



TECNOLÓGICO UNIVERSITARIO DE MÉXICO

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE 3079-25

**“EL VÍNCULO MATERNO Y SU RELACIÓN CON LOS SÍNTOMAS DEPRESIVOS;
UN ESTUDIO DE CASO A UN NIÑO DE 7 AÑOS”**

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

PRESENTA:

MIRIAM DINORA BONILLA RUIZ

ASESOR DE TESIS: LIC. HÉCTOR HUGO SEGURA TORRES



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIA

A Dios: por darme el impulso, inteligencia, sabiduría y capacidades para llegar a donde estoy ahora.

A mi Abue: gracias por la inspiración, el apoyo, por sentarte junto a mí a hacer las tareas cuando era pequeña. Tus enseñanzas, tus lecciones de vida y valores que me inculcaste me han permitido ser una profesionista y hoy aunque no estés físicamente aquí, sé que en espíritu me acompañas eternamente. Gracias por haber sido mi segunda madre, te amo abu.

A mi ma: por brindarme el mejor apoyo, cuidarme en las noches, velar por mí, comprenderme, impulsarme a nunca darme por vencida aunque las cosas parezcan difíciles, por tu fortaleza, hacerme feliz, compartir tus experiencias de vida, tus regaños que me han dado sabiduría y me han permitido ser una mujer de bien. Te amo madre-mejor amiga.

A mi pa: te agradezco tu apoyo en mi vida y vida escolar, tu inspiración, el ayudarme a fijar metas profesionales cada vez más altas, la enseñanza con tu ejemplo a ser el mejor académicamente. Te quiero y sin tu ejemplo no habría llegado hasta donde estoy.

A mi tía Marú: por ser una guerrera, por darme los mejores consejos cuando lo necesito, por ser la mujer más fuerte de la casa y enseñarme que no debo bajar la cabeza ni en los peores momentos, por inspirarme a ser mejor cada día como persona y profesionista. Por todo tu apoyo y enseñanza de vida con tu ejemplo, te quiero amiba.

A mi tío Gabriel: mi más grande agradecimiento por tu compañía, por preocuparte por mí, las enseñanzas de vida, el apoyo que me has brindado cuando más lo necesito, por tu buen humor y consejos que me han ayudado. Por llevarme a la escuela, tu gran entusiasmo y optimismo. Te quiero, spidi.

A mi hermano Max: te agradezco por tus enseñanzas, por jugar conmigo cuando era pequeña, por entenderme, escucharme y brindarme siempre tu apoyo. Me da gusto

que seas un hombre de bien y que ahora puedas ver que con tu ejemplo he llegado a donde estoy, gracias por hacerme reír y cuidarme desde que era bebé. Eres mi hermano mayor, Te amo toto.

A mi familia: tío Germán, tía Paty, Sergio, Mariana y tío Gerardo por su apoyo incondicional y acompañarme en buenos y malos momentos.

A mi mejor amiga Tania: por estar conmigo desde la preparatoria y mostrarme desde ahí que podría confiar plenamente en ti y a pesar de la distancia me has demostrado que estás conmigo cuando más lo necesito. Eres una mujer inspiradora, te quiero Tanita.

AGRADECIMIENTOS

A mi alma mater, la **Universidad Nacional Autónoma de México** por ser inspiración, motivación y la mejor escuela de México. Un orgullo pertenecer a la lista de tus egresados.

A mi escuela preparatoria **Colegio Cultural México Aragón** y a todos mis profesores que me enseñaron que sólo esforzándome lograría mis metas, por enseñarme disciplina en esta vida y amor por el arte.

A mis **amigos** que me han acompañado durante mi vida; en especial a Laura y Ximena. Gracias por tantos momentos agradables que hemos compartido.

A mis **compañeros y profesores** de la licenciatura en Psicología: gracias a mis profesores del turno matutino que me enseñaron las bases de esta hermosa carrera; Maestro Alberto, Doctora Shuyin, Maestra Paloma y Licenciada Georgina.

A mi **asesor de tesis**, Lic. Héctor por brindarme las herramientas para la formación de este trabajo de investigación, por la correcta forma de instruirme y su paciencia.

A mis **profesores** que me instruyeron en la práctica clínica y en los últimos semestres, por la transmisión de sus enseñanzas e inspirarme a ser una profesionalista ética; Lic. Claudia, Lic. Sonia, Lic. Israel y Lic. Alejandro.

A todos los que me han acompañado en este camino.

CONTENIDO:

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO 1 EL VÍNCULO MATERNO EN LA PRIMERA INFANCIA (ESCUELA PSICOANALÍTICA)	4
1.1 El desarrollo en la primera infancia y el desamparo.....	4
1.2 Deseo y función materna.....	11
1.3 Apego y vínculo materno.....	15
1.4 Dificultades en el vínculo.....	19
1.5 Separación del vínculo	22
CAPÍTULO 2 LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA.....	26
2.1 Definición y breve historia de la depresión.....	26
2.2 Tipos de depresión y sintomatología (enfoque psiquiátrico).....	30
2.2.1 Trastorno depresivo mayor (leve, moderado y grave).....	31
2.2.2 Otras clasificaciones.....	35
2.3 La depresión desde la psicopatología y el psicoanálisis.....	38
2.4 Duelo y depresión	41
2.5 Melancolía	43
2.6 Depresión y pulsión de muerte.....	46
2.7 Diagnóstico de la depresión.....	49
2.8 Tratamiento	51
CAPÍTULO 3 METODOLOGÍA Y ESTUDIO DE CASO.....	57
3.1 Objetivo general	57
3.2 Objetivos específicos	57
3.3 Estudio de caso	58
3.4 Historia clínica	58
3.4.1 Descripción del sujeto.....	58
3.4.2 Ficha de identificación	58
3.4.3 Motivo de consulta	59
3.4.4 Familiograma	60

3.4.5 Historia del desarrollo.....	61
3.4.6 Pruebas aplicadas	64
3.4.7 Diagnóstico, pronóstico y tratamiento.....	67
CAPÍTULO 4 ANÁLISIS Y DISCUSIÓN.....	69
CAPÍTULO 5 CONCLUSIONES.....	78
REFERENCIAS	82

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (2012) ubica a la depresión como la cuarta causa de discapacidad a nivel mundial, se estima que para el año 2020, estará en segundo. Dicho trastorno provoca en el sujeto un intenso sufrimiento psíquico que lo lleva a sentir que no vive y a no querer seguir viviendo, de manera conjunta provoca una discapacidad a nivel personal, familiar, social, vocacional y laboral. Ha sido descrita desde la antigüedad, Hipócrates con la teoría de los cuatro humores describía a la depresión dentro de la melancolía, como un estado de aversión a la comida, desaliento, somnolencia, irritabilidad e inquietud.

La depresión es un síndrome caracterizado por el decaimiento del estado de ánimo, la disminución de la capacidad de experimentar placer y de la autoestima, con manifestaciones afectivas, conductuales, cognitivas, vegetativas y motoras, con serias repercusiones sobre la calidad de vida y el desempeño socio-ocupacional. (Alarcón, Mazzoti & Nicolin, 2007)

De acuerdo con el DSM IV (2000), los síntomas depresivos se caracterizan por; humor deprimido, la mayor parte del día, casi todos los días, pérdida del placer o interés por las tareas habituales, pérdida o aumento del apetito o peso sin dietas especiales, insomnio o hipersomnio, agitación o enlentecimiento psicomotor, pérdida de energía o fatiga, sentimientos de inutilidad, autorreproche o culpas excesivas o inapropiadas, disminución de la capacidad de pensar o concentración e ideas recurrentes de muerte, suicidio o deseos de estar muerto.

Dicho trastorno afecta al 8% de las personas en México, considerando que de acuerdo con el INEGI (Instituto Nacional de Estadística y Geografía) en el año 2015 se contabilizaron 199 millones, 530 mil 753 habitantes, por lo que este 8% representa aproximadamente 9, 562,460 convirtiéndose así en un grave problema de salud pública y social. Además de ello, sólo la décima parte recibe tratamiento y de éstas apenas uno por ciento se atiende con un médico especialista. Estas cifras son alarmantes ya que de no atenderse la enfermedad, esta evoluciona agravando el cuadro y generando un deterioro en la vida del individuo (escolar, laboral, social, familiar) que puede llevar en los casos más severos al acto del suicidio.

En el presente estudio se abordó la depresión desde una perspectiva psicoanalítica debido a que los estudios sobre el vínculo nos remontan a las teorías planteadas por Klein, Mahler, Freud, Ballint y Bowlby. El estudio de caso presentado, se realizó bajo el análisis de la perspectiva psicodinámica por adecuarse a las características que presentaba el sujeto de estudio en cuanto su historia familiar y de desarrollo.

Sigmund Freud (1917) en su escrito duelo y melancolía hace referencia a lo que hoy conocemos como sintomatología depresiva. Entendiéndose al duelo como un proceso normal que aparece como reacción ante la pérdida del objeto, no como un objeto si no como un objeto de amor. Es decir, aquel afecto que se le deposita. En el proceso melancólico, la persona no sabe lo que perdió en el objeto, es una pérdida inconsciente por lo tanto crea un empobrecimiento del yo. El objeto perdido tenía una función, sin embargo al ser inconsciente no se tiene la capacidad de elaborar la pérdida. Al

referirnos a esto, el yo se vuelve pobre y vacío. Se describe como indigno, estéril, y moralmente despreciable; se hace reproches, se denigra y espera repulsión y castigo, creando una dificultad para vincularse con el otro y el mundo.

Para entender lo anterior es necesario hacer mención del estudio del vínculo, que se remonta a la infancia, posterior a los trabajos de Freud y continuando con el estudio psicoanalítico, Margaret Mahler realizó observaciones sobre la interacción madre-hijo. Explicando que en las relaciones objetales existe una simbiosis entre ambos, desarrollando un proceso al que denominó separación-individuación (dividida en subfases), teoría que será explicada en los siguientes párrafos. Es en este proceso de la infancia donde se pueden desarrollar diversas patologías como una psicosis y lo que ahora se denomina Borderline.

Melanie Klein (1937) realizó estudios sobre la interacción madre-hijo y el desarrollo de diversas patologías, de igual forma Bowlby en su teoría del apego diferencia tres; seguro, inseguro y ambivalente, siendo estos los antecedentes de problemas psíquicos en el niño.

Ballint (1979) en su obra la falta básica, aspectos terapéuticos de la regresión, aborda la falta como un proceso en el cual intervienen solo dos personas, no de una forma adulta, si no en una relación primitiva. En su dinámica no tiene la forma de un conflicto, asume la forma de una falta, de algo defectuoso, de algo que falta en la psique y que produce un defecto que debe repararse. Creando así dificultades a nivel psíquico.

Estas teorías psicoanalíticas hablan del vínculo que establece el niño con la madre y cómo éste puede ser precursor de distintas patologías por lo que no se descarta que la depresión se vea incluida en estas.

Tomando en cuenta los datos que se mencionaron, se puede decir que la depresión es un problema de salud pública a nivel mundial y por ello el estudiar la sintomatología desde una perspectiva psicológica permitirá abrir los campos de estudio que antes eran únicos de la psiquiatría, contribuyendo a generar nuevas formas de intervención y prevención.

Este trabajo tiene como objetivo analizar si existe relación entre el vínculo materno en los primeros años de vida y los síntomas depresivos, abordándolo desde un enfoque psicoanalítico. Como antecedentes y como se mencionó en párrafos anteriores a autores como Mahler, Klein, Bowlby, Ballint entre otros, se sabe que los primeros años de vida y el contacto con la madre son determinantes para la formación de la personalidad y conflictos psíquicos.

A partir de las técnicas de recolección de datos, se formó una historia clínica haciendo énfasis en la interacción madre-hijo y en la etapa de la infancia estructurando un estudio de caso que permitió corroborar los objetivos principales del presente estudio.

Por lo tanto, la presente investigación pretendió responder a las siguientes preguntas:

- ¿Cuál es la relación entre el vínculo materno de la primera infancia y el desarrollo de los síntomas depresivos?
- ¿La aparición de los síntomas depresivos en el hijo son resultado de la transmisión de los mismos por parte de la madre?
- ¿El tipo de vínculo de la madre hacia el hijo llega a influenciar en la formación de una patología depresiva?

En el capítulo 1 de la presente investigación se profundizó acerca del desarrollo humano en los primeros años de vida desde una perspectiva psicoanalítica. Se realizó una revisión contextual de los principales autores que explican el vínculo materno. A través de sus teorías se podrá comprender la importancia que tiene la madre al establecer contacto con su hijo y cómo mediante estudios observacionales se descubrió que el origen de algunos trastornos proviene de un origen psíquico infantil. Se entenderá el concepto y la diferenciación entre duelo y melancolía y, la relación que estos términos tienen con la depresión.

Posteriormente, en el segundo capítulo se explicó a detalle la depresión y sus principales características. Se presentó la concepción de depresión desde la perspectiva psicológica planteada principalmente por los estudios Freudianos, de Melanie Klein y Margaret Mahler, con ello se podrá comprender cómo se aborda la depresión en la actualidad desde la psiquiatría clínica, así también se revisarán los tipos de depresión, cómo se elabora el diagnóstico y los principales tratamientos que se utilizan.

Con lo anterior, se entiende el capítulo 3; en donde se explicó con detenimiento los objetivos generales y específicos de este trabajo. El estudio de caso que se presentó fue realizado durante 21 sesiones en un periodo aproximado de 9 meses, a un paciente de 7 años con sintomatología depresiva originada por el vínculo con sus padres. Esto se descubrió mediante la técnica de entrevista y algunas pruebas proyectivas y psicométricas aplicadas, posterior a ello se elaboró una historia clínica e informe psicológico.

En el cuarto capítulo se realizó un análisis de lo que se descubrió en el estudio de caso, detallando algunas sesiones y qué se trabajó en ellas para posteriormente llegar a las conclusiones finales de la investigación en el capítulo 5, determinando si se cumplieron los objetivos y si se aceptan o rechazan las principales premisas de este trabajo.

Con ello se invita al lector a revisar esta investigación desde el marco referencial hasta el estudio de caso para que pueda elaborar una crítica de este trabajo y ello pueda convertirse en una apertura a próximas investigaciones sobre el tema donde se establezcan nuevos objetivos con el fin principal de aportar los conocimientos a la ciencia de la psicología.

CAPÍTULO 1 EL VÍNCULO MATERNO EN LA PRIMERA INFANCIA (ESCUELA PSICOANALÍTICA)

1.1. El desarrollo en la primera infancia y el desamparo

Desde el punto de vista biológico el nacimiento de un hijo es un hecho vital para la vida de los padres, en especial para la madre ya que es ella la que experimenta cambios importantes en lo físico que posteriormente afecta directamente a su psique. En la actualidad la denominada “psicología embrionaria” explica que desde la concepción del feto se le transmite al hijo aspectos familiares y sociales; expectativas, nombre e incluso sentimientos que serán determinantes para la formación de su personalidad e incluso patologías. Sin embargo, no solo crea un impacto para los padres y/o alguno de ellos, sino también para el propio hijo, que experimenta un estrés al nacer.

Para comenzar con el desarrollo del niño en su primera infancia, se abordará desde una perspectiva biológica para entender posteriormente los procesos psíquicos. De acuerdo con Kliegman (2008) el primer año de vida está marcado por un crecimiento físico, maduración y adquisición de competencias. El peso del recién nacido puede disminuir un 10% del peso al nacer durante la primer semana, la nutrición mejora conforme el calostro es sustituido por la leche materna más rica en grasa, el lactante aprende a agarrar y succionar con más eficacia la mama materna. Los lactantes recuperan o superan el peso del nacimiento a las 2 semanas de edad y deben ganar alrededor de 30 g/día durante el primer mes de vida. La sonrisa se produce de modo involuntario. La dirección de la mirada, el giro de la cabeza y la succión se controlan mejor y, por tanto, pueden usarse para demostrar la percepción y la cognición del lactante. El giro preferente del lactante hacia la voz de la madre es una prueba de memoria de reconocimiento.

Por otra parte, los autores Papalia, Wendkos y Duskin (2010) mencionan que el correcto desarrollo del niño depende en gran medida de la alimentación por medio de la leche materna y menciona entre otros, algunos beneficios de ésta; menor probabilidad de contraer enfermedades infecciosas, reduce el riesgo de muerte postnatal, mayor desarrollo neurológico, menor probabilidad de padecer obesidad y/o diabetes y mayor rendimiento escolar. Sin embargo, los beneficios también son para la madre; se recuperan más rápido del parto, mayor probabilidad de regresar a su peso habitual, menor riesgo de padecer anemia, osteoporosis, cáncer ovárico, entre otros.

La American Academy of Pediatrics Section of Breastfeeding recomienda que los bebés sean alimentados exclusivamente con leche materna durante seis meses, la madre debe comenzar a amamantar inmediatamente después del parto y este periodo puede extenderse hasta el año o más, dependiendo de la situación de la madre y el bebé. (AAP Section of Breastfeeding citado en Papalia, Wendkos y Duskin 2010)

Respecto al desarrollo cognoscitivo, Piaget (1971) menciona que la etapa sensoriomotriz abarca del nacimiento a los dos primeros años de vida. Del nacimiento a un mes los neonatos comienzan a ejercer control sobre sus reflejos, alrededor de los cuatro meses voltean ante la cabeza hacia los sonidos, entre los cuatro y ocho meses empiezan a manipular objetos y aprenden sus propiedades, de los ocho meses al año empiezan a gatear para tomar algo o apartar un estorbo, del año a los 18 meses los niños experimentan por ensayo- error hasta que encuentran una forma de ejecutar sus acciones de la mejor manera, de los 18 meses a los dos años, pueden pensar acciones antes de ejecutarlas, dejan a un lado el ensayo error y evalúan mentalmente las posibles soluciones. En general desarrollan la capacidad de pensar y recordar.

De acuerdo con estos autores que se basan más en el desarrollo físico y funciones cognoscitivas que desarrolla el bebé a través de su crecimiento, se entiende que por sí solo no puede continuar con el aumento de habilidades, necesita de un cuidado especial que cubra sus necesidades biológicas como lo son la alimentación y vigilancia en sus primeros años. La nutrición es esencial para el crecimiento físico y mental; como lo mencionan Papalia y sus colaboradores (2010), sin un correcto índice de nutrientes no pueden desarrollarse habilidades motoras y de pensamiento.

Actualmente se concibe la salud del niño como un estudio integral de varias ciencias relacionadas directamente; la medicina, nutrición, psicología y pedagogía. Es decir, una analogía se podría ver de la siguiente forma: un niño necesita ser alimentado, estar en continua vigilancia por el médico sobre sus vacunas y estado de salud, el ámbito psicológico es de vital importancia para su estado emocional y en muchos casos el desarrollo con la familia es determinante para la formación de su personalidad. Si el niño es alimentado, se encuentra en estado de salud física adecuado a su edad y con un estado emocional canalizado puede llevar a cabo otras actividades que lo complementan como lo son el desarrollo escolar, los vínculos y la relación que lleva con sus compañeros y familia. Por el contrario, aquel niño que en la infancia provenga de una familia disfuncional y sea parte de un conflicto psíquico, la relación con otras figuras muy probablemente sea conflictiva e incluso pueden desarrollarse problemas de falta de atención y conducta, que claramente no sean de origen biológico.

Como conclusión del desarrollo abordado desde una perspectiva biológica se tienen dos ideas fundamentales; el niño que es atendido y lleva un balance entre lo físico y lo psíquico adecuado tendrá más posibilidades de relacionarse con otros y desarrollar mayor número de habilidades y, el recién nacido claramente necesita de otro para continuar viviendo; es imposible sobrevivir en un estado de abandono. Esta idea abrirá paso para entender a profundidad el desarrollo del niño desde el enfoque psicoanalítico.

Una de las premisas principales de la visión psicoanalítica es que la función de la madre no sólo es nutrimental, si bien como se mencionó en párrafos anteriores el buen desarrollo de las capacidades cognitivas depende en gran parte de ello, los cuidados durante los primeros años de vida son significativos para su desarrollo emocional. El niño se encuentra en una total indefensión por lo que necesita del otro para desarrollarse. Dependiendo de la situación, no todos los recién nacidos reciben esta protección por parte de su madre, en algunos casos es el padre, la abuela, algún familiar e incluso un cuidador primario. Sin embargo, hablando del vínculo afectivo es más significativo el cuidado de la madre que el de algún otro cuidador debido a que no sólo brinda atención básica, sino que se establece una relación psíquica que es determinante para la formación de la personalidad y patologías de la vida adulta.

Freud (1895) plantea que el denominado desamparo, desvalidamiento u *Hiiflosigkeit* (en alemán) va más allá de lo mencionado en párrafos anteriores. No se refiere solo al cuidado esencial para el crecimiento de los primeros años, este término hace alusión a un completo estado de indefensión del infante en donde necesita de la madre para continuar con su vida.

Retomando la teoría Freudiana, Laplanche y Pontalis el estado de desamparo lo definen de la siguiente forma:

“Estado del lactante que, dependiendo totalmente de otra persona para la satisfacción de sus necesidades (sed, hambre), se halla impotente para realizar la acción específica adecuada para poner fin a la tensión interna. Para el adulto el estado de desamparo constituye el prototipo de la situación traumática generadora de angustia” (Laplanche y Pontalis., 2004, p. 94)

Con ello se entiende que a partir del estado de indefensión, la madre es la que proporciona amor y seguridad al niño. Este es un periodo donde el infante no puede valerse por sí mismo y necesita del otro, este otro al darle lo que necesita en términos de afecto se vuelve el más importante para el bebé, creando como lo menciona Mahler (1977) una relación simbiótica pero no sólo pasa en el infante, también para el adulto (madre) que brinda los cuidados, deposita en el hijo afectos y fantasmas de su pasado; el niño se vuelve impotente en la situación del desamparo y la madre omnipotente. En gran parte este vínculo y conexión psíquica se establece por medio del contacto del pecho materno.

Freud (1905) en su obra “Tres Ensayos sobre una Teoría Sexual”, refiere el recién nacido es regido por el principio de placer; definido como aquel impulso para satisfacer de manera inmediata sus necesidades y deseos. Recordemos que la instancia psíquica del ello, busca satisfacer los deseos más inconscientes y primitivos del ser humano como lo es el hambre, sexo y deseo de muerte, el niño al ser regido por el instinto de placer, busca que estas necesidades inmediatas sean satisfechas de manera rápida y

actúa de forma impulsiva, situación contraria a la que sucede en el adulto cuando el YO está completamente instaurado y se rige bajo el principio de realidad; reprimiendo estos instintos. En general las etapas psicosexuales explican de una forma detallada los procesos psicológicos que pasa el recién nacido hasta la edad adulta.

La primera de las etapas Psicosexuales es la Etapa Oral que abarca del nacimiento a los 12 o 18 meses de edad, donde la principal fuente de placer de bebé son las actividades relacionadas con la boca (comer, succionar), recordando que de acuerdo al término de desamparo son las que necesita cubrir de forma inmediata. El vínculo que estableció el infante con su madre a través del pecho puede experimentar la succión como placer o displacer. Otra de las etapas es la denominada anal, que se estima de los 12-18 meses a 3 años de edad. En ella el niño obtiene gratificación sensorial del acto de retener y descargar las heces, su zona de gratificación es la región anal y el control de esfínteres se vuelve una de las principales características a desarrollar en su crecimiento. Cuando no se satisfacen las necesidades de forma correcta se puede crear una fijación. Por fijación entendemos de acuerdo con Laplanche y Pontalis (2004) a la situación donde el sujeto humano neurótico se encuentra marcado por experiencias infantiles y permanece ligado a ellas en modo de satisfacción. Este término no se refiere sólo a la etapa oral, puede suceder en cualquiera de las otras. Sin embargo, hablando en específico de la etapa oral se puede desarrollar conductas que específicas en la edad adulta; morderse las uñas, fumar, colocarse objetos en la boca, pica, entre otros, por otra parte una fijación en la etapa anal se ve reflejada cuando el niño padeció un control de esfínteres muy riguroso, el adulto podría convertirse en alguien muy obsesivo con la limpieza, apegado a la rigidez y control de las situaciones comunes.

