio interpretativo,

el objetivo primordial que guio éste escrito, fue conocer la concepción con respecto a las depresiones, más específicamente su definición teórica desde el psicoanálisis, las posibilidades de intervención y su posible relación con la teoría del apego dentro de los tres niveles abordados en éste estudio (teórico, clínico y cultural).

Implicaciones 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.

Ahora bien, frente a las reuniones con los expertos, se dejó en claro que el ejercicio era explícitamente académico, sin ánimo de lucrar al autor con las ideas y propuestas de los expertos, menos aún, tomándolas como propias. Lo anterior enmarcado en la riqueza y la variedad de saberes que convergieron en las conversaciones con los expertos, así como en el cruce de información al momento de discutir dichos aportes con el supervisor. Así, no fue ni video grabada, ni transcrita ninguna de las sesiones con los expertos o con el supervisor, puesto que, al ser un ejercicio interpretativo, se buscó que la subjetividad del autor se reflejara de manera clara y primaria en cada una de las letras de éste escrito.

Adicionalmente, se resalta la intención del autor por ser coherente con los postulados psicoanalíticos, los cuales invitan, desde su creación y a lo largo de sus propuestas en diferentes áreas del saber, a realizar aportes desde la singularidad de quien los piensa y vive, puesto que es la voz del interlocutor la que debe primar en una creación, más aún, una académica.

Resultados

Conceptualización y tratamiento de las depresiones: de la teoría a la clínica.

La construcción del concepto de depresiones, tal como lo conocemos actualmente tuvo una lenta transformación, como lo menciona Stanley Jackson (1986), pasando desde un tecnicismo y sufriendo transformaciones epistemológicas importantes, pero comenzando en un principio con denominación de *melancolía*, esto es fundamental para comprender porqué para Freud, el estudio de los síntomas específicos que subyacen al duelo, no se denominaban depresión (dicha mención surge más adelante en la historia), además de arrojar comprensión suficiente sobre el que sería su único libro relacional, *Duelo y Melancolía* (Freud, 1917)

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 (Freud, 1917. 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 melancólico, 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 acuciante 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.

Nacida en Austria en el año 1882, 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 (1917), 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 (1917) 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 (1935) 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, 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 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 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 yo 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 se exponen, 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, se delimitó la conceptualización de los autores a lo que corresponde a la teoría y técnica de las depresiones.

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 (Spitz, 1965, 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 Spitz (1959) 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 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 (Spitz 1965, 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 inter-recurrentes, 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” (pág. 25) 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 (Spitz, 1957, 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 (Spitz, 1945. 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, 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 (Winnicott, 1963 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 (Winnicott, 1963. 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 (Winnicott, 1963. 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 juguetes, 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 (Winnicott, 1963. 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 (Winnicott, 1965. 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*³, 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 sostenerlo de 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 y otras ansiedades que en general se describen como psicóticas (Ibíd. pág. 33), lo que nos lleva a concluir que el *Holding* 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).

³ Para efectos de fidelidad y desambiguación, utilizaré los conceptos originales de la lengua inglesa.

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 (Winnicott, 1965. 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 (Winnicott, 1965. 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 (Winnicott, 1965. 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 Winnicott 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 (Winnicott, 1951. 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.

Depresiones como concepto antropológico.

Si bien, se ha expuesto la evolución histórica de las depresiones (Gualteros, 2015), 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 nos 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.

Siguiendo con la idea anterior, Grinberg y Grinberg (1986) hablan sobre el fenómeno de las migraciones haciendo alusión a un proceso tan viejo como lo es la humanidad y remarcando que, para el migrante, no solo es un reto la adaptación de sus mitos y costumbres de origen al lugar al que migra, sino que además, hay que hacer toda una adaptación de las concepciones que trae sobre lo que es la expresión de la enfermedad (mental en nuestro caso), su sintomatología, e incluso su denominación y estructuración lingüística, lo que nos permite pensar que, si bien es verdad que, a nivel de especie tenemos muchos rasgos de expresión del malestar, es cierto que, por medio de los procesos de culturización, estamos obligados a recrear y llevar en nosotros un *vademécum* sobre lo que es y, más aun, lo que no es la depresión de manera subjetiva e histórica.

