



# CONFIRMAR SI LAS TEORÍAS PSICODINÁMICAS DE FREUD Y ABRAHAM, EXPLICAN LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS MAYORES (MELANCOLIA)

Samara E. Cetina Aguirre, MD. <sup>1</sup>  
Asesor Temático: Álvaro Méndez Peñaranda, MD. <sup>2</sup>

## Resumen

**Objetivo:** Confirmar si las teorías psicodinámicas de Freud y Abraham, explican el Trastorno Depresivo Mayor (Melancolía), en pacientes con Episodio Depresivo Actual. **Materiales y Métodos:** Este es un estudio observacional cualitativo. Se aplicó la entrevista clínica estructurada para los Trastornos del Eje I: SCID-I Versión Clínica para confirmar el diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor. Luego se realizaron entrevistas semiestructuradas de profundización que fueron almacenadas en audio, transcritas y analizadas con un supervisor experto. **Resultados:** Se seleccionaron 5 pacientes a cada uno de los cuales se le realizaron 4 entrevistas semiestructuradas. Todos los pacientes cumplían criterios para Trastorno Depresivo Mayor. Se les confirmó una fijación en la fase oral-sádica. También que el objeto fue reintroyectado y devorado, con una escasa diferenciación entre la libido narcisista y la libido objetal durante la regresión a la etapa oral. En todos los pacientes se evidenció el trato del Yo a sí mismo como un objeto, haciéndose víctima del odio dirigido contra el objeto interno. Todos los pacientes presentaban un conflicto ambivalente e identificaron un evento estresante como desencadenante. **Conclusiones:** Se confirma que siguen vigentes los postulados de Freud y Abraham para el Trastorno Depresivo Mayor (Melancolía).

**Palabras clave:** Depresión, Freud, Abraham, estudio observacional cualitativo.

## Summary

**Background:** This study was designed to confirm if Freud and Abraham's psychodynamic theories do explain Major Depressive Disorder in a group of patients with acute depression. **Method:** This is an observational study where we first applied the Structured Clinical Interview

<sup>1</sup> Especialista en Psiquiatra, Psicoanalista en Formación de la APC  
samara.cetina@gmail.com

<sup>2</sup> Especialista en Psiquiatra, Psicoanalista de la IPA y FEPAL.  
mendalv@hotmail.com

Fecha de recepción: Agosto 2012

Fecha de aceptación: Septiembre 2012

for DSM-IV Axis I disorders (SCID-I) to each possible candidate to confirm the diagnosis of major depression. Afterwards we conducted several sequential interviews with each patient with the confirmed diagnosis to obtain as much information as possible that could be used to reach a psychoanalytic understanding of the presenting symptoms and then see whether they would concur with Sigmund Freud and Karl Abraham's psychodynamic explanation of depression.

**Results:** A total of five (5) candidates met the inclusion criteria and agreed to carry on with the complete interview process. We found through the sequential interviews that in each one of the selected participants there was a fixation at the oral-sadistic stage, in which they had incorporated their primary objects in order to destroy them early in their infancy. The introjected image of the object was the recipient of reproaches or the introjected image directed reproaches against the self. Also in our understanding of the cases we found that there was a withdrawal of libido from external reality and a concomitant turning back of the libido upon the ego. Each patient could pinpoint early stressful situations and we could track their effects on later behavior. **Conclusions:** Through this investigation we could confirm that the theories postulated by Freud and Abraham do explain the rise of major depression.

**Keywords:** Major Depressive Disorder, Depression, psychoanalytic theories, Karl Abraham, Sigmund Freud.

## Introducción

La OMS define a la depresión como el más común de los trastornos mentales. Afecta alrededor de 340 millones de personas en todo el mundo. Con una prevalencia estimada de 15 a 25%, siendo mayor en mujeres e indicó que la depresión se convertirá en el año 2020 en la segunda causa de incapacidad en el mundo, detrás de las enfermedades isquémicas (infartos, insuficiencia coronaria, accidente cerebrovascular) mientras que en el año 2000 ocupaba el cuarto lugar (1).