Para explicar la relación entre el primer vínculo de la madre con el hijo a través de la sensación de placer-displacer (mencionado en párrafos anteriores) se necesitará abordar la teoría psicoanalítica Kleiniana. Retomando a Freud, Melanie Klein (1937) plantea que los seres humanos poseemos dos instintos básicos; vida o amor y muerte u odio. Estos instintos crean una lucha en la psique del niño que con el fin de protegerse, de evitar hacerse daño lleva a que estos sentimientos se proyecten al primer objeto de amor, en este caso la madre.

El tener un hijo crea un impacto en el psiquismo de los padres, en especial el de la madre por lo que se puede decir que el nacimiento del hijo no sólo despierta sentimientos amorosos y positivos, sino también de rencor u odio; la madre, dependiendo de su situación pierde algo, ya sea económico, afectivo, familiar o profesional por ello se dice que el pecho bueno brinda al bebé la alimentación necesaria y establece un vínculo afectivo entre madre-hijo, se transmite a través de él los sentimientos positivos de amor y cuidado, mientras que el pecho malo pasa al niño los sentimientos reprimidos por la madre, el odio, rencor y ansiedad. En la teoría Kleiniana el hecho de mamar se concibe como un acto de vampirismo en el cual el bebé desea vaciar el pecho, es una fantasía para entrar en el pecho y cuerpo de la madre, para ello debemos recordar el término Freudiano de desamparo; donde el bebé es un ser

indefenso y la madre es aquel ser que lo mantiene vivo, por lo que el niño desea mantenerse lo más cercano a la madre.

La misma autora menciona que el recién nacido sufre de ansiedad persecutoria debido al proceso de nacimiento y pérdida de la situación intrauterina (momento de comodidad para el bebé), un parto prolongado o con dificultades intensifica la ansiedad. Este sentimiento puede ser aliviado en gran medida por el calor, ayuda, bienestar que siente el niño al recibir alimento y succionar el pecho materno. Si estas experiencias se llevan a cabo de forma adecuada se establece una relación madre-hijo "buena" (pecho bueno), esta buena relación conlleva a que el bebé haga una correcta proyección de amor, es decir, experimenta y proporciona sentimientos buenos hacia el exterior. Sin embargo, en el caso contrario cuando se establece el vínculo del pecho malo, la ansiedad tiende a mantenerse y el bebé se culpa de que los sentimientos despertados (odio y rencor) sean para el primer objeto amado (madre), por lo cual intenta reparar aumentando su ansiedad.

En la relación que se establece entre madre-hijo, la mamá ocupa el papel de omnipotente ya que es quien tiene fuerza y mantiene vivo a su hijo, mientras que el bebé es impotente al no poder sobrevivir por sí solo y necesitar del otro. Conforme el bebé crece adquiere confianza en los demás objetos, es decir, comienza a conocer otras personas y situaciones cercanas que no son solo la madre. Esta confianza forma parte del desarrollo normal del niño y provoca que disminuya la ansiedad de persecución que mantenía.

De las premisas planteadas por el psicoanálisis Kleiniano, se considera uno de los principales objetivos de esta investigación; conocer si la madre a través del vínculo que establece con su hijo en los primeros años transmite algunos de los síntomas de lo que hoy se conoce como depresión.

Margaret Mahler (1977) en su obra *el nacimiento psicológico del infante humano: simbiosis e individuación*, plantea que el niño experimenta dos tipos de nacimiento; el nacimiento biológico que corresponde como tal a la salida del vientre materno y el nacimiento psicológico permite al sujeto salir de la simbiosis, es un proceso facilitado por el yo. La separación de la madre es un duelo que dura toda la vida, por lo que se dice que estos tipos de nacimiento no suceden al mismo tiempo.

El proceso de separación individuación comienza alrededor de los 4 o 5 meses, dividida principalmente en dos fases; fase autista normal y fase simbiótica normal (refiriéndose a circunstancias idóneas que no generan patologías).

En la fase autista normal el recién nacido duerme la mayor parte del tiempo y parece ajeno a todos los estímulos, alejado de ellos y de la realidad externa. Es decir, el recién nacido está completamente inmerso en cumplir sus necesidades fisiológicas de comida y sueño, se preocupa solamente por ello, este es un periodo de narcisismo primario absoluto ya que para el niño no existe un objeto externo. El bebé como ya se ha mencionado con anterioridad y de acuerdo con otros autores, posee una tensión por lo que en esta etapa es importante que se busque un equilibrio. Esta tensión y los

cuidados maternos permiten que el infante empiece a distinguir entre una experiencia placentera “buena” y una dolorosa “mala”. Estos procesos dan pauta a la siguiente etapa.

En la fase simbiótica normal que ocurre cuando entra al 2do mes de vida, el recién nacido comienza a mirar a su alrededor y conforma un “círculo mágico” entre madre-hijo, para el niño no existen diferencias entre su madre y él, se comporta como si ambos fuera una misma unidad. Los cuidados maternos facilitan el desarrollo del YO del bebé. Alrededor del 4to mes de vida comienza una crisis madurativa en donde el infante comienza a observar estímulos externos, aparece la sonrisa como reflejo y es capaz de categorizar las experiencias como buenas y malas (placer o dolor). En esta fase se crea un vínculo particular con la madre ya que es el personaje principal que proporciona amor y cuidado al recién nacido. Sin embargo, es necesario que se dé un proceso de separación entre ambos, de lo contrario sería el comienzo de patologías severas.

De acuerdo con Erikson (1974) en su teoría de Desarrollo Psicosocial aborda en estadios el desarrollo del niño hasta la vejez. El primer estadio corresponde a confianza vs desconfianza que abarca de los 0 a 12-18 meses, en donde la confianza surge de la certeza interior y sensación de bienestar en lo físico, lo psíquico, abastecimiento de la alimentación y afecto principalmente de la madre, por su parte la desconfianza se desarrolla conforme no encuentra correspondidas lo antes descrito y el bebé se percibe como abandonado, aislado y confundido. Se espera que el niño comience a desprenderse de la madre y así se empieza a vincular poco a poco con los otros, es así como surge el segundo estadio denominado autonomía vs vergüenza y duda que comienza de los 18 meses y culmina en los 3 años. Este periodo se caracteriza por una maduración muscular, aprendizaje de su anatomía, del sistema retentivo y eliminativo, y desarrollo de la verbalización. El desarrollo de estas habilidades provoca que el niño empiece a adquirir autonomía. La vergüenza y duda surge cuando el niño tiene un exceso de autoconfianza y la pérdida del autocontrol hacen surgir la vergüenza y duda como imposibilidad de desarrollar sus habilidades. Este crecimiento de destrezas tienen como consecuencia que el niño deje de ser indefenso e impotente ante la madre, desarrolla habilidades sociales y se relaciona con otros, dando origen al proceso de separación entre madre-hijo (tema que será abordado a profundidad en el punto 1.5)

Como conclusión del desarrollo en la primera infancia se puede decir que la cuestión física está completamente relacionada con los fenómenos psíquicos. El niño incluso para nacer requiere de otros para salir del vientre materno, posteriormente de los médicos y personal que lo atienden y finalmente de la madre (quien cuidará de él dentro de sus primeros años).

El recién nacido se encuentra en una total indefensión ante el mundo; necesita de otra persona para continuar viviendo. En lo físico la alimentación y vigilancia de su estado de salud es fundamental ya que de ello depende el desarrollo de habilidades cognitivas que permitirán que el niño continúe desenvolviéndose exitosamente en otras áreas.

Se puede concluir después de la revisión de la literatura psicoanalítica antes presentada la relación que existe entre el desarrollo de los primeros tres años de vida y el desamparo: el niño al encontrarse en un profundo estado de indefensión necesita de otro, que generalmente es la madre, es entonces cuando crean un vínculo que determina en gran medida la formación de su personalidad y posibles patologías (tema que será abordado en el punto 1.4). Aun cuando los autores Freud, Klein, Mahler y Erikson realizaron sus estudios en años y países diferentes, existe una premisa similar; la madre puede determinar a través del vínculo y relación con su hijo la formación de patologías y personalidad en años posteriores. Por ello, en el siguiente punto se abordará a profundidad las razones por las cuales la madre puede generar un vínculo tan estrecho e incluso dañino con su hijo; el deseo y la función materna.

1.2 Deseo y función materna

Como se explicó en el texto de desarrollo de los primeros años de vida, el recién nacido sobrevive y sale de la situación de desamparo gracias a su madre; definida como aquel ser que proporciona cuidados y a su vez sentimientos de odio y amor a través del vínculo con el pecho. También fue abordado con detenimiento cómo el niño desarrolla sentimientos placenteros y/u hostiles, por ello ahora es importante conocer que pasa en la psique de la madre.

Klein en su obra *Amor culpa y reparación* hace referencia al deseo materno como una situación común desde la infancia:

“En todos los niños existe un fuerte deseo consciente e inconsciente de tener hijos. En las fantasías inconscientes de la niña el cuerpo de su madre está lleno de hijos; se imagina que han sido puestos ahí por el pene del padre, que para ella es un símbolo de creatividad, poder y bondad. Su actitud predominantemente admirativa hacia su padre y órganos sexuales como creadores y capaces de dar vida se acompaña por un intenso deseo de poseer hijos propios y tenerlos dentro de sí como la posesión más precisa” (Klein, 1937, p. 321)

En estas líneas Melanie Klein nos explica que la niña visualiza al padre con una profunda admiración y en sus deseos inconscientes el tener un hijo propio es una constante. Esto se observa cuando las niñas pequeñas juegan con muñecas cómo si fueran sus hijos. La autora menciona que las niñas hacen alarde de apasionada devoción, tratando a estos juguetes como niños reales, compañeros y amigos que forman parte de su vida, cuando se separan de ellos experimentan una sensación de abandono. Ello representa la fantasía de ser madre y el deseo inconsciente de tener un hijo propio, sin embargo, estos deseos persiste hacia la edad adulta y contribuyen a reforzar la fuerza del amor que una mujer embarazada siente por el hijo.

Klein refiere que la gratificación de dar a luz y tener un hijo propio alivia el dolor de la frustración infantil, cuando la niña en su fantasía deseaba tener un hijo de su padre y no podía tenerlo. El cumplir este deseo tiende a disminuir su agresión y aumentar la capacidad de amor hacia su hijo.

El desamparo del recién nacido en muchas ocasiones es aprovechado por la madre, es decir, algunas de ellas pueden sacar ventaja de la adherencia que tiene su hijo hacia ellas; cumplen sus deseos reprimidos u obtienen ganancias secundarias. Sin embargo, esto no es lo más saludable para el infante ya que esto puede marcar el inicio de patologías como la psicosis. Las relaciones que establece la madre con sus hijos son diferentes en cada caso pero se ven altamente influenciadas por la primera experiencias maternas.

La teoría Kleiniana estudió y hace una recapitulación de las principales conductas de la madre que favorecen el desarrollo infantil:

- Es importante que establezcan una relación feliz con el niño; la mayoría de las madres y pediatras se preocupan solo por el desarrollo físico sin embargo como se ha explicado en el presente capítulo la transmisión emocional determina en gran medida al infante.
- Crear un buen contacto entre madre e hijo sobre todo en las primeras succiones, para ello es importante que la madre fomente cariño, trate con cuidado al bebé y sepa como colocarlo en el pezón.
- La manera en cómo se trata al bebé durante el parto; si bien el recién nacido aun no realiza diferenciación entre lo placentero y displacentero, ya existen algunas impresiones en su mente.
- El intentar educar los esfínteres del niño muy tempranamente puede provocar un daño psicológico. La madre no debe mostrarse ansiosa ni tratar de evitar que el niño se moje o ensucie. Lo más adecuado es que permita que el desarrollo se lleve de forma normal y no interferir en ello.
- En la alimentación la madre no debe hacerla sentir como obligación, es un acto de amor que causa placer.
- La madre debe mostrar una actitud amistosa hacia las manifestaciones de la sexualidad del niño; no visualizarlo como algo sucio y a su vez tener respeto con los genitales.
- Esencialmente el niño no debe dormir en el cuarto de los padres ni presenciar las relaciones sexuales; Esto aumenta las agresiones y temores.
- En el proceso de destete, idealmente la madre lo debe hacer lenta y suavemente; puede ir sustituyendo poco a poco el pecho materno por el biberón.
- El dar alimento por medio del pecho permite al niño mayor desarrollo de confianza y sentimientos adecuados, aunque según los estudios de la teoría psicoanalítica los niños alimentados con biberón no sufren una perturbación mayor, existe un deseo inconsciente y profundo por el contacto con el pecho de la madre.

Con estas ideas se entiende que el papel de la madre además de proveer nutrición y ser la primera persona que transmite sentimientos de amor y hostilidad, también es responsable de que se lleve a cabo un desarrollo ideal, en el cual cuide aspectos básicos para prevenir el desarrollo de una psicopatología. A pesar de qué son situaciones idóneas, el realizar estas conductas y evitar otras no es una tarea fácil. Si tomamos en cuenta distintos aspectos de la madre como lo son su escolaridad, historia familiar, historia personal y por supuesto, sus deseos inconscientes de ser madre no siempre pueden llevarse a cabo las recomendaciones planteadas por Klein, recordemos que la mayoría de nuestros actos son inconscientes. Es así como la madre puede tener claro en lo racional que alimentar a su hijo no es una obligación pero si sus sentimientos son de hostilidad (rencor porque su hijo la llevo a dejar sus metas

profesionales) lo que transmitirá al hijo será a través del pecho malo; hostilidad y odio. Esta idea nos lleva a plantear que a pesar de que la mujer tenga deseos inconscientes de ser madre, a su vez puede ser hostil con él por distintas situaciones; la pérdida de beneficios, el cambio en su cuerpo y conflictos internos.

Respecto a ello, Lacan (1953) hace referencia a la “madre cocodrilo”, entendiendo esta metáfora de la siguiente manera; la madre tiene en completud al recién nacido en sus manos, es decir, que ella lo puede proteger, amar, asfixiar, devorar o destruir, la madre tiene la capacidad de interpretar al infante y decidir por él. La función del padre en esta situación es romper ese vínculo, “castra” esa relación. La teoría Lacaniana está completamente relacionada con las ideas planteadas por Freud y Klein; el recién nacido al estar desvalido e indefenso es cuidado, protegido y absorbido por la madre. Lo esencial que agrega Lacan y es importante para nuestro estudio es la siguiente premisa; la madre al tener completamente el control del infante puede destruirlo o devorarlo, situación completamente relacionada con el deseo materno; en lo consciente la madre desea un hijo, sin embargo en lo profundo de su psique también existen sentimientos de odio y rencor hacia él. Debemos recordar que la madre además de formar parte de una familia es una mujer con ideas narcisistas.

La autora Piera Aulagnier (1977) quien retoma la teoría Lacaniana, ayudó a explicar estos actos de decoración y destrucción de la madre hacia su hijo, para ella la madre ejerce dos tipos de violencia. En la violencia primaria la madre la ejecuta a través de las palabras y actos que anticipa sobre el infante, esto es una violación del espacio y actividad psíquica del niño, sin embargo este tipo de violencia favorece la formación del YO y que se desarrollen las capacidades de pensamiento mientras que, la violencia secundaria sucede posterior a la primaria y es característico por ser directamente contra el YO y perjudicial para su formación como estructura psíquica. Para ella un exceso en la violencia del deseo de la madre da como resultado que las actividades de pensamiento del niño concuerden con el molde establecido por el deseo materno. Estos pensamientos infantiles solo serán llevados a cabo si no son aprobados por la madre

Respecto a lo planteado por Lacan, la madre no sólo da protección, amor y cuidado si no que tiene un poder absoluto con su hijo y puede llegar a destruirlo. Como se mencionó en párrafos anteriores, el tener un hijo crea un impacto directo en la psique de la madre; cambios físicos y fisiológicos durante el embarazo significan una pérdida. La mujer se enfrenta con la deformación de su cuerpo, cansancio, dificultad para realizar ciertas actividades y en general una pérdida de beneficios sobre su ser. Si se toma en cuenta que todo ser humano es narcisista es claro que en la mujer estos cambios no se ven siempre como positivos y por ello es común encontrarnos con casos en los que la madre además de experimentar goce por cumplir la fantasía infantil de tener un hijo propio, llega a expresar sentimientos de odio y rencor hacia el hijo.

Por estos motivos la madre ejerce violencia primaria y secundaria tal como refiere Aulagnier, generalmente estas agresiones son inconscientes y a través de actos como la palabra. Para conjuntar las ideas de ambos autores (Piera y Lacan) y como fin analítico de esta investigación se concluye de esta forma; la madre al enfrentar una pérdida en su cuerpo y cambio psíquico se encuentra en una contradicción (deseo materno y sentimientos negativos por un duelo) ejerce sobre su hijo violencia y deposita deseos en él aun antes de que nazca; el nombre, características físicas e incluso hasta profesión. Esto puede determinar en gran medida su desarrollo; el niño puede ser capaz de tener más habilidades, cumplir ciertas metas pero a su vez realizar los deseos frustrados de la madre y estar siempre en dependencia de sus deseos, que muy probablemente lo llevarían a una frustración y desarrollo de una personalidad neurótica. Sin embargo, esto no está completamente determinado ni es una afirmación concreta ya que existen factores que pueden beneficiar a ambos (madre-hijo) como lo es el vínculo y la relación que se establece en los primeros años de vida del hijo. Para entender esto, se hará una revisión bibliográfica en el siguiente tema a desarrollar; apego y vínculo materno.

1.3 Apego y vínculo materno

El término apego es asociado directamente con autores como Bowlby, Ainsworth y Wolff quienes realizaron estudios con niños de edades tempranas y la relación con su madre. Sin embargo, Klein (1957) también hace referencia al vínculo entre la madre e hijo; el estrecho vínculo entre el bebé y la madre se centra en relación con el pecho, aunque desde los primeros días en adelante el bebé reacciona también a otros aspectos de la madre como el rostro, su voz, manos y aspectos físicos de ella, las experiencias fundamentales de felicidad, amor, frustración, rencor y odio están ligadas directamente con el pecho de la madre. Estableciéndose así la primer relación objetal del recién nacido, este vínculo que establece por primera vez en su vida se instala en su mundo interno e influye directamente en todas las otras relaciones que establezca; desarrolla la capacidad de formar un apego profundo y fuerte hacia una persona.

Respecto a estas ideas, la teoría Kleiniana no hace solo referencia al pecho de la madre, incluso menciona que la alimentación puede llevarse a cabo por medio de una mamadera (mamila) que sustituya la leche materna pero las condiciones en que se administre esta debe ser con un clima afectivo adecuado, es decir, de forma cariñosa. Entonces el niño establece el vínculo con la figura que proporciona la alimentación y cuidados. Sin embargo, para efectos de este estudio nos enfocaremos sólo en el vínculo madre-hijo.

En relación con el apego, Bowlby (1951) menciona que las respuestas tempranas de orientación del recién nacido suceden cuando la madre al mecerlo en brazos, en posición ventro-ventral suele provocar respuestas reflejas que no solo lo orientan hacia ella sino que le da la oportunidad de utilizar boca, pies y manos para aferrársele y cuanto más experimente el uno con el otro en estas interacciones, más fuertes serán las respuestas relevantes de ambos. De esta manera recíproca se inicia la temprana interacción entre madre e hijo. Mientras el recién nacido es amamantado con los ojos abiertos y lleno de atención suele fijar la vista en el rostro de su madre.

Alrededor de las catorce semanas de nacido el niño tiende a observar el rostro de las personas, sin embargo a pesar de que existan otras personas en su entorno sigue teniendo preferencia en mirar el rostro de su madre. Cuando el bebé está apartado de la madre pero puede verla, mantiene los ojos orientados hacia ella más o menos continúa, por momentos desvía la mirada pero en momentos le echa un vistazo.

También sucede que cuando está en brazos de alguna otra persona mantiene una orientación motriz hacia la madre, por lo que es complicado que establezca fácilmente una interacción con otro adulto (Ainsworth citado en Bowlby, 1983).

Lo anterior nos indica que las primeras conductas de apego entre madre-hijo son un acto de orientación provocadas por el contacto tan estrecho que se crea a partir del pecho materno; el cuidado y amor brindados por su madre. El niño a pesar de tener la capacidad de tener contacto con otros prefiere el calor de su madre.

Respecto al amamantamiento, Prechtl citado en Bowlby (1983) lo visualiza desde una perspectiva de adaptación evolutiva que sucede como una cadena organizada de cuatro pasos:

- a) El movimiento de cabeza hace que la boca del bebé entre en contacto con el pezón de la madre
- b) El estímulo táctil que reciben sus labios o las zonas inmediatamente adyacentes hacen que el bebé abra la boca y tome el pezón entre los labios
- c) La estimulación táctil en la zona bucal y, en el paladar duro provoca movimientos de succión
- d) La presencia de leche en la boca induce al bebé a ejecutar los movimientos pertinentes para tragarla.

Después de que se inicia esta cadena de amamantamiento en el bebé, la conducta comienza a sufrir determinados cambios y entra en una fase de desarrollo; puede aumentar o disminuir la energía con la que el bebé succiona. Esto depende en gran medida del alimento y la forma del objeto que se succiona. Por ejemplo cuando se da alimento por medio de una mamila que no es uniforme el niño disminuye la succión progresivamente. Durante los primeros días de vida el bebé comienza también a orientarse hacia el pecho o mamadera anticipando el contacto de su rostro y boca. Esta conducta se produce ya a la cuarta vez que el niño es amamantado y se vuelve habitual en la duodécima vez, una vez desarrollada esta pauta de conducta, el bebé abre la boca hacia la zona de su boca y del seno materno que se le aproxima en cuanto se lo coloca en posición de amamantar. Es decir, se vuelve algo habitual para el niño después de experimentarlo en repetidas ocasiones.

Como se mencionó, el infante crea su primera relación objetal (vínculo que establece el niño en primera infancia con las principales figuras parentales que serán externalizadas en etapas posteriores) con su madre, ya que es ella quien proporciona los cuidados y amor, pero no sólo eso. Desde el punto de vista de la conducta de apego de Bowlby y otros autores, la alimentación y la forma en qué se lleva a cabo esta determinan la relación que se establece entre ambos.

Continuando con lo descrito por Bowlby (1951), en su teoría de apego diferenció tres tipos:

- El apego seguro ocurre cuando la madre brinda amor y protección pero a su vez permite libertad en las acciones del infante: el niño sabe que la madre puede protegerlo pero le permite crecer y desarrollar sus habilidades.
- El apego inseguro consiste en conductas como sobreprotección, adivinación de deseos del niño y vigilancia excesiva del bebé, lo que detiene en gran medida el crecimiento del infante.

- El apego ambivalente se caracteriza por conductas de sobreprotección y descuido, pueden suceder simultáneamente y el niño no tiene claro si la madre le seguirá brindando el cuidado que necesita.

Estos tipos de vínculo determinan en gran medida la formación de la personalidad y posible desarrollo de patologías.

Por su parte, Mahler (1977) ubica dos fases que son esenciales para entender el vínculo que se establece entre ambos. En la fase autista normal, que sucede en las dos primeras semanas de vida el recién nacido se encuentra encerrado en sí mismo, ajeno a los estímulos externos. Durante este periodo aprende a diferenciar las primeras experiencias como placenteras o displacenteras sin embargo, al neonato sólo le preocupa la satisfacción de sus necesidades biológicas como lo son sueño, alimento y cuidado, mismas que son satisfechas en primera instancia por la madre.

Posterior a ella se desarrolla la fase simbiótica normal que comienza al inicio de los 2 meses de edad, el bebé ve a la madre como el único ser que satisface sus necesidades, cree que no existen diferencias entre ambos. La madre aprende a interpretar los signos de llanto y alerta del infante. Margaret Mahler lo denomina señalamiento mutuo; proceso en el cual cada uno de ellos interpreta de forma empática las señales que el otro emite. Aunque ninguna madre no puede responder perfecto a las necesidades del niño, es ella quien en ausencia de un yo estructurado, sustituye sus funciones, amortiguando el impacto de los estímulos externos e internos.

Para entender la relación entre los autores que se mencionaron: Bowlby, Klein y Mahler se hará una analogía en la siguiente forma: el recién nacido se encuentra en la fase autista normal donde no percibe el mundo exterior y su principal objetivo es satisfacer sus necesidades primitivas, y la madre es quien se lo proporciona. La conducta de amamantamiento es en un principio un proceso de adaptación y supervivencia, sin embargo con el paso del tiempo el niño se acostumbra a ello y desde luego busca el alimento pero también el afecto que le brinda su madre. Es por ello que comienza a responder a otros estímulos maternos como lo son el rostro, la voz y el pecho, con su crecimiento comienza a responder al mundo externo sin embargo sigue prefiriendo la compañía de su madre.