Éstos procesos de culturización de la enfermedad mental han obligado a los profesionales de la salud mental a adaptarse, puesto que el principal problema con que hubieron de enfrentarse las nosologías occidentales al intentar abarcar los trastornos depresivos en otras culturas era el de los diferentes métodos de presentación, ya que se considera que la depresión se presenta de una u otra forma en todas las culturas aunque en los países no occidentales lo hace, igual que ocurre con la ansiedad, con predominancia de síntomas somáticos e hipocondríacos, siendo mucho menos prominentes los trastornos clásicos del humor euroamericanos (Péres, 2004, pág. 80).

Así mismo, en el texto clásico de Kristina Downing-Orr (1998), se ve enmarcado éste problema de la subjetivación y la multiculturalización de la depresión; la autora argumenta que, si bien las categorías diagnósticas son claras para las nosologías, la dificultad radica en la descripción del paciente/cliente de sus síntomas, desde sus visiones personales, su desarrollo socio-cultural, y las experiencias de aproximación que su grupo etario ha tenido frente a lo que ellos comprenden como depresión o síntomas depresivos.

White (1982), argumenta que la influencia de los modelos implícitos de cultura en la interpretación de los trastornos mentales tienen incidencia importante en la manifestación y

conceptualización de lo que es considerado como “enfermo” o “loco”, y menciona que la posibilidad de sortear dichas conceptualizaciones se da por la inclusión de las diferencias transculturales que se muestran en el contacto del conocimiento occidental (hegemónico) y los conocimientos emergentes, subjetivos, locales y construidos socialmente para comunidades de gente específica.

Con lo anterior, se refuerza la idea de que los factores culturales impactan de manera significativa el modelo de trabajo, la construcción conceptual y de evaluación-intervención al momento de abordar las depresiones. Como lo menciona Paniagua (2013), por ejemplo, entre las culturas latinoamericanas y del mediterráneo las experiencias depresivas pueden ser manifestadas en términos de “nerviosismo” o dolores de cabeza; las culturas asiáticas muestran experiencias similares en términos de debilidad, cansancio o “desequilibrio”, mientras que entre los habitantes del medio oriente y las culturas indoamericanas dichas experiencias se expresan por medio de dificultades con el corazón o “tener el corazón roto” (pág. 34) . Por lo anterior, recalca Paniagua, es importante comprender y abordar las diferencias multiculturales que permean los aspectos más cotidianos de las depresiones y su relación con la nosología que hemos construido como saber de atención a la salud mental, y para ello recomienda la utilización de la *Entrevista de Formulación Cultural (Cultural Formulation Interview)* de la cual hablaré más adelante.

Depresiones como concepto político.

Ya en 1976 David Cooper, retomaba las ideas planteadas por el movimiento francés que surgió a partir de los estudios de Philippe Pinel y su trato ético y justo a los alienados mentales (Pinel, 1809) y enunciaba que el procedimiento para la instauración de una hegemonía de la psiquiatría, que no estaba al servicio de la mejoría y el bienestar de los pacientes, sino el de perpetuar los estándares de alienación y, reforzar aún más, la brecha de “normalidad” con la que

se medía la intensidad, frecuencia y aparición de los síntomas (en nuestro caso, las depresiones) (Cooper, 1976).

Por lo anterior, tomamos a su vez en cuenta la posición de Foucault (2003) para decir que si bien los sistemas de clasificación y construcción del conocimiento que hoy en día utilizamos nos son útiles para poder contribuir a la mejoría de los pacientes, dichos sistemas de clasificación, se han utilizado como un dispositivo⁴, en todo su entramado, no sólo para controlar, vigilar y regular los cuerpos que se relacionan en la subjetivación de dicho conocimiento y que viven en sí mismos la mediación entre el saber-poder de las ciencias que estudian la salud mental, sino que además, facilitan la internalización de dichos dispositivos (panópticos si se quiere) hasta llegar al punto en el que, el sistema económico-político nos culpabiliza del padecimiento de los trastornos del estado del ánimo (Deleuze & Guattari, 1983).

Aunado a lo anterior Han (2014) conceptualiza que el sistema económico-político de las sociedades occidentales permite y facilita la aparición de enfermedades mentales, en especial trastornos del estado del ánimo, pero advierte que su surgimiento va más allá de la etiología individualista que se le da tradicionalmente al surgimiento de los síntomas de las depresiones (que en su mayoría son dadas por descriptivos estandarizados) y conceptualiza 3 razones influyentes que permiten ampliar la visión etiológica a nivel económico-político.