El estudio global de enfermedades de la Organización Mundial de la Salud informa que la enfermedad psiquiátrica constituye más del 15% de la carga de morbilidad en las sociedades con economías de mercado consolidadas (2). La prevalencia puntual actual de la depresión y la distimia grave en diversos países europeos (Bélgica,

Francia, Alemania, Italia, los Países Bajos y España) es 3,9% y 1,1%, respectivamente. Las tasas de prevalencia en toda la vida de la depresión y la distimia grave son 12,8% y 4,1%, respectivamente (3). Estas tasas indican que la depresión es un problema de salud pública de considerable magnitud. No sólo el individuo diagnosticado con depresión es el que se enfrenta a la dificultad y la deficiencia en muchos dominios del funcionamiento, la enfermedad también puede causar sufrimiento importante a las familias de los individuos que la sufren. Además de las consecuencias individuales de la depresión, las pruebas en el Reino Unido así como en los Estados Unidos indican que los costes directos del tratamiento y los costes indirectos por los días de trabajo perdidos y la mortalidad prematura son también altos (4).

Las enfermedades mentales constituyen una carga importante para la so-

ciudad colombiana, como lo puso de manifiesto el estudio llevado a cabo por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Ministerio de Protección Social en el año 2003 (5), en el cual se encontró una prevalencia de cualquier trastorno de salud mental de 16,0% en un período de un año y de 7,6% si se consideraban los últimos 30 días (6).

En el Estudio Nacional de Salud Mental del 2003 realizado en Colombia, se encontró que los trastornos más frecuentes presentes alguna vez en la vida fueron: los trastornos por ansiedad, con el 19,3%; los trastornos afectivos, con el 15,0%; y los trastornos por uso de sustancias con el 10,6%. Por género, el mismo estudio informa de prevalencia en la vida de Episodio Depresivo Mayor en el 8,6% de los hombres y 14,9% de las mujeres. Por su parte la distimia se encontró en 0,6% en hombres y 0,7% en mujeres (7). Cuando se observa la totalidad de la muestra se evidencian alteraciones en la mayoría de los individuos en cuanto a presencia de síntomas ansiosos y depresivos. El 65,5% (n=38/58) de las personas encuestadas presentaron un cuestionario de Zung para ansiedad positivo con un punto de corte de 40 o más puntos y el 75,9% (n=44/58) un cuestionario de Zung para depresión positivo con un punto de corte de 40 (1).

En el Estudio Nacional de Salud Mental en Colombia del 2003 se estimó la prevalencia año de la depresión en 1,9% (1). En estudios que describen

perfiles epidemiológicos de la población desplazada en Colombia se han encontrado mayores niveles de estrés mental en esta población que en otras, de una forma constante en cuatro localidades diferentes (Cartagena, Montería, Cali y Soacha) (6).

La incidencia del Trastorno Depresivo Mayor es también más alta de lo normal en pacientes de asistencia primaria, en donde se aproxima el 10%, y en pacientes hospitalizados, entre los cuales pueden alcanzar el 15%, convirtiéndose el trastorno depresivo en una de las enfermedades mentales que generan más alto costo a nivel del Sistema de Seguridad Social en Salud, convirtiéndose esta en un problema de salud pública alarmante, puesto que genera en los pacientes que la padecen incapacidad y disfuncionalidad a lo largo de su vida, deteriorando sus diferentes relaciones a nivel de núcleo primario, secundario y social (1).

Según el DSM-IV TR, un trastorno depresivo mayor se define por la presencia de uno o más episodios depresivos mayores sin historias de episodios maniáticos, mixtos o hipomaniacos. Un episodio depresivo mayor debe durar al menos dos semanas; típicamente la persona está deprimida o deja de interesarse por la mayoría de las actividades. Quienes reciben el diagnóstico del episodio depresivo mayor deben también experimentar al menos cuatro síntomas de una lista que incluyen cambios en el apetito y peso, cambios en el

sueño y nivel de actividad, pérdida de energía, sentimientos de culpa, disminución de la capacidad para pensar y tomar decisiones e ideas recurrentes de suicidio o muerte (8).

Los factores psicosociales en una observación clínica clásica, reiteradamente confirmada, indica que los acontecimientos estresantes preceden con más frecuencia a los primeros episodios de trastornos del estado de ánimo que a los episodios posteriores. Una de las teorías propuestas para explicar esta observación es que el estrés que acompaña el primer episodio produce cambios a largo plazo en la biología cerebral. Estos cambios de larga duración pueden producir variaciones en el funcionamiento de diferentes neurotransmisores y sistema de señales intraneuronales, variaciones que implican pérdidas neuronales y una disminución exagerada de conexiones sinápticas. Como consecuencia la persona resulta más vulnerable para sufrir episodios posteriores de trastornos del estado de ánimo, incluso sin factores estresantes externos. Los datos más convincentes indican que el acontecimiento vital más frecuente asociado al desarrollo posterior de una depresión es la pérdida de uno de los progenitores antes de los once años. El factor estresante ambiental más relacionado con el inicio de un episodio depresivo mayor es la pérdida del cónyuge (8).