El vínculo que establece la madre con el infante está determinado en gran medida por sus propios deseos de maternidad. Aulagnier (1977) en su obra la violencia de la interpretación refiere que la madre satisface las necesidades de su hijo por dos motivos; la primera por brindarle amor y protección y la segunda porque en su fantasía cumple su deseo Edípico, esto sucede en su pensamiento al creer que tuvo un hijo de su padre, situación que alivia la angustia infantil y poco a poco con la separación del vínculo desaparece.

Con las ideas desarrolladas por estas teorías sin duda se puede concluir que el vínculo está determinado por las primeras necesidades del recién nacido pero también por los deseos maternos. En el siguiente tema se desarrollarán las ideas de las dificultades en el vínculo, que pueden llevar al desarrollo de algunos conflictos psíquicos y patologías de la edad adulta.

1.4 Dificultades en el vínculo

Como se abordó en temas anteriores, el primer vínculo que establece el infante con su madre determina la forma en la que él se relacionará en años posteriores, marca la pauta para el desarrollo de la personalidad y algunas patologías.

Respecto a ello, Margaret Mahler (1977) realizó estudios con niños psicóticos donde comprobó que el autismo no era una condición psicótica si no una defensa ante la falta de una simbiosis con la madre o sustituta. En cambio, la principal característica de la psicosis infantil es la incapacidad del infante para conectarse con el objeto humano en el mundo externo.

Los niños con psicosis primaria, autista o simbiótica no padecieron una pérdida del objeto real pero no pueden tolerar la más breve de la ausencia materna, dando como resultado la incapacidad para construir la imagen mental de la madre. El infante con psicosis al no poder hacer uso de su madre, para sobrevivir recurre al uso de mecanismos defensivos autistas y simbióticos. La autora lo denomina mecanismos de mantenimiento donde incluye la inanimación, indiferencia, desvitalización, fusión y defusión. Estos son mecanismos defensivos frente a los vínculos. Los niños psicóticos no tienen una clara distinción entre el mundo de los seres vivos y el inanimado, Mahler concluyó que el origen de la psicosis está en la ausencia o distorsión de la relación simbiótica temprana; no son capaces de crear una imagen intrapsíquica del objeto simbiótico y por lo tanto no pueden avanzar en el proceso de separación-individuación.

Mahler describió tres trastornos que en la actualidad siguen conociéndose: psicosis autista, psicosis simbiótica y trastornos limítrofes.

En la psicosis autista existe una fijación en la fase autista normal (recordemos que es un proceso donde el niño está centrado en el cumplimiento de sus necesidades primitivas). El síntoma más relevante es la no percepción de la madre como objeto representante del mundo externo, la incapacidad del niño para usar a la madre como auxiliar externo es un defecto innato, hereditario o adquirido en las primeras semanas de vida. La consecuencia de esto es la resistencia al contacto social y no resisten los cambios de su mundo restringido, constantemente presentan conductas autoagresivas como golpearse la cabeza, morderse o lastimarse. Lo que Mahler denomina psicosis autista hoy se conoce como síndrome autista.

En cambio la psicosis simbiótica tiene su origen en una fusión y falta de diferenciación entre el yo. Cuando se observa la conducta de estos niños, existe un notorio deseo de que la madre responda a sus peticiones con tan solo pensarlo. El niño con psicosis simbiótica siente el mundo como hostil y amenazante al tener que enfrentarlo solo. Ello le genera mucha angustia y existe una ilusión de unidad con la madre.

De acuerdo con el estudio que realizó Margaret Mahler a 16 casos observó que la iniciación de la psicosis en la primera infancia ocurría durante el primer año de vida y coincidía con la falta por parte del infante de una esperanza de rescate o gratificación de afecto por su madre. Posterior a los primeros años de vida (3 a 5 años) el hecho que marcó la iniciación del proceso psicótico fue la separación emocional de la simbiosis con la madre lo que actuó como disparo inmediato para desconectarse psicóticamente de la realidad.

Por último, la autora también aborda los trastornos limítrofes, los cuales de acuerdo a su observación se caracterizan por:

- Difusión de la identidad
- Fallas en la internalización
- Angustia de separación
- Conductas que son de omnipotencia y/o dependencia extrema
- Denigración de sí mismo
- El YO inundado por agresión no neutralizada

Para Mahler el origen de estas patologías está en la mala resolución de la crisis de acercamiento ya que si la relación simbiótica se prolonga más allá del periodo esperado, interfiere en su proceso de identificación formándose una falla en la imagen corporal y estos crean una dificultad en la estructuración del yo.

Respecto a las dificultades de estructuración del yo existen algunas situaciones que pueden afectar el proceso como lo son; la falta de estímulo ambiental, el aumento de agresión no neutralizada durante la subfase de ejercitación y una conducta materna inadecuada al comenzar la crisis de acercamiento. Además si el proceso de separación-individuación no se completa, no se logra la constancia del objeto libidinal por lo tanto no se internaliza la representación de madre buena que sirva para controlar las frustraciones, agresión y autoestima.

Dichos estudios antes presentados de Mahler permiten conocer el origen de ellos bajo una perspectiva psicoanalítica. Las observaciones que obtuvo son importantes para esta investigación; comprueban que la relación simbiótica que establece madre e hijo son determinantes para los procesos psicopatológicos. Lo la autora denominó psicosis autista hoy se conoce como síndrome del espectro autista, la psicosis simbiótica se denomina psicosis infantil y las patologías limítrofes son más conocidas en la actualidad. Estas conclusiones permiten comprobar la validez de este estudio; algunas patologías son provenientes de la relación simbiótica: algunas dificultadas por la madre y otras por el ambiente externo, sea cual sea la razón el origen es el mismo; la primera infancia y el vínculo materno.

Ballint (1979) basa su teoría en estudios realizados donde observó que los Seres Humanos estamos en una falta constante y esa falta primaria es el amor y cuidado materno, es decir, necesitamos de una madre protectora y amorosa para desarrollar nuestras capacidades y vínculos posteriores. Respecto a las patologías hace referencia a la madre esquizofrenogénica como una madre incapaz de estar en armonía con su hijo. Esas madres aman a sus hijos, que se hacen esquizofrénicos, de una manera excesiva pero sujeta a condiciones. La condición del amor de estas madres es de una índole tal que el niño no pueda satisfacerla. Es decir, que el principal problema de esta patología es la madre, que a pesar de brindar amor y cariño ya no recibe el mismo por parte de su hijo. Para este autor la esquizofrenia es parte de una regresión infantil de la fase fetal donde se encuentran similitudes entre las principales sintomatologías de la enfermedad y el periodo infantil; apariencia exterior narcisista, apariencia de no advertir el mundo exterior, fugaces contactos aparentemente sin importancia con objetos.

Con lo planteado por los autores Mahler y Ballint podemos concluir que alguna dificultad que sucede en el proceso del vínculo materno determina en gran medida la forma en la que el infante se desarrollará en años posteriores. En específico Mahler y Ballint realizaron estudios sobre psicosis y esquizofrenia; el origen de estas es en general una dificultad en el vínculo en los primeros años de vida, la madre que no permite el proceso de separación individuación, un apego excesivo, la falta de reconocimiento y cariño hacia el infante son algunas causas psíquicas que detonan la aparición de la psicosis.

En general, se comprobó mediante la observación de casos clínicos durante más de 10 años de estudio que la relación madre hijo detona en los primeros años de vida la aparición de síntomas autistas, psicóticos y limítrofes. Este estudio se centró en un estudio de caso que mediante la observación y herramientas como la historia clínica y pruebas psicométricas que puedan comprobar o rechazar las principales hipótesis; el primer vínculo como precursor de patologías, en específico la sintomatología depresiva.

1.5 Separación del vínculo

Conforme el niño crece y adquiere autonomía el vínculo tan estrecho que estableció con la madre se va disolviendo. Para entender esto explicaremos algunos sucesos que marcan el inicio de esta etapa que es normal en el desarrollo del niño.

Margaret Mahler (1977) explica con detenimiento en su obra el nacimiento psicológico del infante humano la forma en que se da el proceso de separación e individuación. La separación y la individuación se conciben como dos desarrollos complementarios: la separación comienza con la salida de la órbita simbiótica y la individuación en los logros del niño que lo distancian de su madre.

El proceso de separación-individuación comienza a ser facilitado por las actividades rutinarias de la madre y la presencia activa del padre. Este periodo de separación tiene 3 subfases. La correspondiente a diferenciación hace alusión a los 5 y 7 meses aproximadamente donde el bebé deja el lado primitivo y presta atención hacia los estímulos externos; distingue entre sensaciones internas y externas. Al final de este periodo el niño comienza a dar sus primeros pasos, lo cual para Mahler es el hecho que marca el nacimiento psicológico. La siguiente subfase, llamada practicing (ejercitación) se caracteriza por el desarrollo de habilidades motoras y cognitivas del infante, si la madre es ansiosa puede impedir que su hijo practique destrezas y explore su alrededor provocando a su vez que al niño se le dificulte separarse de la madre, creando una angustia por separación. Margaret menciona que en este periodo hay un "cordón umbilical invisible" donde el niño comienza a ser independiente pero sabe que existe la madre y puede regresar a ella para que le brinde amor y protección. En este periodo el niño hace consciente que su madre no está completamente a su disposición y empieza a desarrollar episodios de angustia, también aparecen estados de depresión leve manifestados por una pérdida de interés por explorar, esto debido a que extraña a la madre.

En la subfase llamada rapprochement (acercamiento) el niño sabe que puede separarse de su madre cuando lo desee, aumenta su comunicación y juego simbólico. Sin embargo, entre los 18 y 24 meses aparece una crisis de acercamiento donde hay tres temores principales; a la pérdida del objeto, la pérdida de amor y angustia ante la castración. El niño atraviesa un conflicto de ambivalencia donde teme perder a su madre y a su vez regresar al periodo simbiótico, estos temores generan angustia en el infante.

Es muy importante que en esta subfase la madre sea también ya independiente del niño y no fomente conductas que lo hagan regresar al periodo simbiótico. Si la madre continúa con un vínculo excesivo y detiene el crecimiento de su hijo, marcaría el comienzo de algunas patologías de la adolescencia y edad adulta. Mahler principalmente habla de los conflictos Borderline. Si el desarrollo de esta subfase es

adecuado y la crisis se supera, entre los 21 meses comienza a notarse una separación marcada con la madre, el niño crea una distancia saludable debida en gran parte al desarrollo del lenguaje, contacto con el mundo exterior, la formación del superyó y el juego simbólico. Culminando así con el proceso de separación-individuación adecuado. Se dice adecuado ya que en cuanto a salud mental el proceso de separación del vínculo es esencial para el crecimiento del niño y prevención de trastornos (tema que será abordado a profundidad en el Capítulo 2).

Por otra parte, Freud (1905) en su obra “Tres Ensayos sobre una Teoría Sexual”, hace referencia a la 3ra etapa correspondiente a la fálica que comienza en los 3 años y termina aproximadamente a los 6, es en esta etapa donde sucede el denominado complejo de Edipo, en este periodo la libido se centra en los genitales. Este complejo se traduce como impulsos amorosos hacia el padre del sexo opuesto y los impulsos hostiles son hacia el padre del mismo sexo, es decir, hay sentimientos incestuosos y el niño percibe al padre del mismo sexo como un rival. La salida de este complejo se realiza de diferentes maneras, aquí explicaremos las dos principales; la disolución positiva ocurre cuando el padre del mismo sexo debe hacer entender al hijo cual es el rol que juega en la familia, es decir que la madre o padre (según el caso) no es de su pertenencia. De esta forma se instaura la ley de prohibición de incestos donde el niño desplaza los impulsos amorosos hacia otro objeto. La segunda forma (denominada negativa) sucede cuando el infante se identifica con el padre del mismo sexo y se da cuenta que algún día podrá poseer una mujer u hombre que no sea el padre del sexo opuesto.

Las ideas Freudianas nos ayudan a entender la separación que se da en años posteriores pero que de igual forma implican una separación y rompimiento del vínculo con los padres. En un principio el acercamiento sucede solo con la madre, posteriormente comienza a observar la presencia del padre. Este es quien ayuda a la separación del vínculo materno; el padre impone reglas y hace entender a través de sus actitudes que la madre no es propiedad únicamente del hijo.

Las teorías propuestas por Freud y Mahler están completamente relacionadas; el niño que se encuentra desamparado visualiza a la madre como el ser más importante ya que es quien lo protege, lo alimenta y proporciona amor, es entonces cuando crea un vínculo estrecho con ella, proceso que es facilitado por la madre que deposita en su hijo deseos y fantasías de su pasado. Sin embargo conforme el niño va creciendo y adquiere mayor número de habilidades y desarrolla una necesidad de independencia.

Bowlby (1951) respecto al desapego menciona que estas conductas de independencia por parte del infante son normales y se van incrementando con la edad y desarrollo de habilidades físicas y sociales. Sin embargo el desapego no un proceso sencillo. Cuando una madre no recibe las respuestas naturales que espera de su hijo, se siente desconcertada y herida. Por ejemplo cuando un niño se lastima ya no hace el

intento por buscar el consuelo de la madre e incluso rechaza sus intentos de proporcionárselos.

Heinicke & Westheimer citado en Bowlby (1983) demostraron mediante un estudio la conducta de desapego: un niño de dos años, dos meses permaneció durante un viaje de regreso a su hogar en compañía de su padre, cuando entró a su casa de nuevo y observó a la madre permaneció silencioso e indiferente y así transcurrió alrededor de una hora antes de hacer algún gesto. Días después comenzó a recurrir más a su padre, se golpeó la rodilla y su madre deseaba consolarlo pero el niño mostró más proximidad a su padre. La madre se sintió rechazada.

De acuerdo con lo planteado por los estudios de Bowlby y otros autores, el desapego es un proceso de crecimiento normal y es vivenciado con mayor facilidad por el niño pero la madre puede experimentarlo como rechazo.

El recién nacido en un principio se encuentra desprotegido y la madre es quien proporciona la defensión ante el mundo, es por ello que el vínculo tan estrecho se establece en un principio con ella. El infante por sus capacidades cognitivas es incapaz de observar su mundo y se enfoca solo en la relación simbiótica. Sin embargo cuando comienza a adquirir habilidades motoras e intelectuales visualiza el mundo externo, ello le permite desarrollar una necesidad de independencia; empezando a poner distancia con su madre y desarrollar mayores habilidades sociales, como lo menciona Mahler (1977) el recién nacido siempre está en peligro de perder el objeto de amor (madre) que en un principio le provoca angustia pero en el periodo de separación es benéfico ya que a partir de esto crea mayor independencia.

El proceso de separación-individuación, que es consecutivo de un periodo simbiótico evolutivamente normal incluye el logro por parte del niño de un funcionamiento separado de la madre y con independencia emocional de esta. Por el contrario, si hablamos de un proceso de separación patológico donde a la madre se le dificulte separarse del recién nacido indicaría el inicio de algunos trastornos.

A lo largo de la revisión presentada durante este capítulo se puede decir que el vínculo establecido entre madre hijo en los primeros años de vida influencia de forma significativa en el desarrollo del niño en años posteriores. Klein y Mahler mediante sus estudios demuestran que mediante el contacto establecido en la infancia temprana entre ambos marca el inicio de patologías en edades más adultas, tal como lo son psicosis infantil, trastornos Borderline y sintomatología melancólica. Por su parte, Bowlby menciona que el tipo de vínculo entre mamá e infante influye en el desarrollo de la personalidad del niño, creando rasgos inseguros y/o seguros. Autores como Auglanier y Lacan mencionan que la madre llega a ejercer cierta violencia inconsciente hacia su hijo debido a la pérdida de beneficios, cambios físicos y psíquicos que experimenta, ello a su vez puede llegar a formar rasgos patológicos y de personalidad

en su hijo. Mediante la revisión de estos autores, se concluyó que la relación entre madre hijo en la primera infancia llega a influir en el desarrollo de la personalidad y patologías del niño y no descartamos que la sintomatología depresiva sea una de ellas. El tipo de vínculo que se establece, la violencia que llega a ejercer la madre sobre el hijo y la transmisión de rasgos de personalidad son factores que llegan a influenciar directamente en el hijo.

Es así como en el próximo capítulo se abordarán las principales características de la sintomatología depresiva abordada primero desde una perspectiva psiquiátrica para posteriormente entender la concepción de la misma bajo autores psicoanalíticos como Sigmund Freud. Con ello, al final del estudio de caso se realizará un análisis y conclusiones con la información presentada.

CAPÍTULO 2 LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA

2.1 Definición y breve historia de la depresión

Para entender la depresión y su concepto primero abordaremos cuestiones básicas de la historia de las enfermedades mentales.

Desde épocas antiguas, en la biblia y otros escritos se describen estados de enfermedad mental clasificados entre bueno y malo según su procedencia (demonios o dioses). Más tarde, en Grecia se clasificaron de acuerdo a los humores (el equilibrio de estos cuatro daban como resultado un estado de salud completo). Posteriormente Galeno clasificó las enfermedades en manía (manifestada en alucinaciones) y melancolía (estados que hoy se conocen como depresivos). (Salaverry, 2012).

Pileño et. Al. (2003) mencionan que en la edad media se denominaba locura a todo aquel padecimiento que no fuera entendido por los médicos, es decir, algo fuera de lo común. Los atendían dependiendo la situación en la que se encontraban; en las ciudades, custodiados por obispos, reyes y aristocracia y la segunda forma en las zonas rurales donde los monjes y religiosos cuidaban de ellos. La característica principal era la pobreza y el aislamiento social provocando así una baja de autoestima. En años posteriores un Fray construyó un hospital para locos que vagaban en la calle, posteriormente comenzaron a abusar de los internos mediante la explotación del trabajo; realizaban labores de limpieza, servicios y oficios ya que tenían la creencia que el descanso y ociosidad era perjudicial para su salud. Si se mostraban renuentes a realizar las actividades eran maltratados físicamente, con los años se fueron construyendo nuevos centros para la atención de la locura y con el avance de la tecnología los recursos con los que se contaba aumentaron; mayor personal de atención, hospitales más grandes y personal especializado (médicos y enfermeras). Estos acontecimientos marcan la pauta de las primeras atenciones hacia los enfermos mentales, que claramente no eran las adecuadas debido a la falta de conocimiento de los mismos.

Conforme pasó el tiempo los estudios sobre las enfermedades mentales comenzaron a ser más específicos, a relacionarse con padecimientos somáticos y los tratamientos empezaron a aparecer como una forma de cura que hoy conocemos como tortura.

En años posteriores médicos realizaron varios aportes de acuerdo a sus observaciones, Chiarugi incorpora el término psicológico a las enfermedades mentales directamente relacionadas con el sistema nervioso y la actividad de los sentidos. Por su

parte, Pinel lo asocia a los aspectos psicológicos pero esto a partir de no encontrar alteraciones morfológicas en los enfermos mentales. (Pileño et. Al, 2003).

Estas observaciones realizadas por los médicos marcan la pauta del conocimiento de que el origen de las enfermedades mentales no solo son biológicas si no que hay situaciones en la psique que pueden desorientar al humano y llevarlo a un estado patológico.

Como se planteó en la revisión histórica de los trastornos mentales, en un principio se asociaba directamente con conflictos entre el bien y el mal, esto debido a las creencias y el contexto histórico en que se desarrolló. Sin embargo con los avances de la tecnología empezaron a aparecer otras explicaciones pero esto no significó que fueran las acertadas, incluso se realizaron los primeros intentos de tratamiento que lejos de curar perjudicaban al enfermo. En la actualidad aún se siguen realizando estudios para conocer el origen de algunos trastornos y no se sabe con exactitud que los causa.

En específico este estudio se centra en la sintomatología depresiva, la depresión fue definida por la Organización Mundial de la Salud (2012) como 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. Esta definición comienza a introducir las principales características de este problema nosológico.

Por otra parte, Mori & Caballero (2010) consideran a la depresión como un importante problema de salud pública por su elevada prevalencia, impacto en la calidad de vida, la marcada discapacidad que produce y el incremento de los servicios de salud. Esto nos indica además de una dificultad para la persona y familia que padecen el trastorno, un problema mundial por los riesgos y gastos económicos que produce. En un estudio realizado por el Banco Mundial en el año 1990 sobre la carga de la enfermedad en el mundo, las enfermedades mentales representan un 8.1% de todos los problemas de salud, y dentro de los trastornos mentales depresivos causan la mayor carga con un aporte global del 17.3%. Los costos anuales de la depresión se estiman en 118 billones de euros para Europa y de 83 mil millones de dólares en Estados Unidos. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (2014) los días de actividad en México perdidos por depresión son de 25.5% mayor que los perdidos por enfermedades crónicas. Lo anterior implica una gran pérdida económica y repercusiones en el área laboral, familiar y social de la persona con depresión.

De acuerdo con Sánchez & Niebles (2008) la depresión proviene de la palabra depressus (latín) que significa abatido, derribado. Es un estado de abatimiento e infelicidad, que puede ser transitorio o permanente. En general el paciente se ve y los demás lo perciben como derribado, debilitado en su potencialidad y en la base de su sustentación afectiva; está desganado y con baja energía.

Otras de las características de esta enfermedad es que contribuye a la disminución de la calidad de vida, disminución funcional, una discapacidad marcada y un incremento en la mortalidad y comorbilidad. La mortalidad la definimos como el número de muertes que suceden en un periodo de tiempo, la depresión puede llevar a una conducta suicida es por ello que se considera a dicho trastorno como riesgo de incremento de mortalidad.

El suicidio es entendido como la muerte auto-inflingida en forma intencional; es una causa de muerte frecuente en el mundo, sin embargo las cifras varían en diferentes países; Hungría 52.12/100 000 (representa las tasas más altas) mientras que Egipto las más bajas con 0.08/100 000 y los países Latinoamericanos muestran tasas inferiores a 15.5/100 000. (Alarcón, Mazzoti & Nicolini, 2007). Ello nos indica que la conducta suicida se relaciona también con cuestiones socio-culturales, diversos factores influyen en la variación como lo son la edad y el sexo.

En términos de epidemiología, la depresión reporta una incidencia entre 0.5%-2.3% en la población general mundial, que asciende al 20-25% en los niños y 18% para las niñas en población clínica. (Mouren-Simèoni citado en Restrepo et. al. 2008)

Mientras que Tylee y Walters (2006) afirman que los trastornos depresivos afectan al 2% de los niños en la edad escolar y al 4.5% de los adolescentes. Estas variaciones en cuanto a cifras se deben a las definiciones e instrumentos que se han utilizado para medir.

Sin embargo la tasa de prevalencia es de 3 a 6% de la población en general; esto implica que de cada cinco personas que nacen, una padecerá depresión y de estas, el 70% de los casos tendrá más de un episodio en su vida. Además el riesgo de padecer depresión es de 2 a 6 veces mayor en parientes de primer grado (a diferencia de aquellos que no tienen antecedentes familiares). Para la aparición de la depresión se piensa que interactúan factores genéticos, psicológicos y ambientales. Estos generan cambios bioquímicos y/o estructurales en el Sistema Nervioso Central, promoviendo una sensibilización para el desarrollo de nuevos episodios depresivos y la estabilización de las condiciones neurobiológicas que llevan a la recurrencia y cronicidad. La depresión se manifiesta más en el sexo femenino, ya que suelen padecerla 2 a 3 veces más que los hombres; las mujeres se encuentran más vulnerables sobre todo en épocas como la adolescencia y el puerperio (hasta seis meses después del nacimiento). Se había estipulado que la edad de aparición del primer episodio era la temprana adultez, alrededor de la veintena. Sin embargo, el ajuste de instrumentos diagnósticos ha permitido la detección precoz en la adolescencia. Esto no excluye la aparición de un primer episodio de manera más temprana o tardíamente.