La primera se relaciona con el sistema de producción económico del neo-liberalismo, quien, para poner en manos del sujeto que produce su destino, lo obliga a asumir la

⁴ García (2011) cita en su artículo una entrevista a Foucault, donde éste expresa que un dispositivo es: *"...un conjunto decididamente heterogéneo, que comprende discursos, instituciones, instalaciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas; en resumen, los elementos del dispositivo pertenecen tanto a lo dicho como a lo no dicho. El dispositivo es la red que puede establecerse entre estos elementos."*

responsabilidad única e inequívoca del surgimiento de la sintomatología, puesto que en él recae toda la posibilidad de éxito o de fracaso.

La segunda tiene que ver con la posibilidad de, ya no controlar o regular las manifestaciones de la sintomatología, o lo que a ésta subyace, más al contrario, facilita la expresión por medio de canales hipercomunicativos que, a su vez, alimentan la idea de la primera razón influyente. La creación de espacios virtuales (Facebook, twitter, Instagram, etc.) permite al sujeto conectarse con otros y crear la ilusión (en el sentido psicoanalítico de la palabra) de control de sus expresiones, más que no se percata de la presión que ejerce el panóptico ya internalizado, de expresar continuamente, de exponer el mundo privado a lo público por un intercambio, casi mercantil, de aceptación, aprobación y exaltación por un grupo casi psicotizado socialmente, como lo es la sociedad virtual.

La última razón se enmarca en la internalización de la culpa, como la mencionó Grinberg (1983), y de volver cíclico el proceso de proceder frente a la sintomatología depresiva. Si surgen los síntomas de depresión, comenta Han, así mismo el sujeto, por medio de las “capacidades” desarrolladas y propendidas por el modelo económico-político, debe poseer las habilidades de dar solución al proceso mismo de las depresiones (2014).

En mi experiencia como terapeuta actualmente, una de las razones más frecuentes en consulta tiene que ver con la imposibilidad de construir soluciones alternativas para enfrentar la sintomatología depresiva y sobrellevar el sentimiento de culpa e inutilidad que surge con el mismo, y que, de manera circular, retroalimenta y refuerza los síntomas depresivos.

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, aparecen incipientemente en su teoría.

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 marea 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 a 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 cols. 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 cols. 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 cols. 1978).

Críticas a 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 reclamaría el hecho de haber abandonado la riqueza del amplio abanico de emociones humanas, lo que llevo 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).

Discusión de Resultados

Al ser éste el resultado de la construcción e interpretación del autor desde el inicio de sus estudios formales, la discusión aquí planteada tendrá un breve apartado histórico sobre la evolución del concepto de las depresiones, puesto que sirve de piso contextual y cultural, por una parte, y por otra permite la claridad en la orientación y postulación de lo que se encontró a lo largo de la revisión documental, la consulta con los expertos y las sesiones de supervisión del presente trabajo de grado.

Así, se tomará la referencia de abordajes conceptualizados anteriormente (Gualteros, 2015), así como los aportes que se presentan a manera de reflexiones, sobre lo construido en el presente escrito.

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 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 puede ser interna también. Ahora bien, retomando esa capacidad extraña de Freud de corregirse a sí mismo se puede 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, 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 recordar, 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 reformuló 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, 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), éste 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

frustre, 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.

Ahora bien, a nivel cultural, es evidente cómo el moldeamiento social, el entramado del tejido que envuelve y complejiza el estudio de lo humano en relación con sus interacciones en los dispositivos (como la red tejida entre las instituciones, los discursos, los imaginarios y hasta el lenguaje usado) permea la esfera de desarrollo individual y se vuelve a su vez causa y efecto de lo que se ha descrito como el fenómeno de las depresiones. Así mismo, se destaca que, en la labor terapéutica desarrollada por el autor a lo largo de estos años de estudio (1 para finalizar estudios de pregrado, 2 para finalizar el máster, así como uno adicional en práctica privada) permite iluminar, sea ya de manera subjetiva, que uno de los factores más comunes dentro del quehacer clínico correspondiente a las depresiones se relaciona con aspectos de orden cultural, de desarrollos tecnológicos y de inclusión de discursos dominantes que facilitan la aparición de los síntomas ya descritos.

