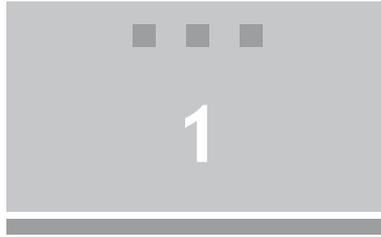


ARTÍCULOS

REFLEXIONES ENTORNO A LA
COOMORBILIDAD ANSIEDAD Y DEPRESION

Ricardo Yamin Lacouture, MD*

Resumen

Se plantean algunas reflexiones con base en la revisión de conceptos fundamentales acerca de la ansiedad y la depresión desde una perspectiva esencialmente psicoanalítica así como algunas generalidades sobre los afectos y los síntomas psíquicos. Se abordan elementos clínicos y teóricos, principalmente sustentados en las teorías freudianas sobre la angustia con las diferencias en sus concepciones anteriores a 1926 y posteriores a este año con la publicación de su trabajo “Inhibición, Síntoma y Angustia”. Finalmente se consideran algunos aspectos relativos a la depresión, las pérdidas y los duelos en general con base en el trabajo de Freud de 1917 “Duelo y Melancolía”.

Palabras clave: síntoma, ansiedad, angustia, depresión, represión, libido, duelo.

Summary

Some reflections are made based on the review of fundamental concepts about anxiety and depression from an essentially psychoanalytic perspective as well as some general aspects related to affects and psychic symptoms. Clinical and theoretical elements are taken into account relying mainly on freudian theories on anxiety and the differences between his notions before 1926 and after that year with the publication of “Inhibitions, Symptoms and Anxiety”. Finally, some general aspects around depression, losses and mourning are also considered based on Freud’s work “Mourning and Melancholia” from 1917.

Key words: symptom, anxiety, depression, repression, libido, mourning.

En este breve ensayo se plantean algunas reflexiones acerca de conceptos básicos sobre la ansiedad y la depresión con la revisión de dos trabajos clásicos que abordan ambos estados emocionales: Inhibición,

Síntoma y Angustia (1) y Duelo y Melancolía (2).

La ansiedad y la depresión son dos de las emociones humanas básicas. Constituyen indudablemente, el mo-

* Médico Psiquiatra Psicoanalista, Universidad del Rosario - Sociedad Colombiana de Psicoanálisis
riyam@hotmail.com

Fecha de recepción: 24 de enero Fecha de aceptación: 20 de febrero

tivo de consulta más frecuente entre los trabajadores de salud mental. Si bien dentro de sus diversas concepciones están claramente definidas como sentimientos distintos, en la práctica clínica la mayor parte de las veces coexisten en una misma persona y su identificación clara por parte del paciente no siempre es tan fácil de realizar. En un sentido amplio, los afectos pueden comprenderse como estados emocionales generales con diferencias cuantitativas y cualitativas. En un sentido más estricto, corresponden a los aspectos cuantitativos de una pulsión.

En términos generales, pueden considerarse los síntomas como señales de alarma tanto a nivel corporal como psíquico. Sin embargo, en el aparato psíquico tienen un importante factor subjetivo por lo cual formas y contenidos iguales tienen en general enormes diferencias cualitativas, funcionales y simbólicas. Los síntomas psíquicos corresponden con muchísima frecuencia a manifestaciones de la angustia o a los intentos del individuo por controlarla o manejarla. Sin embargo, es raro que los pacientes reconozcan la relación entre el síntoma y las situaciones perturbadoras.

Ansiedad y depresión son síntomas que coexisten con mucha más frecuencia de lo que las clasificaciones fenomenológicas tradicionales permiten pensar. En la clínica se observan distintas cualidades de ambos sentimientos debidas al incuestio-

nable valor subjetivo de los síntomas psicológicos o mentales. Además, evidentemente hay diferencias cuantitativas en los sentimientos mencionados en cada paciente. Pero quizás, el hallazgo clínico más habitual es que ambos sentimientos tienden a presentarse de manera simultánea en la mayoría de pacientes, predominando a primera vista el uno o el otro. En lenguaje sencillo y concreto se puede afirmar la existencia de tristezas más tranquilas que otras.

En primera instancia conviene referirse y tratar con mayor amplitud el tema de la angustia pues es más complejo y de más difícil precisión. Tomando como eje central la angustia, es posible comprender la relación salud mental - enfermedad de acuerdo con un criterio cuantitativo con respecto a ella, la forma como se expresa, los tipos de defensa que se utilizan para manejarla, los contenidos involucrados, la fortaleza yoica y el contexto vital de cada paciente. El término "angustia" proviene del griego "angor" que significa estrechez. Es muy probablemente la sensación encontrada con mayor frecuencia para referirse a la vivencia experimentada cuando aparece una imprecisa y no bien definida "estrechez" en el tórax. Desde una perspectiva global, la angustia puede considerarse como una respuesta global de la personalidad ante la presencia de situaciones vividas como amenazantes para la existencia organizada del individuo. Pero, paradójicamente, la angustia fisiológica adaptativa constituye el motor de

la vida psíquica. La capacidad de angustiarse probablemente es innata pero el umbral para experimentarla y tolerarla es muy individual.