Respecto al estado civil, se ha encontrado mayor incidencia en los hombres divorciados que los casados y en el caso de las mujeres cuando se encuentran casadas. (Alarcón, Mazzoti & Nicolini, 2007)

La depresión no suele manifestarse de manera aislada. Entendemos como comorbilidad a otras enfermedades que se asocian directamente con la depresión por

ejemplo, con trastornos de ansiedad, en particular con trastorno de ansiedad generalizada (20%), fobia social (15%), trastorno de pánico (12%), fobia simple y trastorno obsesivo compulsivo. Además la depresión puede empeorar otra condición patológica comórbida, siendo esto observable sobre todo en trastornos cardiovasculares y neurovegetativos. En los pacientes con depresión, las cifras de Infarto Agudo de Miocardio o de accidente cerebro vascular parecen incrementados en forma significativa. Existe un incremento de 7 a 12 veces el riesgo de trastornos isquémicos en los pacientes mayores con depresión. Más del 45% de los pacientes que han experimentado infarto de miocardio padecen depresión, y entre el 15 a 22% de los pacientes con depresión padecen enfermedad coronaria. El 18% de los pacientes con patología coronaria padece depresión. En cuanto a enfermedades crónicas degenerativas, hay mayor prevalencia (9-14%) de trastorno depresivo en pacientes con diabetes. Así como también la diabetes puede contribuir al desarrollo de trastornos depresivos como consecuencia de la carga de la enfermedad. En otras enfermedades como Alzheimer y Parkinson también se ha encontrado evidencia de depresión, generalmente como consecuencia de la enfermedad primaria. (Krishnan citado en Alarcón, 2007).

Lo anterior nos indica que la depresión es un trastorno que debe ser cuidado y atendido a tiempo. La comorbilidad conlleva a través de las complicaciones al riesgo de mortalidad e incluso en el aspecto psicológico a una disminución significativa de la autoestima que pueden llevar al sujeto al suicidio.

En general, la depresión apareció desde épocas religiosas y medievales; sus principales características despertaron el interés para su estudio. En la actualidad los instrumentos y avances de la estadística nos ha permitido conocer un poco más de este trastorno; edad de inicio, prevalencia, principales síntomas, otras enfermedades relacionadas a ellas y el riesgo suicida.

Como conclusión no se puede dar una sola definición de depresión ya que ella engloba la sintomatología y cada autor la define de acuerdo a sus propios estudios. Sin embargo para fines de este estudio y dar validez al mismo se definirá a la depresión de la siguiente manera: estado anímico sin energía donde se presenta una disminución de interés en actividades antes placenteras, falta de concentración y alteraciones en el sueño y hambre que provocan un deterioro a nivel social, económico y personal. Esta definición engloba en general las características que mencionan diversos autores y los libros de psiquiatría.

Además es importante conocer los datos estadísticos para darnos un panorama de lo que significa este trastorno a nivel mundial y lo que más nos interesa; para el paciente y su familia. Con ello también nos planteamos nuevas hipótesis para seguir contribuyendo al estudio de ella, ya que ha ido aumentando con los años y se estima que continúe así.

2.2 Tipos de depresión y sintomatología (enfoque psiquiátrico)

La literatura psiquiátrica sirve de referencia y apoyo a la psicología para poder explicar y detectar algunos síntomas que puedan indicar un trastorno mental. Bien sabemos que la labor del psicólogo clínico es realizar un diagnóstico a partir de la entrevista, historia clínica, observaciones y pruebas aplicadas. Esto en conjunto nos dará un diagnóstico integral de la persona pero para elaborarlo es importante tener las bases de conocimiento psiquiátrico; como tal nos apoyaremos de otras ciencias para poder brindar el mejor apoyo integral posible al paciente.

De acuerdo con Polaino (1988) existen cinco niveles de análisis, observación y registro en la psicopatología de la depresión; nivel clínico, neurofisiológico, bioquímico, comportamental y psicoanalítico. Estos cinco enfoques son importantes ya que a través de la experimentación de cada uno de ellos se puede llegar a un diagnóstico y tratamiento integrador.

El modelo clínico aborda a la depresión como dos posibilidades; la depresión endógena y psicógena. La endógena se caracteriza por ser causada por factores biológicos originados dentro del organismo e independientemente de los factores ambientales, mientras que la depresión exógena está ligada solo a los factores ambientales.

Por otra parte, el modelo neurofisiológico estudia la depresión de acuerdo a la intensidad de la actividad electro dérmica. En los estudios se encontró que un bajo nivel de conductancia, la emisión de pocas respuestas de baja amplitud y la discriminación o inexistencia de habituación a los estímulos caracterizan a las depresiones endógenas, mientras que el alto nivel de conductibilidad de la piel y la frecuente emisión de respuestas de alta amplitud constituyen el perfil neurofisiológico de las depresiones exógenas. Mediante estudios de electroencefalograma se descubrió que las alteraciones del sueño constituyen un síntoma específico de la depresión; en los sujetos depresivos la duración del sueño es menor que en los sujetos normales (5.5 horas frente a 7.2).

El modelo bioquímico basa sus postulados en los neurotransmisores del Sistema Nervioso Central donde se estudia a la depresión como variabilidad de la síntesis de los mismos. En ella hay dos grandes hipótesis en torno a la explicación de las bases biológicas de la depresión; la hipótesis catecolaminérgica donde se sostiene que en ciertas depresiones hay déficit de catecolaminas, en concreto la noradrenalina en determinadas regiones cerebrales y la hipótesis indolaminérgica donde se sostiene que en ciertos tipos de depresión hay un decremento en los niveles funcionales de serotonina.

Mientras que el modelo conductual sostiene sus teorías en trabajos experimentales controlados donde clasifica de igual forma dos tipos de depresión, la endógena y exógena.

Existen muchos libros sobre psiquiatría clínica, sin embargo los aprobados actualmente por la Organización Mundial de la Salud son el DSM (Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales) y el CIE (Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y problemas relacionados con la salud). A través del tiempo han sido modificados, las versiones más recientes son el DSM-V y CIE-10.

De acuerdo con el DSM-V (2014) los trastornos depresivos se clasifican en:

- Trastorno depresivo mayor (leve, moderado y grave)
- Trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo
- Trastorno depresivo persistente (distimia)
- Trastorno disfórico premenstrual
- Trastorno depresivo inducido por sustancias/medicamentos
- Trastorno depresivo debido a otra afección médica
- Trastornos depresivos especificados
- Otros trastornos depresivos no especificados

De los anteriores se describirán las principales características de los siete primeros.

2.2.1 Trastorno depresivo mayor (leve, moderado y grave)

La sintomatología del trastorno depresivo mayor de acuerdo con el DMS-V (2014) se caracteriza por:

- Criterio A: Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o de placer.

No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.

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

2-Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).

3-Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.)

4-Insomnio o hipersomnia casi todos los días.

5-Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).

6- Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

7-Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).

8-Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).

9-Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

- Criterio B: Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- Criterio C: El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

Las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, pérdida del apetito y pérdida de peso que figuran en el Criterio A, y pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería pensar atentamente en la presencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa. Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.

- Criterio D: El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno

delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

- Criterio E: Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco. Esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maníaco o hipomaníaco son inducidos por sustancias o se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica.

Esta sintomatología describe en general el trastorno depresivo mayor, sin embargo existen especificaciones en las cuales se puede clasificar a este tipo de depresión como leve, moderada o grave.

En la depresión leve existen pocos síntomas para cumplir los criterios diagnósticos, la intensidad de estos causa malestar en el paciente pero es manejable y producen poco deterioro en el funcionamiento social o laboral. La depresión moderada se caracteriza por que la intensidad de los síntomas comienza a afectar notablemente las áreas en las que se desenvuelve el individuo y la depresión grave causa un gran malestar y ya no es controlable por el paciente.

Esta clasificación por gravedad se basa en el número de síntomas, la gravedad de ellos y el grado de discapacidad funcional.

Es importante aclarar que a pesar de que el paciente cumpla con la sintomatología antes descrita, esta no debe ser causada por otra enfermedad médica, por el uso de medicamentos o el consumo de drogas y/o alcohol. Para ello se debe hacer una investigación mediante la entrevista para conocer los antecedentes médicos y patológicos del paciente y si existe alguna duda, canalizar directamente al paciente con un médico para que determine si el origen de esta sintomatología no es por alguno de los tres motivos mencionados.

Si no se explica por alguno de estos motivos podemos evaluar la gravedad de la situación depresiva.

El DSM-V también hace referencia al estado melancólico y lo hace de la siguiente manera:

- Criterio A: Una de las características siguientes está presente durante el período más grave del episodio actual:

1. Pérdida de placer por todas o casi todas las actividades.
2. Falta de reactividad a estímulos generalmente placenteros (no se siente mucho mejor, ni siquiera temporalmente, cuando sucede algo bueno).

- Criterio B: Tres (o más) de las características siguientes:

1. Una cualidad bien definida del estado de ánimo depresivo es un desaliento profundo, desesperación y/o mal humor, o lo que se conoce como estado de ánimo vacío.

2. Depresión que acostumbra a ser peor por la mañana.
3. Despertar pronto por la mañana (es decir, al menos dos horas antes de lo habitual).
4. Notable agitación o retraso psicomotor.
5. Anorexia o pérdida de peso importante.
6. Culpa excesiva o inapropiada.

Estas características descritas solo se toman en cuenta si están presentes en la fase grave del episodio depresivo. Se refiere a ausencia casi completa de la capacidad de placer, no solo a la disminución de la misma, el estado de ánimo no aumenta en lo absoluto o sólo un mínimo. De acuerdo con esta literatura, las características melancólicas son frecuentes en los pacientes hospitalizados y es más probable que aparezcan en los episodios de depresión mayor grave que en la depresión mayor con características leves.

Otra variación de la depresión mayor es la denominada periparto, la cual se caracteriza por un estado de ánimo bajo durante el embarazo o cuatro semanas después del parto. Ante esta situación es importante monitorear que los síntomas no se prolonguen por más tiempo y no se intensifiquen. La depresión mayor también puede aparecer con patrón estacional, es decir, que existe una relación temporal entre el inicio de la sintomatología y un momento del año en particular. En la mayoría de los casos, estos episodios comienzan en invierno y remiten en primavera.

2.2.2 Otras clasificaciones

A) Trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo

- Es importante mencionar que dicho trastorno no se encontraba dentro de la clasificación del DSM en su edición pasada. Actualmente se diagnóstica de acuerdo a las siguientes características: accesos de cólera graves y recurrentes que se manifiestan verbalmente (p. ej., rabietas verbales) y/o con el comportamiento (p. ej., agresión física a personas o propiedades) cuya intensidad o duración son desproporcionadas a la situación o provocación. Estos accesos de cólera no concuerdan con el grado de desarrollo y suceden tres o más veces por semana. El estado de ánimo entre los accesos de cólera es persistentemente irritable o irascible la mayor parte del día, casi todos los días, y es observable por parte de otras personas (p. ej., padres, maestros, compañeros). Para elaborar el diagnóstico no debe ser antes de los 6 años ni después de los 18.

B) Trastorno depresivo persistente (distimia)

- Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presente más días que los que está ausente, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas, durante un mínimo de dos años. En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable y la duración ha de ser como mínimo de un año.
- Presencia, durante la depresión, de dos (o más) de los síntomas siguientes:
 1. Poco apetito o sobrealimentación
 2. Insomnio o hipersomnía.
 3. Poca energía o fatiga.
 4. Baja autoestima.
 5. Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones.
 6. Sentimientos de desesperanza.
- En este tipo de trastorno depresivo se debe especificar si es de inicio temprano (antes de 21 años) o tardío (después de los 21).

C) Trastorno disfórico premenstrual

- Dentro de la literatura del DSM-V se agregó una nueva característica depresiva contrario a la edición pasada (DSM-IV), el trastorno disfórico premenstrual,

donde se especifica que en la mayoría de los ciclos menstruales están presentes al menos cinco síntomas en la última semana antes del inicio de la menstruación, empiezan a mejorar unos días después y desaparecen una semana después de la menstruación. La sintomatología es la siguiente:

1. Labilidad afectiva intensa (p. ej., cambios de humor; de repente está triste o llorosa, o aumento de la sensibilidad al rechazo).
 2. Irritabilidad intensa, o enfado o aumento de los conflictos interpersonales.
 3. Estado del ánimo intensamente deprimido, sentimiento de desesperanza o ideas de autodesprecio.
 4. Ansiedad, tensión, y/o sensación intensa de estar excitada o con los nervios de punta.
 5. Disminución del interés por las actividades habituales (p. ej. trabajo, escuela, amigos, aficiones).
 6. Dificultad subjetiva de concentración.
 7. Letargo, fatigabilidad fácil o intensa falta de energía.
 8. Cambio importante del apetito, sobrealimentación o anhelo de alimentos específicos.
 9. Hipersomnias o insomnio.
 10. Sensación de estar agobiada o sin control.
 11. Síntomas físicos como dolor o tumefacción mamaria, dolor articular o muscular, sensación de “hinchazón” o aumento de peso.
- Para que cumpla con los criterios diagnósticos, esta sintomatología debe haber estado presente en todos o la mayoría de los ciclos menstruales durante el último año, confirmado mediante evaluaciones diarias durante al menos dos ciclos sintomáticos. Si se realiza por medio de este método de registro no se considera como un diagnóstico formal si no como provisional, indicando que continuarán las observaciones.

D) Trastorno depresivo inducido por sustancias/medicamentos

- Como se mencionó en párrafos anteriores, los trastornos que entran dentro de la clasificación de depresivos antes de ser diagnosticados deben valorarse si no son causados por una enfermedad médica o por uso de sustancias tóxicas y/o nocivas. A continuación explicaremos como se elabora el diagnóstico para un trastorno depresivo inducido por una sustancia o medicamento: Alteración importante y persistente del estado de ánimo que predomina en el cuadro clínico y que se caracteriza por estado de ánimo deprimido, disminución notable del interés o placer por todas o casi todas las actividades. Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de que los síntomas son desarrollados durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de una sustancia o después de la exposición a un medicamento.

E) Trastorno depresivo debido a otra afección médica

- Período importante y persistente de estado de ánimo deprimido o una disminución notable del interés o placer por todas o casi todas las actividades predomina en el cuadro clínico. Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de que el trastorno es la consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica. Esta alteración no

se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno de adaptación, con estado de ánimo deprimido, en el que el factor de estrés es una afección médica grave).

F) Trastornos depresivos especificados

- Dentro de esta clasificación se abordan tres principales términos; depresión breve recurrente, episodio depresivo de corta duración y episodio depresivo con síntomas insuficientes.
- La depresión breve recurrente se identifica por una presencia continua del estado de ánimo deprimido y al menos cuatro síntomas de depresión durante 2 a 13 días por lo menos una vez al mes (no asociados con el ciclo menstrual) durante un mínimo de doce meses consecutivos.
- El episodio depresivo de corta duración (de 4 a 13 días aproximadamente) es caracterizado por un afecto deprimido y al menos cuatro de los ocho síntomas de un episodio depresivo mayor. Este malestar persiste por lo menos 4 días consecutivos pero menos de catorce.
- Por último, en el episodio depresivo con síntomas insuficientes existe un afecto deprimido significativo y al menos cuatro de los ocho síntomas de un episodio depresivo mayor que persiste durante un mínimo de dos semanas.
- Durante estos tres últimos tipos de depresión que se describieron no debe haber antecedentes de otro trastorno depresivo, bipolar o psicótico

Después de esta revisión se puede concluir que la depresión actualmente es clasificada dentro de grandes rubros. Sin embargo, existe una sintomatología común: abatimiento y desgano, retracción y pérdida de interés por el mundo, disminución de la capacidad de experimentar placer, alteraciones en el sueño, pensamiento lento y alteraciones en la conducta alimentaria. Esta sintomatología es parecida a lo que describe Sigmund Freud (1917) en su escrito duelo y melancolía.

Sin duda con el avance de la ciencia, la medicina ha llevado a cabo estudios más específicos y gracias a ello ahora tenemos el conocimiento de los tipos de depresión, algunos factores que contribuyen a su aparición y los tratamientos más eficaces. A partir de lo que se abordó en los párrafos anteriores, decimos que el psicólogo clínico tiene una gran responsabilidad sobre el paciente. Elaborar el diagnóstico de un trastorno no es sencillo por ello es importante conocer detalladamente la literatura psiquiátrica para ser lo más objetivos posibles. Bien se sabe que un mal diagnóstico tiene implicaciones legales pero más allá de eso, el paciente puede sufrir graves consecuencias a nivel salud y social.

Se mencionaron brevemente las clasificaciones de la depresión desde la perspectiva psiquiátrica ya que para la formación del psicólogo es esencial conocer estos términos, sin embargo, para efectos de esta investigación el análisis se centra desde una perspectiva psicoanalítica. A continuación se describirá a la depresión bajo el enfoque psicológico psicoanalítico.

2.3 La depresión desde la psicopatología y el psicoanálisis

Después de haber realizado una revisión de la depresión desde la perspectiva biológica, ahora se abordará desde un punto de vista psicológico.

Sigmund Freud (1917) ocupó por primera vez el término de depresión en su artículo *Traner and Melancholie* (duelo y melancolía). En este escrito se distingue a cada uno de ellos; en general, el duelo es entendido como un proceso normal de reacción ante la pérdida del objeto amado y la melancolía como una pérdida inconsciente en donde el sujeto no sabe qué fue lo que perdió en el objeto. Estos dos términos serán explicados con detenimiento en el tema de melancolía.

Posterior a estos estudios, otros teóricos como Melanie Klein (1937), refiere que el niño pasa por estados mentales comparables con el duelo del adulto y estos son revividos posteriormente en la vida. Experimenta sentimientos depresivos que llegan a su culminación antes, durante y después del destete. Este es un estado mental en el niño denominado posición depresiva que es un estado de melancolía; el objeto del duelo es el pecho de la madre y todo lo que el pecho y la leche han llegado a ser en la mente del niño; amor, bondad y seguridad. El niño siente que ha perdido esto y que ésta pérdida es el resultado de su incontrolable voracidad y de sus propias fantasías e impulsos destructivos contra el pecho de la madre.

Respecto al duelo propiamente dicho, la autora menciona que en este proceso el sujeto vive la pena por la pérdida real de la persona amada; está en gran parte aumentada por las fantasías inconscientes de haber perdido los objetos buenos internos. Siente así que predominan los objetos internos “malos”, y que su mundo interno está en peligro de desgarrarse. En el sujeto en duelo, la pérdida de la persona amada lo conduce hacia un impulso de reinstalar en el yo este objeto amado perdido. Siempre que se experimenta la pérdida de la persona amada, esta experiencia conduce a la sensación de estar destruido. Se reactiva entonces la posición depresiva temprana y, junto con sus amistades, culpa, sentimiento de pérdida y dolor derivados de la situación frente al pecho. Durante el duelo formal se reactivan las tempranas ansiedades psicóticas.

Para la teoría Kleiniana el sujeto en duelo es realmente un enfermo, pero como este estado mental es común y nos parece natural, no llamamos enfermedad al duelo. Con sus observaciones, Klein refiere que el sujeto en duelo atraviesa por un estado maniaco-depresivo modificado y transitorio, y lo vence, repitiendo en diferentes circunstancias y por diferentes manifestaciones los procesos por los que atraviesa el niño en su desarrollo temprano.

También menciona que el mayor peligro para el sujeto en duelo es la vuelta contra sí mismo del odio hacia la persona amada perdida. Una de las formas en que se expresa el odio en la situación de duelo, son los sentimientos de triunfo sobre la persona muerta. Este sentimiento de triunfo está ligado al duelo normal y tiene el efecto de retardar el trabajo de duelo y contribuye a las dificultades y pena que experimenta el

sujeto en duelo, cuando este domina, el odio hacia el objeto amado perdido no sólo transforma a la persona amada perdida en un perseguidor, si no que hace tambalear su creencia en los objetos de su mundo interno. El sujeto en duelo se alivia recordando la bondad y las buenas cualidades de la persona perdida y esto en parte debido a la tranquilización que experimenta al conservar su objeto de amor idealizado.

Si la persona en duelo vuelve a lograr gradualmente una mayor seguridad en el mundo interno, y si se permite que los sentimientos y objetos internos vuelvan a surgir, entonces se establecen los procesos de recreación y retorna la esperanza. Este cambio es debido a ciertos movimientos en los dos conjuntos de sentimientos que forman la posición depresiva; la persecución disminuye y el penar por la pérdida del objeto amado se experimenta intensamente, o sea que el odio retrocede y el amor se libera. Así, mientras que el dolor se experimenta con intensidad y la desesperación se eleva, surge el amor por el objeto, y el sujeto en duelo siente que el objeto amado perdido puede ser conservado internamente.

Los avances en el proceso de duelo dan por resultado una profundización de la relación del individuo con sus objetos internos, la felicidad de reconquistarlos después de haber sentido su pérdida, una mayor confianza y amor por ellos, porque aun después de la pérdida resultaron buenos y útiles.

Como conclusión y basándose en los trabajos de Freud y sus propias observaciones, Melanie Klein plantea que en el duelo normal el sujeto logra restablecer a la persona amada y pérdida en su yo, mientras que el melancólico fracasa en ese intento. Si bien el hecho característico del duelo normal es que el sujeto instala dentro de sí el objeto amado perdido, no hace esto de forma inmediata, sino que es a través de la labor de duelo donde reinstala el objeto perdido tanto como los objetos internos amados que sintió que había perdido. De este modo recupera lo que había logrado en la infancia.

Estas ideas desarrolladas basadas en la teoría Freudiana nos dicen que el duelo es un proceso normal ante una pérdida y en él se experimentan sentimientos contrarios que en su mayoría provienen de las primeras experiencias infantiles: el proceso de duelo del sujeto lo remontan a recordar su primera pérdida.

La primera pérdida se podría considerar como lo menciona Rank (1939) en su obra el trauma del nacimiento, donde el simple acto de nacer es considerado como un hecho de angustia. Esta angustia se da al salir de vientre materno. Es decir, el vientre materno es considerado para el niño como un paraíso de comodidades y cuidado, donde al momento de nacer pierde todos aquellos beneficios y comienza a experimentar angustia ante la pérdida de aquello placentero: considerándose así la primera pérdida.

Por lo tanto se puede decir que el estar dentro del vientre materno significa para ambos un estado de comodidad: ahí el niño es alimentado, se le brinda amor y cuidado, por otra parte, la madre obtiene también beneficios de cariño y cuidado. Los dos se encuentran en una zona de confort. Cuando sucede el nacimiento, se separan y por lo tanto el hecho de salir del vientre materno genera una angustia para el hijo y la madre debido a la pérdida de beneficios que tendrán a partir de ese momento.

Es por ello se menciona que el proceso de duelo normal remota a recordar esa primera pérdida: la angustia de salir del vientre materno que significa psíquicamente para ambos una angustia por dejar esa zona de confort llena de placeres.

Por otra parte, Bowlby (1951) replantea algunas ideas de estudios psicoanalíticos previos sobre el duelo, de las cuales se describen las que resultan más significativas para nuestra investigación. De acuerdo con este autor, el carácter doloroso se puede explicar debido a la naturaleza persistente e insaciable del anhelo por la figura perdida, el dolor resulta inevitable. Explica que dentro del proceso de duelo hay un continuo afectivo entre la ansiedad y la desesperanza, durante esto la aflicción y los sentimientos a menudo oscilan entre ambos extremos (ansiedad y desesperanza).

Respecto al duelo sano y patológico, menciona que el sujeto al relacionar con sus contrapartes sanas los diversos procesos patológicos de duelo, los considera como exageraciones o deformaciones de los procesos normales. Cuanto más detallado es el cuadro que obtenemos del duelo sano, más fácil resulta identificar las variantes patológicas como un resultado de la intervención de procesos defensivos que han desviado su curso. La pérdida de una persona amada da origen no sólo a un intenso deseo de reunirse con ella sino también a un sentimiento de ira por su alejamiento y más tarde, a un cierto grado de desapego.

Para este autor, el sujeto en duelo vivencia su pérdida de acuerdo a experiencias infantiles (basado en la premisa de la escuela psicoanalítica y enfocado en sus propias observaciones). Además de que concuerda con las ideas de Klein respecto a que los lactantes y niños pequeños experimentan procesos de duelo y atraviesan fases de depresión, y como esto determina la forma en la que responderán a la pérdida más adelante. Sin embargo agrega que las respuestas de un niño dependen en alto grado de las condiciones prevalecientes en su familia en el momento de la pérdida y luego de ella.

La teoría psicoanalítica aborda a la depresión como un proceso de duelo en el cual es normal que experimente sentimientos encontrados como reacción ante la pérdida del objeto amado, la patología proviene cuando los sentimientos se prolongan y no son manejados por el sujeto. En la teoría Freudiana la melancolía es equivalente a un rasgo patológico donde el proceso doloroso es inconsciente al no saber qué es lo que pierde del objeto de amor.