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 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.
- Balint, M. (1979). *La falta básica: aspectos terapéuticos de la regresión*. Buenos Aires: Paidós.
- 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 1 de Mayo de 2018, 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 1 de Mayo de 2018, de <http://www.redalyc.org/pdf/785/78524101.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>
- Cooper, D. (1976). *Psiquiatría y Antipsiquiatría*. Buenos Aires: Locus Hypocampus.
- Correa, P. (30 de Septiembre de 2015). Sólo tres de cada diez colombianos reconocen la tristeza. *El Espectador*. Recuperado el 9 de Mayo de 2018, de <https://www.elespectador.com/noticias/actualidad/vivir/solo-tres-de-cada-diez-colombianos-reconocen-tristeza-articulo-589785>
- Deleuze, G., & Guattari, F. (1983). *Anti-Oedipus: Capitalism and Schizophrenia*. Minesota: University of Minesota Press.
- Downing-Orr, K. (1998). *Rethinking Depression - why current treatments fail*. New York: Plenum Press.
- 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, M. (5 de Abril de 2008). *Abraham y la melancolía: La teoría biológica*. Recuperado el 10 de Julio de 2018, de Aperturas Psicoanalíticas: <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000391&a=Abraham-y-la-melancolia-la-teoria-biologica>
- 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
- Foucault, M. (2003). *Vigilar y castigar: el nacimiento de la prisión*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- 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.

- García de la Hoz, A. (2010). *Teoría Psicoanalítica*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- García-Fanlo, L. (2011). ¿Qué es un dispositivo?: Foucault, Deleuze, Agamben. *A Parte Rei*(74). Recuperado el 20 de Agosto de 2018, de <http://serbal.pntic.mec.es/~cmunoz11/fanlo74.pdf>
- 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.
- Grienberg, L. (1983). *Culpa y depresión - Estudio Psicoanalítico*. Madrid: Alianza Universidad Textos.
- Grinberg, L., & Grinberg, R. (1986). *Psicoanálisis de la migración y del exilio*. Madrid: Alianza Editorial.
- Grindberg, L. (1981). Introducción. En M. Klein, & J. Rivière, *Amor, odio y reparación: emociones básicas del hombre* (págs. 3 - 5). Buenos Aires: Ediciones Horme.
- Gualteros, S. (2015). *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 histórico - documental*. Bogotá, Tesis de grado no publicada: Universidad Santo Tomás.
- Han, B.-C. (2014). *Psicopolítica: Neoliberalismo y nuevas técnicas de poder*. Barcelona: Herder.
- 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). Notas 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: Paidós Ibérica.
- 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., Gallager, 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. (2015). *Encuesta Nacional de Salud Mental*. Bogotá. Recuperado el 9 de Mayo de 2018, de http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO031102015-salud_mental_tomol.pdf
- 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. (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. (2013). *Plan de acción sobre Salud Mental 2013 - 2020*. Ginebra, Suiza: Biblioteca de la OMS. Recuperado el 9 de Mayo de 2018, de http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf;jsessionid=66BA19AB0DE8500C37662242E01D571C?sequence=1
- Organización Mundial de la Salud. (Marzo de 2018a). *Centro de Prensa: La Depresión*. Recuperado el 8 de Mayo de 2018, de World Health Organization Web Site: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2018b). *Temas de Salud: Depresión*. Recuperado el 8 de Mayo de 2018, de World Health Organization Web Site: <http://www.who.int/topics/depression/es/>
- Özer, U., Yildirim, E., & Erkoc, 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
- Paniagua, F. A. (2013). Culture-Bound Syndromes, Cultural Variations, and Psychopathology. En F. A. Paniagua, & A.-M. Yamada (Edits.), *Handbook of Multicultural Mental Health* (págs. 25-47). Oxford: Elsevier Inc.
- Papalia, D., Wendkos, S., & Duskin, R. (2009). *Desarrollo Humano: de la infancia a la adolescencia* (Onceava ed.). México D.F.: McGraw Hil.
- Péres, P. (2004). *Psicología y Psiquiatría transcultural*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- 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 2018, de <https://archive.org/details/traitmdicoph00pine>

- 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 Horme.
- 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.
- Sanchis, F. (2008). 2008. *Tesis Doctorales en Red*, Apego, acontecimientos vitales y depresión en una muestra de adolescentes. Recuperado el 30 de Abril de 2018, de <http://hdl.handle.net/10803/9262>
- 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.
- 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
- 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 1 de Mayo de 2018, 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.
- White, G. M. (1982). The Ethnographic Study of Cultural Knowledge of "Mental Disorder". En A. Kleinman, L. Eisenberg, N. Yalman, & M. Carstairs (Edits.), *Culture, Illness, And Healing* (págs. 69-95). Boston: D. Reidel Publishing Company.
- 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 processes 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 processes 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 processes 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