La definición de ansiedad en sí también es compleja dada su naturaleza misma. De acuerdo con las consideraciones previas y el inevitable componente subjetivo, las definiciones estandarizadas y uniformes son una pretensión imposible de alcanzar. Sin embargo, a manera de ilustración se mencionan algunas de las vivencias más frecuentes de los pacientes. Algunos la describen como un terror inexplicable con una tensión en aumento. Otros hablan de una expectativa tensa, aprehensiva y dolorosa frente a un “algo” desconocido. Otros más aluden a una intranquilidad penosa, con un presentimiento de daño o desastre futuros. Y aún otros, de manera más general, se refieren a un sentimiento de incertidumbre e impotencia frente a una amenaza imprecisa, vaga y no bien definida.

Freud sostenía que las ideas son catexias de huellas mnémicas, mientras que los afectos y sentimientos corresponden a procesos de descarga cuya manifestación final se percibe como sentimientos. Si bien inicialmente Freud mismo hizo la separación entre ansiedad y angustia hoy día la tendencia es a utilizar ambos términos indistintamente. En aquella época prefería reservarse el término “ansiedad” para aquella vivencia psíquica particular sin evi-

dencia de equivalentes o componentes somáticos. Cuando estos últimos existían, se utilizaba entonces el término angustia. “Ansiedad” era entonces el componente psíquico de la angustia. La razón por la cual esta diferenciación ha perdido vigencia es porque hoy se acepta que el más mínimo estado de ansiedad conlleva siempre alteraciones fisiológicas orgánicas, muchas veces imperceptibles a simple vista, incluso para el mismo sujeto. Freud agregaba que la angustia en general corresponde a una sustitución regular de afectos reprimidos. Es decir, la angustia corresponde al síntoma central de una serie de afectos diversos reprimidos. Es además inherente al conflicto y es también su manifestación constante. Aun más, las concepciones psicoanalíticas de neurosis o psicosis están basadas en los mecanismos de defensa utilizados para manejarla. Así, resulta evidente que la ansiedad - o angustia- constituye uno de los estados mentales más penosos e intolerables. Es por esta razón que el aparato psíquico intenta movilizar cualquier mecanismo disponible para tratar de disminuirla, negarla, evadirla, disfrazarla, transformarla etc. Hasta el año 1926 cuando Freud publica “Inhibición, Síntoma y Angustia”, su concepción de la angustia durante cerca de 30 años tenía una orientación marcadamente biológica. Sostenía él hasta ese año que la angustia era el resultado de la transformación directa de la libido insatisfecha a causa de la represión. Es decir, el planteamiento esencial

era que la represión de la libido provocaba la ansiedad. Esta afirmación era el resultado de observaciones en pacientes cuyos cuadros clínicos llamó Neurosis de Angustia o Neurastenia, cuya etiología global común hacía referencia a deficiencias en la satisfacción sexual genital completa. En síntesis, en este modelo teórico era la represión la directamente responsable de la angustia. (1,2)

A partir de 1926 con la publicación de "Inhibición, Síntoma y Angustia", su punto de vista dio un importante giro, confiriéndole a la angustia una característica mucho más "psíquica". Desde entonces, gracias también a la introducción de la teoría estructural en 1923 con "El Yo y el Ello", la angustia es un afecto experimentado por el yo siempre que se ve enfrentado a un peligro, fundamentalmente el de separación del objeto, su pérdida o la de su amor. Ante estas amenazas, el yo, estimulado por la angustia, moviliza sus mecanismos defensivos. Ahora es la ansiedad la que provoca la represión al poner en marcha los mecanismos defensivos del yo. Es un punto de vista contrario al primero pues en esta segunda teoría de la angustia es la ansiedad la que provoca la represión. En esta segunda teoría le confiere al yo un importante papel en todos los fenómenos pues es el responsable de la creación de diversos mecanismos de defensa cuyo objetivo es evitar la vivencia de ansiedad. (1,3)

De acuerdo entonces con las hipótesis freudianas planteadas en este

trabajo, se destaca la existencia de cuatro tipos básicos de angustia: la realista, la neurótica, la automática y la señal. (3)

A la angustia realista se le denomina también objetiva e incluye la indefensión física frente a un peligro real externo. Implica entonces la percepción objetiva de una situación peligrosa para el yo proveniente del exterior. La angustia neurótica es también llamada subjetiva e incluye la indefensión psíquica frente a un peligro esencialmente pulsional, es decir proveniente del mundo interno. Es por tanto desproporcionada frente al peligro real encontrado. La angustia automática, facilitada por el estado de indefensión psíquica, es disparada por una situación traumática, que debe ser diferenciada de una situación real de peligro. En este caso ocurre una situación traumática pues la intensidad de los estímulos sobrepasa las capacidades del yo para manejarla.