En el duelo se experimentan diversos sentimientos encontrados, ellos ayudan a la libración del dolor y a elaborar más adelante un proceso de desapego. Bajo las premisas psicoanalíticas se dice el primer duelo que experimentó el sujeto en su infancia (desapego con la madre) determina en gran medida la forma en que experimentarán los duelos posteriores.

Para entender más de la depresión desde la teoría psicoanalítica en el próximo tema a desarrollar se explicara detalladamente el duelo y depresión descrita por la teoría Freudiana.

2.4 Duelo y depresión

De acuerdo con lo explicado en temas anteriores, la depresión se puede definir según distintos autores, pero en general es visualizada como un trastorno del estado de ánimo donde existen características comunes como pérdida de interés en actividades antes placenteras, dificultades en el sueño y/o apetito, sentimientos de tristeza la mayor parte del tiempo que conllevan al paciente a disminuir sus actividades laborales, escolares y sociales.

Ahora bien, el duelo será explicado a continuación desde la perspectiva psicoanalítica Freudiana. Sigmund Freud (1917) plantea que el duelo es una reacción ante la pérdida de una persona amada o de una abstracción donde la persona sabe que pasado un tiempo superará ese sufrimiento. Es decir, lo que refiere Freud es que toda persona enfrentamos un proceso de duelo al perder algo (persona amada u objeto) este dolor se da debido a los sentimientos que depositamos en esa persona y/u objeto, como tal el objeto no duele. Sin embargo, todos podemos depositar sentimientos de amor, odio, experiencias infantiles y felices en ese objeto por eso al enfrentar la pérdida duele lo que perdemos de él pero con el paso del tiempo entenderemos esta pérdida y el duelo se dará por superado. Este proceso se entiende como algo normal, no es un proceso patológico como en el caso de la melancolía que será descrita más adelante.

De este modo se infiere que las descripciones que hace Freud sobre el duelo son equivalentes a lo que hoy conocemos como depresión. En sus estudios él observó ciertos síntomas y rasgos que eran pertenecientes a los procesos de duelo y melancolía.

Para sostener la idea de que el duelo planteado por Freud fue uno de los primeros estudios que se realizó sobre depresión y poder analizar la similitud de ambos términos, a continuación se presenta la sintomatología de la depresión:

- Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso)
- Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días.
- Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días.
- Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
- Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
- Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

- Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
- Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
- Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

La sintomatología antes descrita explica la compilación de los estudios actuales sobre depresión. Regresando a la idea del duelo planteado por la teoría Freudiana, el conjunto de características de la depresión en la literatura actual nos lleva a pensar que en el proceso de duelo se experimentan estos síntomas como forma de enfrentar dicho momento de pérdida.

La reacción ante la pérdida que describe Freud es diferente en cada persona, las emociones que experimenta pueden variar y el tiempo de duración también, por lo que puede generar características similares a lo que conocemos como depresión. Es importante mencionar que la sintomatología descrita por el DSM-V posee especificaciones en cuanto a la duración, intensidad, edad y mezcla con otros trastornos, ya que ello determinará la diferencia entre una situación común que será superada (duelo) y una patología grave (melancolía).

La duración e intensidad de la sintomatología de la depresión psíquicamente dependen de distintos factores:

- Cómo experimentó su primera pérdida y por tanto, su primer duelo
- Mecanismos de defensa ante la situación: por ejemplo la negación
- Los recursos con los que cuenta para hacerle frente a la situación: económicos, afectivos, sociales
- Redes de apoyo: familia, trabajo, amigos.

En general, se puede decir que el duelo se experimenta de diferentes formas en cada sujeto por lo que es importante conocer la historia de vida del mismo.

2.5 Melancolía

Con lo explicado en temas anteriores, el duelo puede ser definido como un proceso normal de reacción ante la pérdida de algo. El objeto y/o persona perdida no genera directamente las emociones y sentimientos, esto se da por los aquellos fantasmas del pasado que se depositaron en él.

La melancolía es descrita por Freud (1917) como un estado anímico profundamente dolido, una cancelación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de toda productividad y una rebaja en el sentimiento de sí que se exterioriza en autorreproches y auto denigraciones y se extrema hasta una delirante expectativa de castigo. En este proceso se da una rebaja en el sentimiento yoico de la persona, existe un empobrecimiento del yo; el yo se vuelve pobre y vacío. El melancólico describe a su yo como indigno, estéril y moralmente despreciable; se hace reproches, se denigra y espera constantemente repulsión y castigo. También puede humillarse ante los demás y conmisera a cada uno de sus familiares por tener lazos con una persona tan indigna.

En su escrito de duelo y melancolía, dicho autor describe además que en la melancolía el sujeto no juzga que le ha sobrevenido una alteración; si no que extiende su autocrítica al pasado; puede llegar a afirmar que ese momento nunca fue mejor. El cuadro de este delirio de insignificancia se completa con el insomnio, repulsión del alimento y un desfallecimiento.

El proceso psicopatológico de la melancolía se explica de la siguiente forma; existió una elección de objeto, una especie de ligadura de la libido a una persona y/u objeto determinado y el resultado de la pérdida es un sacudimiento de ese vínculo de objeto. El resultado no es el normal como sucede en el duelo (la libido se quite de ese objeto y sea desplazado a otro) si no que en la melancolía la libido no se desplazó sino que se retiró sobre el yo. En palabras de Freud:

“Se estableció una identificación del yo con el objeto resignado. La sombra del objeto cayó sobre el yo, quien en lo sucesivo, pudo ser juzgado por una instancia particular como un objeto abandonado. De esta manera, la pérdida del objeto 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 un yo alterado por identificación” (Freud, 1917, p. 238)

Lo anterior explica que, al suceder la pérdida del objeto amado los sentimientos hacia él deben desplazarse a otro objeto amoroso para completarse un duelo sano, sin embargo en la melancolía esto no sucede. En cambio, esos sentimientos son depositados en el yo y esto desencadena la sintomatología que caracterizan al cuadro depresivo patológico (grave).

En el proceso de duelo se experimentan las emociones por haber perdido aquello que se depositó en el objeto de amor, en cambio en la melancolía el sujeto no sabe lo que perdió, es una pérdida inconsciente. Existe una gran incapacidad para elaborar la pérdida y esto conlleva a un conflicto de ambivalencia de sentimientos de amor y odio.

En la melancolía, si el amor por el objeto se refugia en una identificación narcisista, el odio se ensaña con ese objeto sustitutivo de modo que lo insulta, denigra y lo hace sufrir. Este tipo de automartirio es gozoso para el paciente por cubrir esas tendencias sádicas y de odio que recaen sobre el objeto y por la vía indicada han experimentado una vuelta hacia la persona propia. En ambas afecciones suelen lograr los enfermos, desquitarse de los objetos originarios y martirizar a sus amores por intermedio de su condición de enfermos, tras haberse entregado a la enfermedad a fin de no tener que mostrarles su hostilidad directamente. Este sadismo explica los deseos e intentos de suicidio del melancólico; registra deseos de suicidio que no vuelva sobre sí mismo a partir del impulso de matar a otro.

La relación con el objeto en el proceso melancólico se complica por un conflicto de ambivalencia. Esta es inherente a todo vínculo de amor del yo, o nace de las vivencias que conllevan la amenaza de la pérdida del objeto. Por ello en la melancolía existen constantes batallas entre el odio y amor. De esta forma el yo se menosprecia y se enfurece contra sí mismo, a su vez afloja la fijación de la libido al objeto desvalorizándolo, rebajándolo y victimizándolo.

En los escritos de Freud ya se observaba la diferencia entre un proceso normal y uno patológico, incluso se describe sintomatología que se estudió en diversos pacientes y comenzó a hablarse del acto de suicidio que sucede generalmente en la melancolía. Esto sin duda es equivalente a lo que conocemos como depresión grave, en el cual este trastorno se caracteriza por un periodo prolongado de la tristeza y desinterés en la vida del paciente.

Es importante realizar la diferenciación entre duelo y melancolía, por ello en base a los trabajos de Freud (1917) y después del análisis presentado en los párrafos anteriores se resume lo siguiente:

- El duelo se puede definir como una respuesta ante la pérdida de un objeto y/o persona. El dolor no es como tal por ese objeto si no por los sentimientos que el paciente depositó en ese objeto, ese objeto se convirtió en un objeto de amor.
- La melancolía es un proceso inconsciente en el cual el paciente no sabe qué es lo que perdió en el objeto.
- En el duelo se sabe que en algún momento se saldrá del proceso, no con exactitud cuándo pero se es consciente que es temporal.
- En ambos, duelo y melancolía se experimentan diversas emociones y sentimientos ante la pérdida. Esta pérdida no siempre es la muerte o alejamiento total del objeto y/o persona, puede solo ante la ausencia del objeto amoroso.
- Lo que diferencia un proceso normal a uno patológico es la reacción ante la pérdida. En el duelo, los sentimientos que se tenían hacia el objeto perdido son

desplazados hacia otro, mientras que en la melancolía esos sentimientos se desplazan hacia la estructura yoica y eso causa un empobrecimiento en el yo, interpretado como sentimientos profundos de tristeza y autodestrucción.

- Por lo anterior se puede considerar al proceso de duelo como algo normal y pasajero que cualquier persona experimenta ante una pérdida. En la actualidad es lo equivalente a lo que conocemos como depresión leve. La melancolía al provocar sintomatología en exceso destructiva se considera un proceso patológico que puede llevar al sujeto al suicidio, lo hoy equivalente a depresión grave.
- En el duelo se viven síntomas como pérdida de interés en actividades y sentimientos dolidos que pueden sobrellevarse con la vida cotidiana.
- Los síntomas característicos de la melancolía son un estado anímico profundamente dolido, una cancelación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de toda productividad y una rebaja en el sentimiento de sí que se exterioriza en autorreproches y auto denigraciones y se extrema hasta una delirante expectativa de castigo.

Sin duda el hecho de perder una persona y/u objeto de amor es un hecho impactante para la vida de cualquier paciente donde se experimentan distintas emociones y sentimientos que pasan del amor al odio o viceversa. El proceso doloroso es normal al vivir la pérdida de ese objeto amoroso.

En su escrito duelo y melancolía (1917), Freud explica que en la melancolía no existe capacidad en la persona para enfrentar y elaborar un duelo sano debido a que es un proceso inconsciente; la persona no sabe con exactitud que pierde en ese objeto amoroso y ello desencadena la serie de síntomas depresivos. Por tanto, la melancolía se considera como una depresión grave debido al profundo dolor que vive la persona y como este no puede ser manejado con sus recursos emocionales e intelectuales, lo llevan a interferir directamente en todas las áreas de su vida; social, económica, laboral y familiar. El principal peligro de la melancolía es cuando el paciente al empobrecerse su estructura yoica y sentirse sin salida pueda cometer una conducta suicida.

2.6 Depresión y pulsión de muerte

La conducta suicida ha sido estudiada a lo largo del tiempo, generalmente es asociada a problemas del estado de ánimo. Sin duda la depresión es la principal causa de los intentos de suicidio y representa un riesgo de salud pública ya que contribuye significativamente a los índices de mortalidad a nivel mundial.

Respecto a la evidencia epidemiológica, los diagnósticos que más se relacionan con el suicidio son la esquizofrenia, los trastornos afectivos y el alcoholismo. Dentro de esto se estima que alrededor del 10-15% de los pacientes con esquizofrenia fallecen por suicidio y entre el 2 y 15 % de los pacientes con depresión cometen suicidio. (Alarcón, Mazzoti & Nicolini, 2007)

Los factores que actúan como estresantes en el paciente para cometer suicidio son: psicobiológicos (presencia de algún trastorno psiquiátrico e intoxicación por sustancias), ambientales (imitación en un grupo, crisis familiares, financieras o sociales), neurobiológicos (disminución de la función serotoninérgica, agresividad/impulsividad y enfermedades físicas que afectan al sistema nervioso central como esclerosis múltiple, enfermedad de Huntington, epilepsia e infección por VIH.)

Ante estas circunstancias es importante evaluar el riesgo suicida, Alarcon, Mazzoti & Nicolini (2007) nos recomienda valorar los siguientes elementos: sociodemográficos (edad, economía, sexo), si hay presencia de depresión, ansiedad o agitación: durante las últimas dos semanas, rasgos impulsivos y/o agresivos, abuso de alcohol y fármacos, enfermedades, sentimientos de desesperanza (pérdida de las principales razones para vivir), ideación suicida (pensamientos acerca de la muerte o suicidio o ensayos preliminares), antecedentes personales y familiares (historia de autolesiones y conducta suicida en la familia) y autolesiones.

Esta información presentada es descrita por la literatura psiquiátrica y estudios médicos. Es importante tenerlos en cuenta para poder detectar los signos de alerta ante una posible conducta suicida y cuando se presente un caso de depresión poder evaluar el riesgo suicida del paciente. Cabe aclarar que en el estudio de caso que se presentó en esta investigación no se encuentran rasgos suicidas.

A continuación se describe como la psicología aborda el suicidio y posteriormente cómo es abordado desde las teorías psicodinámicas: la pulsión de muerte.

De acuerdo con Bedout (2008) la personalidad del sujeto suicida es una con problemas de salud mental en tanto que no posee un adecuado nivel de expresión de sus capacidades, intereses y cualidades acordes con los valores sociales de su entorno.

Existen algunos rasgos de personalidad predominantes en los suicidas como lo son: agresividad, irritabilidad, baja tolerancia a la frustración, aislamiento social, desesperanza e impotencia, concepto pobre sobre sí mismos y escasa capacidad para resolver problemas. Sin embargo, esto no es determinante, en sujetos vulnerables

algunas experiencias pueden ser vistas como catastróficas y desencadenar el proceso suicida.

Lo anterior sucede especialmente cuando existe dependencia del alcohol y otras drogas, antecedentes de abusos físicos o sexuales en la infancia, aislamiento social, enfermedades somáticas dolorosas o discapacitantes y trastornos como depresión o esquizofrenia.

Respecto a la depresión en específico, cuando existen expectativas negativas sobre el futuro y hay una ausencia de motivación en lo cotidiano, ocurren déficits cognoscitivos que interfieren con lo motriz y emocional. Por ello, la desesperanza se correlaciona con la ideación suicida. Además quien intenta o logra suicidarse pasa por un estado de ansiedad en el momento del acto, por ello las personas que sufren ansiedad tienen un mayor riesgo de cometer suicidio en comparación con la población general.

Por su parte, la teoría psicoanalítica postula que la depresión se debe a la pérdida real o imaginaria del ser u objeto amado, dando como respuesta comportamientos de agresividad, rabia y culpa, por lo que los cuadros depresivos y la conducta suicida están estrechamente relacionados.

En el suicidio, la agresión se dirige hacia la propia persona, tratándose de un acto humano de cesación auto-inflingida intencional donde la persona es incapaz de dominar una situación percibida como insoportable y convencida de que no existe salida, planea y ejecuta una auto-lesión. (Dubugras & Guevara citado en Bedout, 2008).

Para Sigmund Freud (1920) en su escrito más allá del principio de placer, plantea que el comportamiento del suicida está asociado a la falta de elaboración de conflictos no resueltos que se unen a sucesos o experiencias relacionadas con la estructura de la personalidad y situaciones estresantes y tiene que ver con una intención de descarga de una emoción reprimida.

El mecanismo psíquico del suicidio en la neurosis consiste en que el sujeto ha vuelto sobre sí mismo el impulso de matar al otro, contra el que está prohibido la agresión. Al ser inconfesable el odio al objeto amado, la pulsión de muerte se vuelca sobre el sujeto como autoreproche y autodestrucción. Es así como de acuerdo con la teoría Freudiana existe una lucha entre Eros y Thanatos (pulsión de vida y muerte).

La pulsión de muerte se encuentra latente en todas las personas y se puede entender como aquellas tensiones que se dirigen primariamente hacia el interior, tendiendo a la autodestrucción y posteriormente al exterior manifestándose contra el mundo y otros seres vivos. (Laplanche & Pontalis, 2004).

Estas conductas de autodestrucción están relacionadas con la melancolía, Freud (1917) describe que la melancolía se caracteriza por un sentimiento profundamente dolido, cancelación del interés por el mundo exterior, pérdida de la capacidad de amar, inhibición de productividad, una rebaja en el sentimiento de sí que se exterioriza en autoreproches, autodenigraciones y una expectativa de castigo. En el proceso melancólico se produce una desvalorización del yo, el cual es maltratado por el superyó volcándose contra la estructura yoica mediante conductas autodestructivas y comienza

a castigar al yo con actos como pérdida de autoestima, autoflagelarse, culparse, dejar y/o comer en exceso, descuidar su aspecto físico y llegar incluso a las ideas o conductas suicidas.

Por ello el enfermo melancólico describe a su YO como indigno, estéril y moralmente despreciable; se hace reproches, se denigra y espera repulsión y castigo. Se humilla ante todos los demás y conmisera a cada uno de sus familiares por tener lazos con una persona tan indigna. No juzga que le ha sobrevenido una alteración, sino que extiende su autocrítica al pasado. El cuadro de este delirio de insignificancia que se completa con el insomnio, la repulsa del alimento y un desfallecimiento. (Freud, 1917)

Es así como la pulsión de muerte descrita por la teoría Freudiana está relacionada con la melancolía; al empobrecerse la estructura yoica del paciente depresivo se activa la pulsión de muerte por medio de conductas que se manifiestan como síntomas; el paciente se autolesiona y castiga debido a que se percibe como indigno.

2.7 Diagnóstico de la depresión

Para elaborar el diagnóstico de la depresión primero se debe revisar la sintomatología referida por el paciente, en general este trastorno se caracteriza por una pérdida de interés en actividades que antes eran placenteras, aplanamiento afectivo, autoestima baja manifestada principalmente en un desalineo, dificultad para conciliar el sueño o exceso del mismo, aumento o pérdida de peso, sentimientos de desesperanza o abandono, movimientos físicos lentos, cansancio y falta de energía, entre otros. Como ya vimos en temas anteriores, los tipos de depresión que se conocen actualmente son muy variados por lo que hay que comenzar a diferenciar a qué tipo de depresión se pudiera estar refiriendo.

Es importante utilizar las herramientas con las que contamos los psicólogos como profesionistas; la historia clínica nos servirá para conocer los antecedentes patológicos y familiares. Se sabe que no existe una sola causa de la depresión pero existen estudios que demuestran que aquellos pacientes que tienen familiares con antecedentes depresivos u otros trastornos tienen mayor probabilidad de desarrollar depresión, por ello conocer dichos antecedentes puede ser de gran ayuda para guiar nuestro diagnóstico. Además saber si existe una enfermedad relevante como cáncer, hipo/hipertiroidismo, entre otras y si consume algún tipo de medicamento o sustancia adictiva nos permitirá tener un marco de referencia sobre el diagnóstico.

La labor del psicólogo clínico es emitir un diagnóstico con base a las herramientas de conocimiento. Se puede encontrar en la historia clínica y a través de nuestras observaciones algunos signos y síntomas que nos refieran a un tipo de depresión y, a partir de ello utilizar algunos cuestionarios estandarizados y pruebas psicométricas como el dibujo de la figura humana de Karen Machover, HTP y otros elementos proyectivos. Además de estas pruebas existen cuestionarios estandarizados que pueden indicar si existen rasgos de depresión y ansiedad como lo es el inventario de depresión de Beck e Idare.

El psicólogo cuenta con las siguientes herramientas para elaborar el diagnóstico de depresión:

- Entrevista inicial: mediante ella se obtiene información relevante como lo es la edad, dirección, ocupación, datos socioeconómicos, antecedentes patológicos, historia de su desarrollo y datos importantes de su vida actual. En el caso de esta investigación se recolectó principalmente datos de la historia de desarrollo del paciente y familiar.
- Historia clínica: posterior a varias sesiones donde se ha profundizado más sobre el paciente se realiza una historia clínica que recolecta los datos más significativos obtenidos en las entrevistas. Generalmente una historia clínica se compone de lo siguiente: composición familiar, familiograma, dinámica familiar, desarrollo psicomotor, aspectos patológicos (personales y heredofamiliares), hábitos, conducta, juegos e intereses, área escolar, laboral, social y eventos

significativos actuales. Para este estudio de caso se formó una historia clínica mediante la recopilación de los datos obtenidos en las sesiones y posteriormente ésta sirvió para realizar el análisis del caso.

- Pruebas proyectivas: Para evaluar depresión se pueden utilizar HTP (dibujo de persona, árbol y casa), Dibujo de la figura humana de Karen Machover, CAT/TAT (Test de apercepción temática), Test de Rorschach, entre otros. En específico para esta investigación se aplicó Dibujo de la Figura Humana de Karen Machover y Dibujo de la Familia. Ellas con el fin de indagar más acerca de la sintomatología que presentaba el paciente y la dinámica familiar.
- Inventarios estandarizados: los más reconocidos actualmente por su validez son Beck e Idare. En este estudio de caso no se aplicó ninguno debido a que el paciente dejó de asistir a las sesiones.
- Observación de signos y síntomas: estos se obtienen mediante las sesiones, los pacientes que presentan depresión generalmente se muestran con apatía, encorvados, evitan la mirada, su lenguaje es más lento, su apariencia física es descuidada (la forma y color de vestimenta), entre otros. En este rubro es importante ser cuidados e indagar sobre otras patologías que puedan ser el origen de alguno de estos rasgos.

Es importante mencionar que elaborar un diagnóstico no es sencillo y que una sola prueba no logra un diagnóstico objetivo y correcto de un trastorno, por ello se debe aplicar distintas pruebas que corroboren la información y no sólo ello, corroborarlo mediante las otras técnicas como la entrevista, historia clínica y la observación del paciente. Además se debe considerar que como profesional el psicólogo sabe hasta dónde llegan sus conocimientos. En algunos casos se puede tener duda acerca del diagnóstico por lo que se debe referir a otro profesional para que por medio de una intervención multidisciplinaria se elabore un diagnóstico y tratamiento correcto para el paciente.

Una vez obtenido el diagnóstico de forma objetiva pasaremos a explicar cómo se elabora un tratamiento del trastorno depresivo.

2.8 Tratamiento

El tratamiento de la depresión se elabora de acuerdo al paciente y el tipo de depresión que padece para ello primero debe elaborarse un diagnóstico acertado. Se puede decir que la depresión se trata con base a dos grandes divisiones; el tratamiento farmacológico y la psicoterapia. Ello nos indica que para lograr un mejor resultado es necesaria una intervención multidisciplinaria de la ciencia médica y psicológica. Sin embargo, existen pacientes que con el tratamiento psicoterapéutico pueden superar la depresión y algunos otros que debido a la gravedad del cuadro (síntomas graves que pueden llevar a ideas suicidas) deben llevar además un tratamiento farmacológico vigilado por el psiquiatra. A continuación se describe brevemente este tratamiento.

De acuerdo Alarcón, Mazzoti & Nicolini (2007) el tratamiento de la depresión debe conceptualizarse como un proceso a largo plazo y por ello es importante que el paciente sea educado de manera rutinaria acerca del curso natural de la enfermedad y la necesidad de adherencia al tratamiento (utilizar la psicoeducación). Con ello se debe informar al paciente el diagnóstico emitido, el pronóstico y el tratamiento que se llevará a cabo. Además estos autores mencionan que es importante llevar un monitoreo constante de los signos y síntomas durante el tratamiento para valorar la evolución del tratamiento.

Brailowsky (2012) considera que la depresión es causada por desequilibrios en la regulación de ciertos neurotransmisores, en particular las catecolaminas (noradrenalina y dopamina), y la serotonina, por lo que el tratamiento con antidepresivos se logra al restablecer algunos de esos desequilibrios.

De acuerdo con este autor, los antidepresivos se pueden clasificar de acuerdo a su estructura química en tres grandes grupos; antidepresivos heterocíclicos (bi, tri y tetracíclicos), inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) y los no heterocíclicos o atípicos.

El tratamiento de antidepresivos puede durar meses o años y generalmente el paciente llega a consumir otros medicamentos por lo que el especialista debe vigilar la interacción medicamentosa.

Los IMAO tienen la propiedad de antagonizar a la enzima que metaboliza las catecolaminas, lo cual prolonga el efecto de estos neurotransmisores y aumento en sus niveles cerebrales. El peligro de ellos es que haya aumentos bruscos y graves de la presión arterial. La aparición del efecto antidepresivo se observa entre 10 días y 4 semanas de iniciado el tratamiento.

Los antidepresivos no heterocíclicos son sustancias que inhiben la recaptación de la serotonina, dado que la recaptación es una de las formas de inactivación de este neurotransmisor, el efecto neto es potenciar los efectos del neurohumor. Los más utilizados por ahora son la fluoxetina y sertralina.

El tipo de antidepresivo que será recetado y dosis será valorado por el psiquiatra de acuerdo al tipo de depresión del paciente, el sexo, la edad y la intensidad de la sintomatología.

Rojteberg (2006) menciona que los tiempos de tratamiento antidepresivo se pueden dividir en tres fases:

- Fase aguda del tratamiento: aquí está destinado a aliviar los síntomas del cuadro depresivo y restablecer el funcionamiento psicosocial. Esta fase dura aproximadamente de 4 a 12 semanas, aunque se debe tomar en cuenta que el tiempo de respuesta al iniciar el tratamiento varía de persona a persona.
- Fase de continuación: la administración del medicamento debe ser continua, con dosis constantes, con mejoría progresiva y sin factores que motiven la suspensión del tratamiento, aunque haya sido modificada la dosis. En esta fase es muy común que los pacientes disminuyan la dosis del medicamento, este es un signo de alarma ya que esto puede generar una recaída en el proceso depresivo. La disminución de la dosis debe ser vigilada por el médico especialista y de forma gradual, progresiva, constante y diferenciada.
- Fase de mantenimiento: el objetivo principal es prevenir la reaparición de la sintomatología depresiva. Esta fase es muy relativa ya que cada caso es particular; en pacientes donde se presenta por primera vez la depresión esta fase puede durar poco en contrario de aquellos pacientes recurrentes o con antecedentes depresivos familiares.

Durante estas tres fases es importante que el paciente conozca el tratamiento a seguir, la dosis y el tiempo aproximado de consumo del fármaco así como también los beneficios y efectos secundarios. Esto con el fin de evitar en la mayor medida posible que el paciente disminuya, aumente o suspenda la medicación sin previa autorización del médico tratante. Es muy común que ante la disminución de la sintomatología muchos pacientes decidan abandonar el tratamiento y vigilancia, por ello la psicoeducación juega un papel esencial en el proceso del tratamiento.

El uso de antidepresivos es un tema totalmente valorado por el psiquiatra sin embargo, el psicólogo debe conocer las bases farmacológicas del medicamento que consume su paciente ya que en muchas ocasiones estos generan efectos secundarios que pueden interpretarse como conductas alerta. Además de poder guiar al paciente ante algunas dudas generales que tenga sobre ellos.

Ahora se mencionará el tratamiento por medio de psicoterapia. Algunos autores mencionan que la terapia cognitivo conductual es la más eficaz para ayudar al paciente a disminuir la sintomatología en menor tiempo a través de las técnicas utilizadas por este método.

De acuerdo con Campbell citado en Beck (1976) se sugieren los siguientes pasos para el tratamiento psicoterapéutico de la depresión:

- Elaborar un diagnóstico apropiado: elaborar todas las pruebas y estar seguros del diagnóstico.
- Explicación de síntomas al paciente
- Eliminar los factores ambientales estresantes: brindar al paciente y familia información de la enfermedad.
- Psicoterapia
- Reposo y tranquilidad: brindar herramientas al paciente sobre cómo relajarse y bajar el estrés ante la enfermedad.
- Sugerir una terapia ocupacional extra: recomendar actividades que reduzcan la ansiedad y el estrés.
- Brindar herramientas de información al paciente como libros o revistas para que se documente acerca de la enfermedad.

Beck (1976) plantea que la psicoterapia de apoyo es un método eficaz para el tratamiento de la depresión. En ella se utilizan algunas técnicas para tranquilizar al paciente para que pasadas algunas sesiones el paciente pueda llegar a la catarsis mediante la comunicación de sentimientos y preocupaciones al terapeuta. En muchas ocasiones la liberación emocional producida por el llanto origina un notable alivio de los síntomas y mediante esta catarsis el terapeuta logra identificar los principales patrones de desadaptación e insatisfacción del paciente. También sugiere hacer cambios en las actividades del paciente, ello incluye incrementar actividades ocupacionales o modificar estilos de vida y horarios para romper con los patrones de rutina del paciente.

De acuerdo con Vázquez, Muñoz & Becoña (2000) la psicoterapia en el tratamiento de la depresión ha ido evolucionando e incrementando a través de los años. La terapia conductual es la más conocida y se basa en mejorar las habilidades sociales y de comunicación, mejorar su respuesta ante conductas adaptativas y la disminución de experiencias de vida negativas. Mientras que el entrenamiento en habilidades sociales desarrolla intervenciones en las que se entrena a los pacientes deprimidos en la reducción de ansiedad interpersonal, modificación de creencias y un entrenamiento directo de la conducta. Este tipo de terapia es breve, generalmente no dura más de doce semanas y puede realizarse individual o en grupo. En la terapia interpersonal el objetivo principal es identificar y buscar solución a las dificultades que tiene el paciente en su funcionamiento interpersonal, generalmente se incluye penas no resueltas, disputas interpersonales y aislamiento social.

Por otra parte Navas & Vargas (2012) mencionan que la psicoterapia breve de apoyo al paciente depresivo se caracteriza por establecer una relación empática con el paciente, mostrar una actitud comprensiva, brindar soporte emocional, proporcionar una explicación de la sintomatología al paciente así como del tratamiento y pronóstico, buscar redes de apoyo familiares y sociales, establecer con el paciente objetivos realistas y tratar de reincorporar al paciente en sus actividades. Este tipo de terapia es inmediata y se utiliza de forma muy breve.

Posterior a realizar esta intervención inmediata, estos autores describen que en la intervención psicoterapéutica existen 4 grandes enfoques para tratar la crisis de los pacientes deprimidos:

- Psicoterapia de apoyo: su objetivo es contener la ansiedad del paciente ofreciendo un espacio de escucha y empatía para orientar al paciente sobre cómo enfrentar las situaciones precipitantes de una crisis. Este estilo es dialogado por lo cual la empatía y una buena relación entre terapeuta y paciente es esencial.
- Psicoterapia interpersonal: identifica los síntomas depresivos y factores precipitantes. Aborda las relaciones interpersonales y se centra en el contexto social e inmediato del paciente, el terapeuta ocupa un rol activo.
- Psicoterapia cognitivo-conductual: identifica las creencias y actitudes distorsionadas acerca del evento precipitante, busca el origen de los síntomas en el entorno del paciente y la forma en que se enfrentan estos. Es dirigida a la modificación de comportamientos y pensamientos.
- Psicoterapia dinámica: indaga sobre los posibles conflictos pasados que interfieren como factores precipitantes. Busca la autonomía del paciente y considera que el cambio se produce a través del vínculo con el terapeuta, en el desarrollo y análisis de la transferencia.

En el tratamiento psicoanalítico de la depresión se explora a través del discurso el origen de la sintomatología que afecta directamente a los pensamientos y emociones del paciente. Se sabe que en algunos casos la depresión proviene de ansiedades infantiles reprimidas, de procesos de duelo y melancólicos donde el yo es denigrado por el superyo provocando conductas de autodestrucción que se manifiestan en lo conductual mediante la pérdida de interés en actividades, pérdida o aumento de peso, baja autoestima, desalineo, aplanamiento afectivo y pensamientos suicidas. Por ello la terapia psicoanalítica es eficaz con estos pacientes ya a través de la palabra y la relación entre el analista y paciente permiten la apertura e indagación del origen de esos síntomas. (Bleichmar, 1982)

Existen otras psicoterapias que se basan en objetivos específicos por lo que disminuyen la sintomatología de forma rápida, sin embargo existe el riesgo de que al no indagar el origen de la patología pueda recaerse en ella. Por lo que el psicoanálisis ofrece esa herramienta; a pesar de llevar un proceso psicoterapéutico largo se encuentra el origen del problema.

Sin embargo es importante mencionar que cada escuela de la psicología tiene ventajas y desventajas en el tratamiento de la depresión; algunas implican mayor número de sesiones, otras contribuyen al manejo de sintomatología de forma más rápida, entre otras. El psicoanálisis en particular fue de las escuelas psicológicas pioneras en investigar la depresión, en el texto duelo y melancolía Freud realiza las primeras descripciones de la sintomatología. En específico sobre el tratamiento de la depresión desde el psicoanálisis, Blatt (1988) menciona que en un estudio reciente hecho por el Instituto Nacional de Salud Mental se comparó el tratamiento de pacientes depresivos en un tratamiento breve de 17 semanas donde recibieron apoyo de terapia cognitivo-conductual, terapias interpersonales, con medicamentos (imipramina) y en condición de placebo. Se encontró que las terapias interpersonales y la imipramina fueron más efectivas que las otras dos.

Se atribuye la efectividad de los tratamientos psicodinámicos a la reducción de ansiedad y angustia a través de la palabra. Es decir, en el psicoanálisis a través de sus extensas sesiones logra que el paciente encuentre el porqué del síntoma, enfrente sus sentimientos y encuentre una forma de salir de su problemática.

Sin embargo, ante cualquier tipo de psicoterapia que se utilice, el paciente y su personalidad tiene mucho que ver ante la efectividad del tratamiento. Por ello a continuación se mencionarán los estilos de afrontamiento.

Los estilos de afrontamiento pueden entenderse como aquellas formas que tiene el sujeto para hacerle frente a una situación estresante. Es diferente en cada uno de ellos y se clasifican principalmente en 7.

El afrontamiento fue estudiado por la psicología desde los años 40. La literatura empírica del afrontamiento se deriva de la experimentación tradicional con animales. En el cual el afrontamiento se define como aquellos actos que controlan las condiciones aversivas del entorno, disminuyendo por tanto, el grado de perturbación psicofisiológica producida por estrés. (Lazarus & Folkman, 1986)

Consiste en el conjunto de respuestas conductuales, aprendidas que resultan afectivas para disminuir el grado de arousal mediante la neutralización de una situación peligrosa o nociva. (Miller citado en Lazarus y Folkman, 1986)

El planteamiento del afrontamiento como proceso tiene tres aspectos principales; primero, el que hace referencia a las observaciones y valoraciones relacionadas con lo que el individuo realmente piensa o hace, en contraposición con lo que éste generalmente hace o haría en determinadas situaciones, segundo, lo que el individuo realmente piensa o hace es analizado dentro de un contexto específico, los pensamientos y acciones de afrontamiento se hallan siempre dirigidos hacia condiciones particulares, y, tercero, hablar de un proceso de afrontamiento significa hablar de un cambio en los pensamientos y actos a medida que la interacción va desarrollándose.

Las estrategias de afrontamiento dirigidas a un problema son utilizadas para la resolución de éste, generalmente están dirigidas a la definición del problema, a la búsqueda de soluciones alternativas, a la consideración de tales alternativas en base a su costo y a su beneficio y, a su elección y aplicación

Los recursos de afrontamientos descritos por Lazarus y Folkman (1986) son:

Salud y energía: el papel desempeñado por el bienestar físico se hace particularmente evidente cuando hay que resistir problemas e interacciones estresantes que exigen una movilización importante. Es más fácil afrontar una situación cuando se encuentran bien de salud.

Creencias positivas: creencias generales y específicas que sirven de base para la esperanza y que favorecen el afrontamiento en las condiciones más adversas. La esperanza puede ser alentadora por la creencia de que la situación puede ser controlable, de que uno tiene la fuerza suficiente para cambiarla, de que una persona o un programa determinado resultarán eficaces.

Habilidades sociales: facilitan la resolución de los problemas en coordinación con otras personas, aumentan la capacidad de atraer su cooperación o apoyo y, en general, aportan al individuo un control más amplio de las condiciones sociales.

Apoyo social: el hecho de tener a alguien de quien recibir apoyo emocional, informativo y/o tangible ayuda al individuo a soportar la situación.

Recursos materiales: hacen referencia al dinero, bienes y servicios.

De lo anterior, autores en la actualidad han seguido investigando los estilos de afrontamiento. Se creó el CAE; Cuestionario de Afrontamiento al Estrés, el cual está basado en la teoría de Lazarus y Folkman. Fue validado en el año 2003 por Sandín y Chorot, consta de 42 ítems y evalúa 7 formas de afrontamiento comprobado por un análisis factorial con 592 sujetos (focalizado en la solución del problema, autofocalización negativa, reevaluación positiva, expresión emocional, evitación, búsqueda de apoyo social y religión). (González & Landero, 2007)

Los estilos de afrontamiento nos indican que no todos los pacientes reaccionan de la misma manera ante la enfermedad y su diagnóstico. Hay demasiada influencia de su edad, nivel socioeconómico, familiar, cultural y de creencias. Por ello también es importante evaluar mediante la entrevista clínica qué tipo de afrontamiento ha predominado en el paciente a lo largo de su vida para conocer el pronóstico del paciente y evolución de la enfermedad.

La depresión a lo largo de este capítulo ha sido descrita desde una perspectiva psiquiátrica y psicológica. La primera con el fin de tener la noción básica del aspecto biológico y etiológico de la misma; como psicólogos es nuestro deber estar capacitados e informados de las áreas afines a nuestro campo de estudio y, desde la perspectiva psicológica debido a que la presente investigación realiza un análisis psicológico bajo la escuela psicoanalítica. Revisamos a los principales autores que hablan sobre el duelo como lo es Freud y Bowlby para entender cómo una persona puede vivir una pérdida y de esta forma convertirse en una patología como lo es la depresión y, en casos más extremos llegar al suicidio. Fue descrito cómo se elabora el diagnóstico y tratamiento de la depresión bajo la perspectiva psicológica.

Esto abre pauta a los siguientes capítulos donde se analizó un estudio de caso de un paciente a lo largo de 21 sesiones donde a través de las observaciones y sintomatología presentada se creó la hipótesis de la existencia de depresión, por ello a través de la historia clínica y pruebas psicométricas aplicadas se corroboró que el origen de esta sintomatología provenía del ambiente familiar; en específico el vínculo con sus padres. Para ello, la información presentada en párrafos anteriores servirá como guía para entender la información a continuación descrita.

CAPÍTULO 3 METODOLOGÍA Y ESTUDIO DE CASO

3.1 Objetivo general

Analizar mediante un estudio si existe relación entre el vínculo materno en la primera infancia y los síntomas depresivos abordado desde un enfoque psicoanalítico.

3.2 Objetivos específicos

- Describir la sintomatología depresiva del paciente a través del contenido manifiesto presentado en su discurso y el latente, observado durante las sesiones y pruebas aplicadas.
- Analizar el tipo de vínculo que se estableció entre madre hijo en los primeros años de vida.
- Conocer por medio del discurso, historia clínica y pruebas aplicadas si la madre transmitió la sintomatología depresiva a su hijo.

CONFIDENCIALIDAD

Para efectos de este estudio se siguen los lineamientos de confidencialidad del código ético del psicólogo de la Sociedad Mexicana de Psicología (2009) por lo cual los nombres del paciente, familiares e información privada fueron cambiados con el fin de proteger la integridad de los participantes.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El consentimiento informado se realizó de forma oral. Durante la primera sesión se acordó que la información obtenida podría ser utilizada sólo con fines académicos y de investigación respetando la identidad e integridad del paciente y sus familiares.

3.3 Estudio de caso

El estudio de caso que se describe a continuación es de un niño de 7 años que se presenta acompañado de su madre e ingresa en calidad de paciente en una clínica de atención psicológica dentro de una institución de educación superior en el periodo aproximado de septiembre de 2014 a junio de 2015. Durante 21 sesiones se realizaron evaluaciones por medio de entrevista, análisis del discurso y pruebas psicológicas que nos llevó a la integración del estudio de caso.

3.4 Historia clínica

3.4.1 Descripción del sujeto

Francisco es un paciente de 7 años, físicamente de estatura promedio, ojos color café oscuro, cabello negro y quebrado, tez morena y se observa sobrepeso. Se muestra cohibido al relacionarse con otros y tímido al hablar.

3.4.2 Ficha de identificación

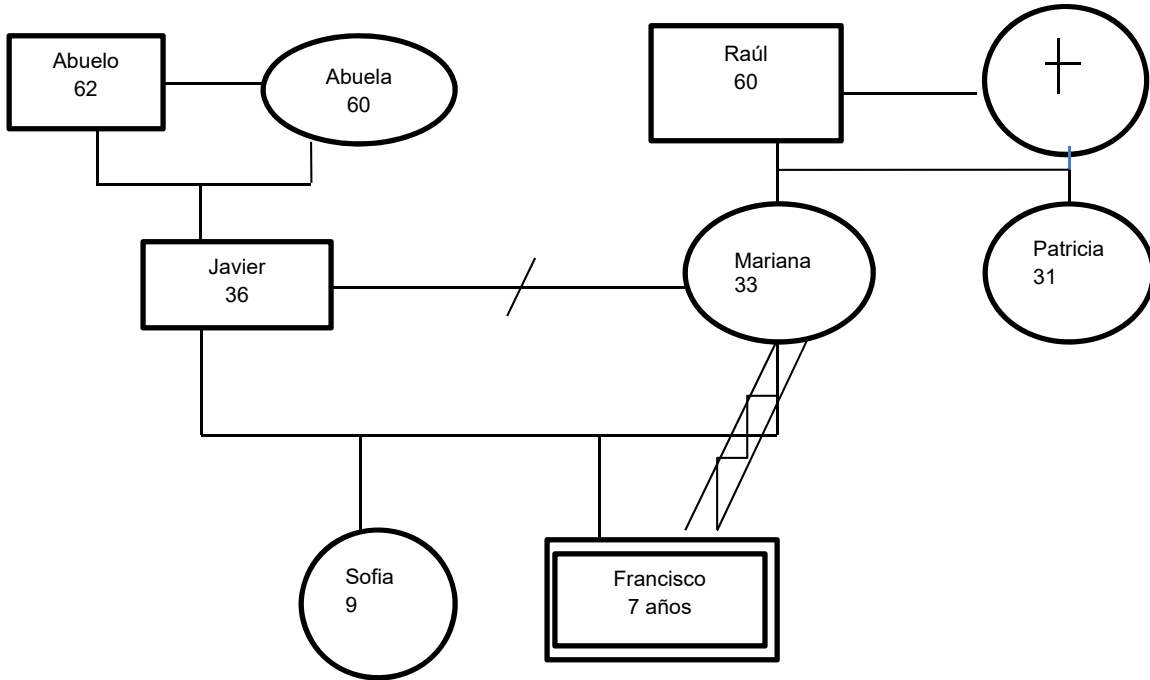
Paciente	Familiares
Nombre: Francisco Edad: 7 años Grado escolar: 2do de primaria	Madre: Mariana Edad: 33 años Ocupación: empleada
Dirección: El rosario, Azcapotzalco. DF	Padre: Javier Edad: 36 años Ocupación: empleado de tiempo completo

3.4.3 Motivo de consulta

La señora Mariana se presenta a la clínica de la institución para solicitar atención psicológica para su hijo Francisco de 7 años debido a que las relaciones interpersonales del paciente son pobres; no se relaciona con sus compañeros, ellos lo agreden, le hacen burlas y él responde con agresión. En una ocasión, una compañera no quiso juntarse en el recreo con él y su reacción fue picarla con un lápiz.

Mediante las sesiones y aplicación de pruebas se descubrió que el contenido latente del motivo de consulta es un conflicto emocional debido a la disfunción familiar; su mamá trabaja y presta poca atención a su hijo, su padre es muy distante a él y la convivencia con su hermana es poca. Lo anterior provoca que el paciente sea inseguro y no logre relacionarse con sus compañeros de clase; constantemente menciona pensamientos de inferioridad diciendo que es una albóndiga y que nadie lo quiere. Las principales emociones que expresa son tristeza y enojo.

3.4.4 Familiograma



Simbología



Los datos más significativos de la dinámica familiar son los siguientes:

- La relación entre Mariana y Javier es ambivalente: están separados pero por temporadas reanudan su relación.
- Sofía y Francisco tienen una relación distante debido a sus distintas actividades conviven muy poco.
- Javier está ausente de sus hijos: convive muy poco con ellos argumentando que es debido a su trabajo. Francisco demanda el afecto de su padre durante las sesiones.
- Patricia es una madre demandante
- Raúl (abuelo) es la representación de la figura paterna para Francisco
- No hay relación con los abuelos paternos

3.4.5 Historia del desarrollo

- Desarrollo del embarazo y en los primeros años de vida

La señora Mariana refiere que el embarazo transcurrió con normalidad y que ella tenía deseos de ser madre: no hubo complicación alguna en el parto, este fue natural cumpliendo los 9 meses de gestación.

La alimentación se dio por medio de lactancia materna hasta los 9 meses de edad, no presentó problemas de succión. De acuerdo con la madre del paciente la etapa de lactancia materna fue cubierta conforme a las necesidades de Francisco: al principio pedía comer cada 3 a 4 horas. Después fue sustituida por formulas y posterior a ello con papillas. Las cuales fueron aceptadas por Francisco con facilidad.

Comenzó a gatear aproximadamente a los 8 meses y a levantar su cuerpo aproximadamente a los 10. La señora Mariana refiere que empezó a caminar al año, 2 meses y su primera palabra fue “mamá”. Francisco fue cuidado por su madre los primeros dos años de vida, posterior a ellos se quedó a cargo de su tía y abuela por cuestiones laborales de la señora Mariana.

- Antecedentes médicos y patológicos

Francisco fue operado del frenillo bucal debido a que presentaba problemas en el lenguaje, principalmente mala pronunciación.

No hay otras enfermedades que padezca el paciente. Sin embargo, padece sobrepeso.

- Apariencia y comportamiento

Francisco al estar a solas en la sesión con la terapeuta, se mostró la primera vez introvertido. Conforme pasó el tiempo comenzó a hablar más.

Su apariencia es limpia. Una estatura aproximada de 1.40 mts, moreno, cabello quebrado y sobrepeso.

- Lenguaje y comunicación

Su lenguaje es lento, en ocasiones no se entiende lo que quiere expresar. Cuando lee, lo hace muy despacio y su pronunciación aun es deficiente.

Al hablar de situaciones conflictivas, trata de confundir con un lenguaje incoherente.

- Área personal y familiar

Francisco enfrentó la separación de sus padres. Situación que lo conflictúa emocionalmente, constantemente omite a su papá en los dibujos y en las sesiones recrea dicha separación.

El paciente visita a su papá los fines de semana y en una sesión comentó que él tiene otra familia y otro hijo, aunque esta información no ha sido corroborada con sus padres. Ve a su abuelo como la figura paterna.

Sus padres continúan su relación pero sus hijos no lo saben.

En una sesión con su padre, al paciente se le dificulta mostrarle sus sentimientos. Sin embargo, en las sesiones se le muestra muy triste al hablar de él y la separación de sus padres.

Su madre actualmente trabaja en las tardes, por lo que se le dificulta llevar a Francisco a las sesiones, por lo cual lo trae y cuida su tía Patricia.

Información relevante sobre la madre del paciente

La señora Mariana de 33 años físicamente es alta, tez morena, cabello negro y sobrepeso. No presenta desalineo; se le observa limpia y orientada en espacio tiempo, sin embargo no se maquilla ni arregla demasiado, la mayoría de las veces se presenta a consulta a llevar a su hijo con mucha prisa debido a su trabajo. Cuando habla se muestra ansiosa manifestándolo moviendo manos y pies. En tres sesiones Mariana pidió hablar a solas en terapia para comentar algunas cosas por lo que Francisco realizó algunas dinámicas de integración con otros pacientes.

Durante esas sesiones Mariana manifestó que vive con su padre, su hermana, un sobrino, su hijo Francisco y Sofía. La relación con su padre la relata como buena, sin embargo él no está de acuerdo con su matrimonio con el señor Javier e incluso constantemente le expresa su descontento por ello, su hermana Patricia es muy demandante e incluso la regaña por cómo lleva la crianza de sus hijos, ella al igual que su papá no está de acuerdo con la relación que sostiene Mariana con Javier. Con su hija Sofía hay una relación distante ya que ella tiene constantes actividades como la escuela, deportes y actividades recreativas extras, por lo que no existe una convivencia, con Francisco a pesar de mostrarse muy preocupada por su problemática no dedica mucho tiempo a él; refiere llegar por las noches y preguntar cómo le fue aunque a veces ya lo encuentra dormido. Los fines de semana que es cuando ella descansa, Francisco se va con su papá.