En la situación de expectación de peligro, ante la amenaza de un peligro inminente para la integridad del yo, éste puede responder enviando una "señal de angustia" o "angustia-señal", la cual le permite prepararse mejor para enfrentarlo. El hecho de poder prever una situación de peligro y prepararse para ella en lugar de esperar pasivamente su llegada, muestra un desarrollo y un avance en la capacidad de auto protección. El tema de la depresión finalmente se abordará más brevemente pues

como síntoma existe en general una mayor claridad y comprensión. En términos amplios, se puede considerar la depresión como una reacción individual ante una pérdida actual. Esta pérdida implica una decepción relacionada con la pérdida de un ser amado o de algún ideal. (4)

Para Freud, el proceso de duelo normal involucra la consciencia mientras en el patológico hay gran participación de lo inconsciente pues el paciente no puede percibir conscientemente lo que ha perdido. En su trabajo “Duelo y Melancolía”, Freud diferencia entre un proceso de duelo que bien puede corresponder al denominado duelo normal y otro proceso llamado por él melancolía, más cercano a lo que podría llamarse duelo patológico. Como aplicación clínica actual, es válido entonces sugerir que para que un duelo se torne patológico debe cumplir al menos con dos requisitos previos, los cuales muy probablemente son inseparables: la existencia de una relación de índole narcisista con el objeto perdido y el predominio de la ambivalencia afectiva en ese vínculo. La relación narcisista se caracteriza esencialmente por la existencia de una identificación de tipo narcisista con el objeto, identificación que desde un principio exhibe una importante falta de límites entre el sujeto y el objeto. El objeto existe como una extensión para el psiquismo del sujeto quien inconscientemente lo asume como una parte de él. La ambivalencia afectiva acompañante se

caracteriza por la existencia simultánea de dos sentimientos opuestos hacia ese mismo objeto. Es útil también en los procesos de duelo patológico el concepto de “renegación” (disavowal) que implica un proceso de escisión en el yo, pues mientras una parte del individuo reconoce la pérdida, otra parte, quizás la más importante en la expresión clínica consciente, la niega. (5,6)

Finalmente, desde otra perspectiva, también pueden ser entendidos los procesos depresivos como un predominio de las pulsiones de muerte sobre las de vida, lo cual explica en clínica la presencia frecuente de pulsiones de autodestrucción en estos pacientes, pudiendo llegar incluso al suicidio si estas últimas se imponen sobre las de vida. Los auto reproches y exageradas auto-críticas de estos pacientes pueden ser mejor comprendidos en términos de la teoría estructural del aparato mental de Freud, con la presencia de un superyó excesivamente sádico y cruel con el yo, desequilibrando la armonía habitual existente entre las tres instancias, yo, superyó y ello.

En conclusión, lo más habitual es encontrar ambos estados emocionales coexistiendo en la mayoría de cuadros clínicos. Para poder trabajar y brindarle una comprensión de los factores involucrados al paciente, es importante identificarlos y comprender elementos tanto de su psicogénesis como de su dinámica intrapsíquica. Probablemente lo que

más interesa es que la expresión clínica varía, pues a veces predomina uno de los dos afectos e incluso a veces a primera vista puede parecer que solo uno de ellos está presente. Sin embargo la experiencia clínica demuestra que lo más frecuente es la coexistencia de ambos estados emocionales, apareciendo uno de ellos muchas veces reprimido y el otro dominando de manera más o menos exclusiva la expresión consciente del cuadro clínico.

REFERENCIAS

1. Freud, S. (1926) Inhibición, Síntoma y Angustia. Obras Completas. Editorial Biblioteca Nueva
2. Freud, S. (1917) Duelo y Melancolía. Obras Completas. Editorial Biblioteca Nueva
3. Freud, S. (1923) El Yo y el Ello. Obras Completas. Editorial Biblioteca Nueva
4. Freud, S. (1920) Más allá del Principio del Placer. Obras Completas. Editorial Biblioteca Nueva
5. Freud, S. (1914) Introducción al Narcisismo. Obras Completas. Editorial Biblioteca Nueva
6. Morrison, Andrew P. (1986) Essential Papers on Narcissism. New York University Press