La relación que lleva con Javier es ambivalente y ella misma la describe como confusa; son pareja pero nadie lo sabe, terminan y se siguen viendo a escondidas. Mariana rompe en llanto fácilmente y refiere “no estoy a gusto con la situación que vivo, me siento mal, no quiero ver a mis hijos mal”. Comenta que la relación que ella vivió en su infancia con sus padres es similar a la que viven sus hijos; sus padres se separaron y había mucho distanciamiento entre ellos. Manifiesta síntomas depresivos; “no me gusta mi cuerpo, creo que debería bajar de peso”, a veces no le gusta arreglarse solo lo

hace cuando tiene que ir a trabajar, los fines de semana no le gusta salir a ningún lado, prefiere quedarse en su casa dormida “a descansar” y su alimentación no es sana “como una vez al día y lo que encuentro, por lo general tacos porque no me da hambre”.

La madre del paciente presenta una notable sintomatología depresiva manifestada en el descuido de su persona; no se arregla, no come adecuadamente, no le agrada su cuerpo, duerme bastante cuando no trabaja, rompe en llanto fácilmente y se muestra continuamente ansiosa y preocupada. La relación que vive en lo familiar es ambivalente y su relación de pareja no le satisface.

- Área escolar

Los compañeros de Francisco ejercen bullying sobre él. Las burlas se presentan por su lenguaje principalmente cuando lee y esto causa que el paciente se oponga a leer y por lo tanto, últimamente sus calificaciones han bajado. Además, sus compañeros de clase se niegan a hablar con él o juntarse en el recreo. Ante ello, Francisco se muestra agresivo con sus compañeros.

Respecto al área social, en la institución a la que asiste a sesiones le es fácil convivir con otros niños, le gusta el juego y no se muestra tan introvertido.

- Metas y logros

Francisco cursa el segundo año de primaria. Debido a las situaciones de conflicto con sus compañeros lo han cambiado de grupo y la situación no mejora.

- Examen mental

Se realizó un examen mental y a través del análisis del discurso se observó que no se presentan notables alteraciones en orientación y tiempo; se le pregunta la fecha y días festivos y él los contesta acertadamente.

- Autoconcepto

Francisco se percibe como una “albóndiga”. Su autoestima es devaluada manifestándolo de la siguiente manera: “no sé hacer nada y por eso nadie quiere estar conmigo”.

El problema de lenguaje también afecta directamente en su autoestima: se considera inferior comparado con otros niños por no hablar como ellos. En párrafos posteriores (pruebas aplicadas) se describirá con detenimiento el autoconcepto de Francisco que se observó en las pruebas psicológicas y las sesiones efectivas.

3.4.6 Pruebas aplicadas

- TEST DE LAURETTA BENDER
- WISC IV
- DIBUJO DE LA FIGURA HUMANA DE KAREN MACHOVER
- DIBUJO DE LA FAMILIA

De acuerdo con la entrevista, pruebas aplicadas y las 21 sesiones que se trabajaron se concluyó en el informe psicológico lo siguiente:

- Área intelectual
Los recursos intelectuales del paciente son adecuados de acuerdo a su edad cronológica. Lo anterior indica que la capacidad de aprendizaje y adaptación son correctas por lo que no tendrá dificultad para realizar las actividades que requieren de dichos recursos.

Francisco cursa el segundo grado de primaria con calificaciones regulares (promedio de 8). Posee mayor habilidad en el área de matemáticas, debido a su problema de lenguaje, tiene dificultades para leer y pronunciar ciertas letras (principalmente la R).

No se observa dificultad en el área perceptora ya que percibe y responde adecuadamente a los estímulos que se le presentan, es ágil aunque muestra dificultad realizar algunas actividades físicas debido a su sobrepeso.

Puede adaptarse al medio; en la clínica de la institución donde se le atiende, se observa que es capaz de socializar y jugar con otros niños.

- Área afectiva

Durante las sesiones el paciente se muestra cohibido, introvertido, inseguro y triste al comentar aspectos de su persona y familia. Se observa que constantemente hace una demanda de afecto sin embargo, no es expresivo en sus emociones.

En varias sesiones cuando se tocaba el tema de su aspecto físico y problemas escolares debido a las burlas que ejercen sobre él, se mostraba triste y contenía su llanto.

Respecto al autoconcepto, el paciente se percibe con sobrepeso pero lo compensa expresando: "soy muy guapo". Sin embargo, no se quiere mirar al espejo. Su mirada al entablar una conversación es hacia abajo y camina con la cabeza agachada. Lo que denota una baja autoestima.

Sus compañeros de clase se burlan de él provocando conflictos en sus relaciones interpersonales y esto a su vez, una percepción devaluada de sí mismo.

En específico a continuación se describen algunas sesiones que nos sirven como evidencia para ejemplificar la sintomatología depresiva presentada por el paciente que al verse reflejadas en su autoconcepto y baja autoestima le causan problemas en el área social.

Sesión No. 11: Francisco llegó a sesión acompañado de su tía, se le observa notablemente triste, al preguntarle por qué rompe en llanto y refiere: “mi abuelo me dijo que estoy loco” por lo que se indagó y se realizó una técnica para que mostrara sus virtudes. Al final también comentó que sus compañeros de clase le siguen gritando albóndiga y el cree que sí parece una.

Sesión No. 14: A Francisco lo acompañó su tía a terapia y al preguntarle cómo está se niega a hablar. Después de unos minutos en mutismo selectivo comenta “estoy muy enojado conmigo porque nadie me quiere porque estoy gordo”: Se realizó una actividad donde el paciente debía mirarse al espejo y rompió en llanto diciendo: “estoy gordo, me gustaría ser delgado como los demás y hacer ejercicio”. Su tía menciona que en los últimos días Francisco ha dormido menos y está notablemente triste.

Sesión No. 15: La señora Mariana refiere al inicio de la sesión que Francisco lleva malas calificaciones. El paciente menciona lo siguiente “no me gusta la escuela porque los demás no me quieren, se burlan de mí porque soy tonto y gordo”.

Sesión No. 17: Francisco asiste a terapia después de faltar aproximadamente 3 sesiones, refiere su tía que es debido a que no hay quien lo pueda llevar. Se trabajaron lecturas y adivinanzas dinámicas, Francisco cada que se equivocaba se golpeaba la cabeza y decía “otra vez, soy un tonto”.

Sesión No. 18: El paciente refiere que está muy feliz porque fue a Acapulco con sus papás y hermana. Se realizó una dinámica con su papá para percibir la convivencia con él. Francisco se mostró alegre aunque no quería expresar sus sentimientos hacia su papá decía: “me da pena” y agachaba la mirada. Sin embargo fue notoria su expresión de alegría al realizar las dinámicas. Al final de la sesión su mamá estaba esperándolos y se fueron los tres.

Sesión No. 19: La señora Mariana menciona lo siguiente: “Francisco ha tenido avances en el área social, ya convive más con sus compañeros”. Al indagar, en las últimas dos semanas ha habido más convivencia con ambos padres.

Sesión No. 21: Francisco asiste a sesión denotando tristeza y apatía para realizar actividades, comenta “no quiero hacer nada hoy”. Al hablar con la señora Mariana refiere que de nuevo tiene problemas con el papá de Francisco y que ambos padres no conviven con él. Además agregó “probablemente ya no asista a terapia, me recomendaron que asista a clases de karate y con eso se le quitará todos los problemas que tiene”.

- Capacidad de insight

Se observa en el paciente recursos limitados para darse cuenta de la problemática y enfrentar la misma ya que en las sesiones cuando se hablaba de su familia, Francisco mencionaba que estaba feliz con ella y que sus padres eran muy felices juntos. En el test de dibujo de la familia, el paciente relató la historia de su familia como “unida y contenta”.

- Mecanismos de defensa

Se observó como mecanismo de defensa predominante la represión ya que en las sesiones omitía hablar de la problemática principal (la relación de sus padres), argumentando “no me acuerdo, no sé o quiero jugar”. También se observó cuando en una sesión contuvo su llanto diciendo “los hombres no lloran, no debo llorar, no es bueno”. Además existe aislamiento afectivo mostrando dificultad para expresar sus sentimientos hacia los demás principalmente con su padre; en una sesión conjuntos, Francisco prefirió omitir la actividad cuando tenía que expresar un te quiero a su papá.

- Áreas libres de conflicto

Mediante las sesiones y pruebas aplicadas se observaron algunos recursos en los que el paciente no muestra conflicto, por ejemplo los recursos intelectuales que le permiten aprender, realizar actividades lúdicas y adaptarse al medio. Francisco entiende y sigue instrucciones, cursa el segundo grado de primaria con calificaciones regulares (promedio de 8). Además sus funciones cognitivas superiores y psicomotricidad son adecuadas de acuerdo a su edad; esto se comprobó mediante la prueba de WISC-IV y algunos juegos que se realizaron con pelotas, jenga, canicas y otros materiales.

3.4.7 Diagnóstico, pronóstico y tratamiento

La impresión diagnóstica a la que se llegó fue dividida en cuatro áreas principales; emocional, familiar, social y del lenguaje. A continuación se describe a detalle cada una de ellas.

1.- Se observó en las 21 sesiones y las pruebas proyectivas una baja autoestima por parte del paciente; expresa pensamientos de devaluación diciendo que no es guapo, que nadie lo quiere y acepta por ser feo y parecer una albóndiga. Las emociones que predominan en él son tristeza y enojo aunque fue poco capaz de expresarlo libremente en las sesiones. Presenta sintomatología depresiva; dificultad para concentrarse en la escuela, dejó de mostrar interés por actividades que antes le agradaban (fútbol y karate), aumento de peso y pensamientos recurrentes de minusvalía.

2.- La problemática principal del paciente se encuentra en el área familiar debido a la disfunción que presentan sus padres. Su madre es demandante con él al estar al pendiente de su escuela pero no presta atención en sus emociones y juegos, en los últimos meses comenzó a trabajar lo doble y no convive con su hijo. El padre de Francisco lo ve una vez por semana sin realizar actividades lúdicas o escolares, solo se queda a dormir en su casa un día y se observa el vínculo distante, mientras que la hermana del paciente realiza otras actividades por lo que no convive tanto con Francisco.

3- Estas dos circunstancias antes planteadas provocan una dificultad en el área social; sus relaciones interpersonales son pobres debido a la inseguridad y baja autoestima del paciente. Cuando lo rechazan el suele responder mediante agresiones y violencia, Francisco se percibe como incapaz de poder hacer amigos y permite las situaciones de bullying para ser aceptado por algunos compañeros de su salón.

4.- Su pronunciación aún es deficiente (letra R), esto es originado por el problema orgánico que presenta, aunque ya fue operado se recomendó que asistiera con un terapeuta especialista en lenguaje para que desarrollaran técnicas para mejorar su pronunciación. Con las pruebas de WISC-IV Y BENDER se corroboró que la dificultad para leer no interfiere en su nivel de inteligencia, principalmente se origina por la baja autoestima; miedo a leer en voz alta y que los demás se burlen y lo rechacen.

El pronóstico es favorable si Francisco continúa con el proceso terapéutico y sigue las recomendaciones del tratamiento que a continuación se presentan. Además de que se sugiere que los padres tomen terapia debido a que la principal problemática del paciente proviene de la familia. Con ello el paciente logrará una mayor integración en el ambiente donde se desenvuelve.

Las sugerencias de tratamiento son las siguientes:

- En el área educativa se recomienda realizar dinámicas en el grupo con el objetivo de integrar a los alumnos más. Observar y estar pendientes de las burlas que realizan al paciente, posiblemente dar talleres de bullying escolar con el fin de prevenir estas conductas.
- El tratamiento por el especialista en lenguaje debe ser continuado hasta que el mismo lo indique.
- Se recomienda que el paciente realice una actividad física previamente consultado con su médico especialista. Esto con el fin de prevenir un problema de salud física debido a la alimentación.
- Es importante realizar ejercicios de lectura con sus padres para fomentar la convivencia y así mismo el paciente practique su lectura. Se recomienda comenzar con lecturas sencillas y poco tiempo hasta aumentar la dificultad de las mismas.
- Los padres, en especial su papá debe estar atentos a los procesos del paciente; apoyarlo en sus tareas, realizar actividades como juegos lúdicos, estudiar y convivir más con él.

CAPÍTULO 4 ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Durante las 21 sesiones efectivas con el paciente se encontró información relevante mediante la entrevista que nos llevó a la hipótesis de que existía una depresión en el paciente por la sintomatología que presentaba y se correlacionó con el vínculo materno debido al discurso y referencias de su madre.

Mediante la entrevista inicial se observó que la familia nuclear de Francisco es conformada por su mamá, tía, primo, hermana y abuelo paterno. La presencia de su padre es muy distante y por temporadas es lo contrario. Esto denota una ambivalencia en ambos padres ya que también su madre está pendiente del paciente sólo en el área escolar pero no presta atención al área afectiva. La señora Mariana mostró rasgos ansiosos al hablar del conflicto de su hijo ya que constantemente movía las manos y pies. Cuando se indagó sobre el aspecto familiar rompió en llanto fácilmente. A lo largo de la entrevista Francisco se quedó quieto observando a su madre, quien no permitió que él hablara ni se moviera de su lugar; la señora Mariana se mostró posesiva ante su hijo.

En general se observó que la madre del paciente mostraba rasgos ansiosos, de posesión hacia su hijo, no existe claridad en su relación sentimental y principalmente mostró tristeza. El paciente se mantuvo quieto observando a su mamá.

La entrevista inicial sirvió para crear una idea general de la verdadera problemática del paciente y conforme avanzaron las sesiones se observaron conductas que denotaban la sintomatología; Francisco comenzó a mostrar dificultad para relacionarse con otros pacientes de la clínica donde se atendió, al preguntarle cuestiones familiares rápidamente rompía en llanto y su aspecto parecía triste. Por medio del contenido del discurso del paciente se pudo corroborar la hipótesis de que presentaba rasgos depresivos. A continuación se describen algunos fragmentos de sesiones a lo largo del proceso donde se encontró características de la misma.

LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA DE FRANCISCO

Evidencia

El paciente llega sin ánimos de hacer actividades, al preguntarle que sucedía comentó lo siguiente:

- “mi abuelo me dijo que estoy loco y yo creo que si lo soy, soy un tonto por llorar”, inmediatamente rompió en llanto. Se realizó una actividad para mostrar sus virtudes y comentó “no tengo cosas buenas, creo que si soy loco”.

Interpretación

Lo anterior denota que Francisco no tiene una autoestima adecuada ya que los comentarios que le realizan son percibidos como verdaderos, aceptados y asimilados,

además no se considera capaz de realizar cosas buenas en su vida; para él el fracaso está presente.

Evidencia

Después de estar callado por alrededor de 6 minutos mencionó:

- “estoy muy enojado conmigo porque nadie me quiere porque estoy gordo”: Se realizó una actividad donde el paciente debía mirarse al espejo y rompió en llanto diciendo: “estoy gordo, me gustaría ser delgado como los demás y hacer ejercicio”. Su tía menciona que en los últimos días Francisco ha dormido menos y está notablemente triste.

Interpretación

La autoestima del paciente se encuentra devaluada. Es importante mencionar que si existe una problemática de sobrepeso, sin embargo Francisco se llama “gordo” de forma despectiva y como algo despreciable, para él las personas lo rechazan por esa situación y por ello anhela tener un cuerpo esbelto debido a que cree que sólo así será aceptado por sus compañeros de clase (recordando que uno de los principales motivos de consulta es la problemática en el área social y que el paciente reacciona a ello de forma agresiva).

Evidencia

La señora Mariana refiere que Francisco lleva malas calificaciones. El paciente menciona lo siguiente:

- “no me gusta la escuela porque los demás no me quieren, se burlan de mí porque soy tonto y gordo”.

Interpretación

Se observó que el paciente mostraba un grado alto de apatía en la escuela proveniente de la percepción que él tiene de su persona ante los demás. Considera que el rechazo para juntarse con él o que le hablen se debe a su “gordura”. El hecho de no tener amigos en la escuela crea un rechazo directo a asistir y realizar actividades dentro de ella.

Evidencia

Francisco asiste a terapia después de faltar aproximadamente 3 sesiones, refiere su tía que es debido a que no hay quien lo pueda llevar.

- Se trabajaron lecturas y adivinanzas dinámicas, Francisco cada que se equivocaba se golpeaba la cabeza y decía “otra vez, soy un tonto”.

Interpretación

Una de las principales problemáticas que mencionó su madre fue la dificultad para leer, el paciente pronuncia mal la letra “R” debido a un problema que tuvo en el frenillo y del cual fue operado, sin embargo asiste con un especialista para ejercitar su lenguaje.

Francisco continúa percibiéndose como “tonto” y ahora agrega conductas de agresión hacia su persona.

Evidencia

El paciente refiere que está muy feliz porque fue a Acapulco con sus papás y hermana. Se realizó una dinámica con su papá para percibir la convivencia con él.

- Francisco se mostró alegre aunque no quería expresar sus sentimientos hacia su papá decía: “me da pena” y agachaba la mirada. Sin embargo fue notoria su expresión de alegría al realizar las dinámicas. Al final de la sesión su mamá estaba esperándolos y se fueron los tres.

Interpretación

Se observa más detalladamente la dinámica familiar; su padre está completamente ausente y por periodos ambos padres sostienen una relación. El paciente se mostró con otra actitud (feliz y alegre) al estar cerca de ambos padres. Sin embargo, se notó un conflicto con la figura paterna cuando Francisco se negaba a mostrar sus sentimientos hacia su padre.

Evidencia

La señora Mariana menciona lo siguiente:

- “Francisco ha tenido avances en el área social, ya convive más con sus compañeros”. Al indagar, en las últimas dos semanas ha habido más convivencia con ambos padres.

Interpretación

Después de algunas dinámicas como juego con pelota, rallys y actividades en conjunto que se realizaron con otros pacientes de la clínica donde se atiende, la madre del paciente mencionó que ha habido algunos avances en el área social.

Evidencia

Francisco asiste a sesión denotando tristeza y rechazo para realizar actividades.

- Esto se interpreta por su discurso “no quiero hacer nada hoy”. Al hablar con la señora Mariana refiere que de nuevo tiene problemas con el papá de Francisco y que ambos padres no conviven con él. Además agregó “probablemente ya no asista a terapia, me recomendaron que asista a clases de karate y con eso se le quitará todos los problemas que tiene”.

Interpretación

En sesiones anteriores se habló con ambos padres para comentar la sintomatología depresiva que presentó el paciente y se sugirió que ellos también debían asistir a terapia debido a que uno de los orígenes principales de la depresión de Francisco provenía de la dinámica familiar y su relación con ambos padres. Ante esto hubo una

negativa de ambos y durante la sesión 21 comentaron nuevas actividades a las que llevarían a Francisco. Posteriormente dejaron de asistir.

Además de estos datos, las pruebas que se aplicaron corroboraron los síntomas de depresión que presentaba el paciente, como se observa a continuación.

En la prueba de la figura humana de Machover se muestra centrado en el presente sin indicios de alguna patología esquizofrénica pero con una ligera inclinación hacia abajo y se representa en una proporción muy pequeña comparada con la hoja, los elementos en su persona son muy pobres lo que indica que se percibe como pequeño ante el mundo, indefenso, inseguro y con baja autoestima. Además en dicha prueba agregó elementos del HTP; la figura materna (casa) la dibujó muy cercana a él, sin ventanas ni puertas. Esto indica un apego ambivalente con su madre; está muy cercana a él sin embargo no brinda la suficiente atención y amor como el desearía. En la historia relata a un niño que es “muy feliz porque se lleva muy bien con sus compañeros de clase”. Se describe como inteligente y flaco. Esta historia refleja que no se encuentra satisfecho con lo que es y proyecta sus deseos.

La técnica proyectiva del dibujo de la familia al principio fue negada a realizarse por el paciente pero después de unos minutos comenzó a dibujar. Francisco se dibuja con un trazo débil y pequeño indicando timidez. Posteriormente dibujo a su abuelo (al preguntarle porque comentó que él era su papá debido a que le daba amor), a su mamá la dibuja muy distante a él, indicando la ausencia de la misma en el ámbito afectivo. Durante la historia, relata lo siguiente “era una familia feliz, se encontraba un niño que iba al parque con sus padres que acaban de regresar a vivir juntos y los dos juegan mucho con el niño”. En esta prueba se interpretó que el paciente se percibe como débil ante el mundo y es tímido, además de omitir totalmente a su padre y ser remplazado por su abuelo, respecto a su mamá la dibuja alejada de él demostrando el aislamiento afectivo que viven ambos. En la historia se reflejó la problemática familiar y los deseos inconscientes del paciente de que ambos padres vivan de nuevo juntos y pongan más atención en él. De nuevo relata a un niño “Muy feliz” reflejando lo insatisfecho y triste que se siente.

En las otras dos pruebas aplicadas (WISC Y BENDER) no se encontró daño orgánico y el grado de inteligencia es adecuado de acuerdo a su edad, sin embargo existieron algunas deficiencias en el área de razonamiento fluido y ello fue interpretado debido a la problemática que presentó en el frenillo bucal.

Con las pruebas aplicadas se pudo concluir que el paciente presenta una autoestima disminuida, se percibe a sí mismo ante el mundo como pequeño, presenta rasgos de timidez, inseguridad y devaluación. Compensa estos sentimientos de inferioridad proyectando en sus historias a un niño muy feliz y delgado (lo que le gustaría ser y tener). También se encontró una marcada problemática familiar reflejada en sus historias donde representa el deseo de que sus padres se reconcilien, el notable distanciamiento con su padre y la relación ambivalente que vive con su mamá; es muy demandante pero a la vez no está cercana afectivamente. Esto es demandado por el paciente.

Con los datos obtenidos en la entrevista inicial, la interpretación de su discurso, lo observado en las sesiones y las pruebas aplicadas a Francisco concluimos que la sintomatología que presenta concuerda con los criterios diagnósticos de la depresión mayor del DSM V.

Relacionado con lo dicho por Freud (1917) acerca de la melancolía se observaron características de la misma en el paciente debido a que tenía una percepción de sí mismo inferior a los demás, baja autoestima, devaluación de sí mismo que se reflejó en un deterioro en el ámbito social y escolar. Continuando con los escritos de Freud (1920) en consecuencia de los rasgos melancólicos (empobrecimiento de su yo), se observó pulsión de muerte en el sujeto reflejada a partir de conductas autoagresivas como decirse “tonto”, “no lo puedo hacer”, “creo que si estoy loco”, “nadie me quiere por estar gordo”, “me gustaría ser más delgado” y golpearse en la cabeza al no poder realizar algo al primer intento.

LA RELACIÓN DE FRANCISCO CON SU MADRE

De acuerdo con lo observado durante la entrevista inicial se encontró que la mamá de Francisco ejercía cierto dominio sobre el paciente ya que no le permitió hablar cuando se le preguntaba algo directamente a él, la posición del niño era de timidez (cabeza agachada, mirada hacia abajo y brazos cruzados) y atento a las órdenes de su mamá.

En el análisis de la historia clínica se encontró elementos donde la madre estuvo presente con el paciente los dos primeros años de vida ya que no trabajaba, posteriormente comenzó a hacerlo por cuestiones económicas, lo que llevó a un distanciamiento físico y emocional con su hijo. La señora Mariana se muestra preocupada ante la problemática de Francisco, principalmente expresa dicha preocupación por el área escolar. Ante ello está al pendiente de él en sus calificaciones y desempeño, sin embargo no menciona la problemática emocional de su hijo.

Por medio de las sesiones donde su mamá solicitaba platicar, se encontró en el discurso y las descripciones de la misma que la relación entre ambos era distante; su mamá trabajaba y lo veía por las noches, prestaba atención en las tareas escolares sin embargo no jugaba ni platicaba con él debido a que “llegaba muy tarde y cansada del trabajo”. Los fines de semana que eran libres para ella, sus hijos se iban con su papá.

En las pruebas aplicadas se encontraron más elementos que confirmaron uno de los principales motivos de la sintomatología depresiva de Francisco; la problemática familiar. Ambos padres estaban separados pero por periodos reanudaban su relación en secreto, su padre se encontraba totalmente distanciado del paciente y su madre prestaba poca atención a su hijo en el ámbito emocional y convivía poco con él.

Francisco dibujó en la prueba de la figura humana una casa (recordando que ésta es un elemento del HTP la cual representa a la figura materna). La casa se encontraba muy cercana al paciente, sin embargo sólo contaba con una puerta, no había camino, ventanas ni otros elementos, lo que se interpreta como una carencia afectiva y distanciamiento entre ambos.

En el dibujo de la familia, a su madre la dibuja distante a él y en la historia menciona lo siguiente “era una familia feliz, se encontraba un niño que iba al parque con sus padres que acaban de regresar a vivir juntos y los dos juegan mucho con el niño”. Lo anterior se interpreta como un deseo de Francisco de estar cerca de ambos padres, en este caso con la madre existe el deseo de un acercamiento afectivo.

De acuerdo con Freud (1895) el paciente vivió el proceso de desamparo donde la madre realizó una función adecuada, brindó los cuidados primarios esenciales, fue su porta voz e interpretó el mundo por él; así también su desarrollo cognitivo y físico fue normal. La madre de Francisco proporcionó los elementos básicos para su crecimiento y le ayudó a satisfacer sus necesidades básicas de sed y hambre, protegiéndolo del desamparo.

Retomando la teoría Kleiniana (1937), Francisco al tener satisfechas sus primeras necesidades de hambre estableció un vínculo con su madre a través del pecho; este le proporcionó los elementos para sobrevivir en el mundo y ello le dio una sensación de calor y bienestar. Sin embargo, por lo mencionado en las sesiones y el discurso de su madre se interpreta que se estableció en él una posición esquizo-paranoide debido a que su madre prestaba atención en las tareas escolares sin embargo no jugaba ni platicaba con él debido a que “llegaba muy tarde y cansada del trabajo”. Existen otros elementos que confirman lo anterior; Francisco mencionó en las pruebas el deseo de tener un acercamiento afectivo con su madre. Al establecerse la posición esquizo-paranoide, el niño lo interpretó como amenaza aumentando la ansiedad en él, el paciente mantuvo esta ansiedad desde el momento del nacimiento y se despertaron en él sentimientos de odio y rencor, que para evitar que sean destinados a su madre, provocó el aumento de la sintomatología en él.

Continuando con la teoría de Klein, en la posición esquizo-paranoide la madre ocupa un papel omnipotente por lo que el bebé percibe a la madre como un todo pero conforme crece adquiere confianza mediante el desarrollo de sus habilidades y esto ayuda a que la ansiedad disminuya. Sin embargo, en el caso de Francisco su madre no permitió el correcto desarrollo de habilidades limitando la confianza del paciente, por lo que la ansiedad en vez de disminuir aumentó.

Respecto al vínculo entre ambos de acuerdo con Bowlby (1951) tomando como referencia las pruebas aplicadas, el análisis del discurso y las observaciones en las sesiones el vínculo que se estableció entre ambos fue ambivalente (caracterizado por conductas de sobreprotección, y descuido simultáneamente por lo que el niño no tiene la claridad si la madre le seguirá brindando cuidado); la señora Mariana proporcionó los primeros cuidados y satisfacía las necesidades básicas de su hijo pero posteriormente

dejó de poner atención a su hijo en el ámbito afectivo y ese deseo se proyectaba en las pruebas.

Margaret Mahler (1977) menciona que conforme el niño crece comienza a separarse de su madre, desprendiendo el vínculo que existe entre ambos. Sin embargo si la madre es ansiosa puede impedir que el niño empiece a desarrollar habilidades creando angustia por separación. Por ello se considera que la señora Mariana provocó un detenimiento en el desarrollo de habilidades del paciente, creando una angustia en el paciente.

Con el análisis de lo anterior, se entiende que la relación entre madre-hijo era ambivalente. La señora Mariana obtuvo un papel de omnipotencia ante su hijo al brindarle los primeros cuidados en el periodo de desamparo, sin embargo se convirtió en sentimientos hostiles de odio y rencor mediante la posición esquizo-paranoide. Posteriormente al presentar la señora Mariana síntomas depresivos y ansiosos detuvo el crecimiento de habilidades de Francisco, aumentando en él la ansiedad y síntomas depresivos.

LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA TRANSMITIDA A FRANCISCO POR SU MADRE

La señora Mariana de 33 años físicamente es alta, tez morena, cabello negro y sobrepeso. No presenta desalineo; se le observa limpia y orientada en espacio tiempo, sin embargo no se maquilla ni arregla demasiado, la mayoría de las veces se presenta a consulta a llevar a su hijo con mucha prisa debido a su trabajo. Cuando habla se muestra ansiosa manifestándolo moviendo manos y pies. En tres sesiones Mariana pidió hablar a solas en terapia para comentar algunas cosas por lo que Francisco realizó algunas dinámicas de integración con otros pacientes.

Durante esas sesiones Mariana manifestó que vive con su padre, su hermana, un sobrino, su hijo Francisco y Sofía. La relación con su padre la relata como buena, sin embargo él no está de acuerdo con su matrimonio con el señor Javier e incluso constantemente le expresa su descontento por ello, su hermana Patricia es muy demandante e incluso la regaña por cómo lleva la crianza de sus hijos, ella al igual que su papá no está de acuerdo con la relación que sostiene Mariana con Javier. Con su hija Sofía hay una relación distante ya que ella tiene constantes actividades como la escuela, deportes y actividades recreativas extras, por lo que no existe una convivencia, con Francisco a pesar de mostrarse muy preocupada por su problemática no dedica mucho tiempo a él; refiere llegar por las noches y preguntar cómo le fue aunque a veces ya lo encuentra dormido. Los fines de semana que es cuando ella descansa, Francisco se va con su papá.

La relación que lleva con Javier es ambivalente y ella misma la describe como confusa; son pareja pero nadie lo sabe, terminan y se siguen viendo a escondidas. Mariana rompe en llanto fácilmente y refiere “no estoy a gusto con la situación que vivo, me siento mal, no quiero ver a mis hijos mal”. Comenta que la relación que ella vivió en

su infancia con sus padres es similar a la que viven sus hijos; sus padres se separaron y había mucho distanciamiento entre ellos. Manifiesta síntomas depresivos; “no me gusta mi cuerpo, creo que debería bajar de peso”, a veces no le gusta arreglarse solo lo hace cuando tiene que ir a trabajar, los fines de semana no le gusta salir a ningún lado, prefiere quedarse en su casa dormida “a descansar” y su alimentación no es sana “como una vez al día y lo que encuentro, por lo general tacos porque no me da hambre”.

La madre del paciente presenta una notable sintomatología depresiva manifestada en el descuido de su persona; no se arregla, no come adecuadamente, no le agrada su cuerpo, duerme bastante cuando no trabaja, rompe en llanto fácilmente y se muestra continuamente ansiosa y preocupada. La relación que vive en lo familiar es ambivalente y su relación de pareja no le satisface.

La madre de la señora Mariana falleció cuando ella era pequeña, por lo que en años posteriores su padre fungió como figura materna y paterna. Sin embargo, si hubo cuidado en los primeros años de vida por parte de su madre pero cuando ella muere y de acuerdo con la teoría de Klein (1937) la señora Mariana lo experimentó como ausencia de la madre y por lo tanto una sensación de abandono. Este abandono provocó sentimientos de enojo y tristeza en su vida que desencadenaron la sintomatología depresiva en su persona.

Mariana refiere en su discurso “no estoy a gusto con la situación que vivo, me siento mal, no quiero ver a mis hijos mal”. ; “no me gusta mi cuerpo, creo que debería bajar de peso”, a veces no le gusta arreglarse solo lo hace cuando tiene que ir a trabajar, los fines de semana no le gusta salir a ningún lado, prefiere quedarse en su casa dormida “a descansar” y su alimentación no es sana “como una vez al día y lo que encuentro, por lo general tacos porque no me da hambre”. Esto presenta conductas de descuido hacia su persona que retomando la situación de abandono, el enojo y tristeza por la ausencia de su madre se vuelca contra ella, haciéndose daño mediante conductas autoagresivas. La relación que lleva con su pareja también es destructiva y ella misma refiere que no le satisface.

Después de la muerte de su madre, el padre de Mariana se hizo cargo de ella y su hermana, por lo que actualmente es muy demandante en cuestiones personales de ella; cuestiona sus decisiones, pregunta constantemente dónde está y no está de acuerdo con la relación que lleva con Javier. De la misma forma se observa que la señora Mariana es demandante con Francisco en el ámbito escolar y cuestiones comunes, no le permite desarrollarse de manera adecuada, limitándolo a realizar algunas actividades propias de su edad y que repercuten en su vida social.

Al igual que la relación es demandante entre el papá de Mariana hacia ella y de ella hacia Francisco, la sintomatología depresiva de la madre del paciente fue transmitida a su hijo por medio de conductas, actitudes, emociones que él observaba y experimentaba desde pequeño. Al analizar la sintomatología de ambos, se encuentran similitudes que comprueban lo anterior; tanto la señora Mariana como

Francisco hacen quejas constantes de su cuerpo, no se sienten a gusto, “les gustaría hacer algo por cambiarlo” pero no lo hace, muestran desinterés para realizar actividades como ejercicio, arreglarse o salir, denotan baja autoestima (al compararse con otras personas), presentan conductas de autolesiones (Francisco se decía “tonto” y se golpeaba y la señora Mariana descuidaba su alimentación), ambos mostraban rasgos de ansiedad moviendo constantemente las manos y mostrando desesperación.

Además de ello, existe un gran deseo de atención del paciente hacia su madre; una demanda de afecto al igual con su padre. Hay una problemática familiar que provoca que la sintomatología depresiva de Francisco se mantenga; el paciente demanda constantemente afecto y atención por parte de ambos padres.

Con respecto al vínculo que estableció Francisco con su madre a través del pecho, se puede analizar que fue cubierta la necesidad de ser alimentado por medio de la leche materna. Como se mencionó en párrafos anteriores, el vínculo que se establece a través del pecho es importante para el niño y la madre, ya que a partir de ello se transmiten sentimientos de amor u hostilidad. En este caso, el paciente recibió por medio del pecho y la lactancia un contacto de amor, alegría y satisfacción de necesidades fisiológicas.

La madre en específico cumplió con el objetivo de no dejarlo desamparado ante el mundo: lo protegió y dio cariño por medio de la lactancia. Sin embargo, relacionado con lo mencionado en la teoría de Rank, la madre intentó satisfacer de más las necesidades del niño: esto se observó también mediante las sesiones donde ella estaba muy pendiente de él y lo sobreprotegía. Esto a su vez provocó que Francisco entrara en una zona de confort donde a él le parecía cómodo permanecer ahí. Generando así una relación simbiótica donde ambos se aferran el uno al otro para no perder las comodidades que obtuvieron.

El paciente cronológicamente atraviesa la etapa de Desarrollo Psicosexual planteada por Freud (1917) de latencia que corresponde de los 6 a 12 años aproximadamente. Sin embargo, por el análisis del caso donde Francisco permanece muy apegado a su madre se puede decir que existe una situación preedípica donde hay una marcada fijación anal. Es decir, el paciente no vive la etapa psicosexual que corresponde a su edad y esto se observó debido a que evita las actividades lúdicas, deportivas y recreativas. La fijación anal se observó mediante las conductas de Francisco de no soltar las comodidades que le proporcionaba su madre para evitar salir de la zona de confort y entrar en angustia.

CAPÍTULO 5 CONCLUSIONES

- LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA DE FRANCISCO

A través de lo analizado en la entrevista, análisis del discurso del paciente, observaciones durante las sesiones, pruebas aplicadas y relacionadas con la teoría revisada, se concluyó que Francisco presenta una sintomatología depresiva caracterizada principalmente por:

- Autoestima devaluada: se encuentra en su discurso “soy un tonto”, “me gustaría ser más delgado”, “nadie se quiere juntar conmigo por estar gordo”, “creo que estoy loco”. Además en las técnicas proyectivas, su trazo era débil y se dibujaba a sí mismo más pequeño en proporción al tamaño de la hoja. Las emociones que más mostró fueron tristeza y enojo.
- Pérdida de interés en actividades antes placenteras: su madre describió que antes Francisco asistía a diversas clases como natación y karate pero últimamente existe un rechazo para acudir a ellas, además de la negación a asistir a la escuela y realizar sus tareas.
- Aumento de peso: la señora Mariana refiere que el paciente siempre ha tenido sobrepeso pero de dos meses para acá ha aumentado un poco de peso, asociándolo a la ingesta de mayor alimento.
- Incremento en el sueño: su tía Patricia comenta que Francisco duerme más; por las mañanas no se quiere levantar a ir a la escuela.
- Existen algunas conductas de autoagresión; el paciente al desesperarse porque no realiza correctamente las actividades se insulta diciéndose “tonto”, se golpea la cabeza y permite conductas de bulliing.
- Las áreas donde se desarrolla el paciente se ven afectadas debido a la depresión; el paciente refleja su inseguridad en la escuela y esto no le permite desenvolverse adecuadamente para establecer relaciones sociales.

Por lo cual se concluye que Francisco cumplió con los criterios diagnósticos del DSM IV y V en términos de trastorno depresivo. En el ámbito psicoanalítico, el paciente presenta rasgos melancólicos; el creer a su YO como indigno y pobre comienza a desvalorizarse a sí mismo creyéndose inferior a los demás, pérdida de interés en su persona y actividades que le agradan. Esto a su vez crea un deterioro en el ámbito escolar y social, además de presentar conductas autoagresivas reflejadas en sus pensamientos y agresiones físicas.

- LA RELACIÓN DE FRANCISCO CON SU MADRE

Mediante el análisis del vínculo establecido entre Francisco y su madre, se obtuvo que este era ambivalente ya que los primeros años de vida su mamá proporcionó los cuidados necesarios, fue su porta voz, interpretó al mundo por él y satisfacía sus necesidades básicas durante el periodo de desamparo, sin embargo después de los 2 años comenzó a ausentarse física y emocionalmente, poniendo atención solo en el área escolar y descuidando actividades lúdicas, pláticas y actividades afectivas con su hijo justificadas por su trabajo. Debido al vínculo ambivalente que se estableció en los primeros meses se creó una posición esquizo-paranoide ya que la madre transmitió sentimientos de rencor y hostilidad a través de su ansiedad y sintomatología depresiva. Francisco al no poder regresar esos sentimientos al objeto de amor (su madre), aumentó la sintomatología en él.

Recordando la teoría de apego de Bowlby (1951) el tipo ambivalente crea un hijo ansioso e inseguro, ya que éste al no tener claro cuál es el papel que ocupa para su madre, es decir, a veces sobreprotectora y otras descuidada se genera en el niño una angustia al no saber si la madre estará para cuando él lo necesite.

En general, la madre de Francisco, mediante el vínculo que estableció con su hijo en los primeros años de vida incrementó la ansiedad y sintomatología depresiva del paciente.

- LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA TRANSMITIDA A FRANCISCO POR SU MADRE

La señora Mariana presenta una marcada sintomatología depresiva que fue desarrollada por la ausencia materna, la cual la interpretó como un abandono manifestando emociones de enojo y tristeza. Su padre fungió como figura materna y paterna y la relación es demandante hacia ella. De igual forma, la señora Mariana ejerce demandas hacia Francisco pero a su vez continúa con la ambivalencia al no prestar atención en el área afectiva por lo que el paciente demanda atención.

La sintomatología depresiva fue transmitida hacia su hijo mediante conductas, actitudes, emociones que él observaba y experimentaba desde pequeño y, a través del vínculo ambivalente que se desarrolló en los primeros años de vida.

Después del análisis de la sintomatología de ambos, se presenta la siguiente tabla donde se realiza una analogía de la sintomatología de ambos.

SINTOMATOLOGÍA	FRANCISCO	SRA. MARIANA
Quejas constantes sobre su cuerpo	“estoy gordo”, “me gustaría ser delgado para que me aceptaran”	“no me gusta mi cuerpo, creo que debería bajar de peso”
No están a gusto con su situación actual	“me gustaría ser delgado”, “nadie me acepta”	Su relación de pareja no la satisface, se siente ansiosa por la problemática de su hijo
Disminución en actividades antes placenteras	Ya no asiste al karate ni natación	No le gusta arreglarse, los fines de semana prefiere quedarse a descansar
Baja autoestima	No le agrada su cuerpo, en las pruebas menciona situaciones idóneas que le gustaría vivir	No está a gusto con su aspecto físico, no le satisface su relación de pareja.
Conductas autoagresivas	“soy un tonto”, se golpea la cabeza	Relación de pareja autodestructiva

Ante la situación presentada en el estudio de caso, se recomienda que la madre del paciente asista a terapia y trabaje en ella su sintomatología, mejorando de esa forma su autoestima para generar un mejor vínculo con Francisco ya que el hace una constante demanda de afecto por el vínculo ambivalente que se creó en los primeros años de vida, por ello sí la señora Mariana asiste a terapia al igual que su hijo puede ayudar a mejorar la seguridad en el paciente, evitando las quejas constantes de su cuerpo y situación actual. De igual forma esto se proyectará en todas sus áreas donde se desarrolla, disminuyendo la problemática.

El objetivo de la investigación se cumplió ya que se corroboró mediante el análisis del estudio de caso desde una perspectiva psicoanalítica que a través del vínculo que estableció la madre con el infante y por medio de un apego ambivalente, se desarrolló en Francisco una sintomatología depresiva.

A pesar de las limitantes de obtener una historia clínica corta debido a las pocas sesiones efectivas, se pudo contestar a las preguntas de investigación. El vínculo generado por la señora Mariana hacia su hijo (ambivalente) favoreció a que se depositará en él la sintomatología depresiva. Por parte de Francisco, se generó un apego hacia su madre ya que ella le proporcionaba todas las comodidades que necesitaba, creando una relación simbiótica en ambos.

Este trabajo ayudó a visualizar la importancia del vínculo materno en los primeros años de vida y su relación con la sintomatología depresiva. Esto nos indica como lo menciona Aulagnier (1977) que la madre transmite su historia personal y cuestiones psíquicas al infante. El estudio también confirma lo descrito por las teorías psicoanalíticas y lo investigado en la historia clínica, las pruebas aplicadas y las observaciones realizadas durante las sesiones. Aportando así una visión crítica que puede ayudar a establecer programas a nivel social para la prevención de algunas patologías como es el caso de la depresión; por ejemplo talleres con mujeres embarazadas diagnosticadas con depresión donde se les muestre la importancia del vínculo a través del pecho, el apego y el cuidado en los primeros años.

Además la presente investigación abre la posibilidad de generar intervenciones psicológicas que permitan elaborar un tratamiento integral para los pacientes depresivos. Es decir, que el psicólogo pueda intervenir de forma más activa en la elaboración de sugerencias de tratamiento: estos se realizan actualmente de forma multidisciplinaria ya que en conjunto la ciencia médica y psicológica puede llevar a un resultado más eficaz.

Como se mencionó en la introducción, la depresión va en aumento día con día y se estima según la OMS se convierta en un grave problema de salud pública incapacitante por lo que el tener una visión de las causantes de la misma permitirá realizar nuevas investigaciones que ayuden prevenir el aumento de la misma.

REFERENCIAS

1. Alarcón, D., Mazzoti, G., & Nicolini, H. (2007). *Psiquiatría 2da edición*. Washinton, D.C.: Manual Moderno.
2. Asociación Americana de Psiquiatría. (2000). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-IV*. Arlington, VA.: Asociación Americana de Psiquiatría.
3. Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-V*. Arlington, VA.: Asociación Americana de Psiquiatría.
4. Aulagnier, P. (1977). *La violencia de la interpretación; del programa al enunciado*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
5. Balint, M. (1979). *La falta básica: aspectos terapéuticos de la regresión*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
6. Beck, A. (1976). *Diagnóstico y tratamiento de la depresión*. México, D.F: Síntesis.
7. Bedout, A. (marzo, 2008). Panorama actual del suicidio: análisis psicológico y psicoanalítico. *International Journal of Psychological*, 1 (2), 53-63. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=299023508007>.
8. Blatt, S. (1988). Attachment Theory, Psychoanalysis, Personality Development and Psychopathology. *Psychoanalytic Inquiry*, 23 (1), 102-150.
9. Bleichmar, H. (1982). *La depresión: un estudio psicoanalítico*. Buenos Aires, Argentina: Nueva visión.
10. Bowlby, J. (1951). *El vínculo afectivo*. Barcelona, España: Paidós.
11. Bowlby, J. (1983). *La pérdida afectiva*. Barcelona, España: Paidós.
12. Brailowsky, S. (2012). *Las sustancias de los sueños*. México, D.F.: Fondo de cultura económica.
13. Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (2014)

14. Erikson, E. (1974). *Identidad, juventud y crisis*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
15. Freud, S. (1895). *Proyecto de una psicología para neurólogos*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
16. Freud, S. (1905). *Tres ensayos sobre una teoría sexual*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
17. Freud, S. (1917). *Duelo y melancolía*. Buenos Aires, Argentina : Amorrortu.
18. Freud, S. (1920). *Más allá del principio de placer*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
19. González, M. & Landero, R. (2007). Cuestionario de afrontamiento al estrés (CAE); validación en una muestra mexicana. *Psicopatología y Psicología Clínica*, 12 (2), 189-198.
20. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2015).
21. Klein, M. (1957). *Envidia, gratitud y otros trabajos*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
22. Klein, M. (1937). *Amor, culpa y reparación; obras completas*. Barcelona, España: Paidós.
23. Kliegman, R., Behrman, R., Jenson, H., Stanton, B. (2008). *Tratado de pediatría*. Barcelona, España: Elsevier.
24. Lacan, J. (1953). *El seminario de Jacques Lacan libro 1: los escritos técnicos de Freud*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
25. Laplanche, J. & Pontalis, J. (2004). *Diccionario de psicoanálisis*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
26. Lazarus, R. & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona, España: Martínez Roca.
27. Mahler, M. (1977). *El nacimiento psicológico del infante humano; simbiosis e individuación*. Buenos Aires, Argentina: Marymar.
28. Mahler, M. (1984). *Simbiosis humana; las vicisitudes de la individuación y psicosis infantil*. México, D.F.; Planeta.

29. Mori, N. & Caballero, J. (agosto, 2010). Historia natural de la depresión. *Revista Peruana de Epidemiología*, 14 (2), 01-05. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=203119666002>.
30. Navas, W. & Vargas, M. (febrero, 2012). Abordaje de la depresión: intervención en crisis. *Revista cúpula*, 26 (2), 19-35. Recuperado de <http://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v26n2/art3.pdf>.
31. Organización Mundial de la Salud (2012)
32. Papalia, D., Wendkons, S., Duskin, R. (2010). *Desarrollo humano*. México, D.F.: Mc Graw Hill.
33. Piaget, J. (1971). *Seis estudios de psicología*. Barcelona, España: Barral.
34. Pileño, M., Morillo, F., Salvadores, P., Nogales, A. (enero, 2003). El enfermo mental. Historia y cuidados desde la época medieval. *Cultura de los cuidados*, 7 (13), 29-35. Recuperado de http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/4814/1/CC_13_06.pdf
35. Polaino, A. (1988). *La depresión*. Barcelona, España: Mtz Roca.
36. Rank, O. (1939). *El trauma del nacimiento*. Barcelona, España: Paidós.
37. Restrepo, G., Hernández, B., Rojas, U., Santacruz, O. Uribe, R. (2008). *Psiquiatría clínica 3ra edición*. Bogotá, Colombia: Médica Internacional.
38. Rojtechberg, S. (2006). *Depresiones; bases clínicas, dinámicas, neurocientíficas y terapéuticas*. Buenos Aires, Argentina: Polemos.
39. Salaverry, O. (marzo, 2012). La piedra de la locura: inicios históricos de la salud mental. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*, 29 (1), 143-148. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v29n1/a22v29n1.pdf>
40. Sánchez, E. & Niebles, C. (2008). *El sistema nervioso central: bases neuroanatómicas y neurofisiológicas*. Bogotá, Colombia: Médica Internacional.
41. Sociedad Mexicana de Psicología. (2009). *Código ético del psicólogo*. México, D.F.: Trillas.

42. Vázquez, F., Muñoz, R. & Becoña, E. (enero, 2000). Depresión: diagnóstico, modelos teóricos y tratamiento a finales del siglo XX. *Psicología conductual*, 8 (3), 417-449. Recuperado de <http://www.psicologiaconductual.com/PDFespanol/2000/art02.3.08.pdf>
43. Tylee & Walters. (2008). *Trastornos del afecto*. Bogotá, Colombia: Médica Internacional.