Todos los seres humanos, sea cual sea su perfil de personalidad, pueden

deprimirse, y de hecho, lo hacen en determinadas circunstancias. No obstante, ciertos tipos de personalidad -oral-dependiente, obsesivo-compulsivo, histérica- presentan un mayor riesgo de depresión que las personalidades antisociales, paranoides u otros grupos que utilizan la proyección y otros mecanismos de defensa para protegerse de su ira interna. Ninguna evidencia indica que un determinado trastorno de la personalidad se relacione con el desarrollo posterior de un trastorno del estado de ánimo (8).

El trastorno depresivo mayor no es un trastorno benigno; tiende a cronificarse y los pacientes suelen recaer. Los pacientes que han sido hospitalizados por un trastorno depresivo mayor tienen un 50% de posibilidades de recuperarse durante el primer año. El porcentaje de individuos que se recuperan tras la hospitalización disminuye con el paso del tiempo, y a los cinco años de esta hospitalización un 10 - 15% no se han recuperado. Muchos de los pacientes que no se recuperan totalmente presentan un trastorno distímico. La recurrencia de los trastornos depresivos mayores es frecuente. Aproximadamente, un 25% de los pacientes experimenta una recurrencia en los primeros 6 meses siguientes al alta hospitalaria, de un 30 a un 50% los primeros dos años, y entre un 50 y un 75% antes de cinco años. La incidencia de recaídas es menor en los pacientes que siguen un tratamiento farmacológico con fines profilácticos y en aquellos

que solo han presentado uno o dos episodios depresivos. En general, a medida que el paciente sufre más episodios depresivos, el tiempo entre estos se reduce y la gravedad se incrementa (8).

Una de las cosas fundamentales que puede decirse de la depresión desde el punto de vista psicodinámico, es que es un patrón congénito de reacción, frente a la pérdida de un ser, objeto, entidad o situación afectivamente significativos, con lo cual se está expresando que el deprimido, habitualmente, está en duelo. La depresión es extraordinariamente frecuente porque las pérdidas lo son de igual manera (9).

**Definición de Duelo:** Es la reacción a la pérdida de un ser amado o de una abstracción equivalente: la patria, la libertad, el ideal, etc. El duelo intenso, la cesación del interés por el mundo exterior, en cuanto no recuerda la persona fallecida, la pérdida de la capacidad de elegir un nuevo objeto amoroso lo que equivaldría a sustituir al desaparecido y al apartamiento de toda actividad no conectada con la memoria del ser querido, recordando que al final de la labor del duelo vuelve a quedar el Yo libre y exento de toda inhibición (10).

**Definición de Melancolía:** Estado de ánimo caracterizado por tristeza persistente y pérdida del interés (11). Condición patológica, en la cual el individuo está deprimido; es inac-

cesible a la mayoría de los estímulos y parece triste sin causa aparente o adecuada (11).

Se caracteriza psíquicamente por un estado de ánimo profundo doloroso, una cesación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de todas las funciones y la disminución de amor propio. Esta última se traduce en autoproches, acusaciones, de que el paciente se hace objeto a sí mismo, y puede llegar incluso a una delirante espera de castigo. Este cuadro se nos hace más inteligible cuando reflexionamos que el duelo muestra también estos caracteres, a excepción de uno solo; la perturbación del amor propio. A este caso podría reducir también aquel en el que la pérdida, causa de la melancolía, es conocida al enfermo, el cual sabe a quién ha perdido, pero no lo que con él ha perdido. De este modo nos veríamos impulsados a relacionar la melancolía con una pérdida del objeto abstraída a la conciencia, diferenciándose así del duelo, en el cual nada de lo que respecta a la pérdida es inconsciente. En el duelo nos explicamos la inhibición y la falta de interés por la labor de duelo, que absorbe el yo. Pero la inhibición melancólica nos produce una impresión enigmática, pues no podemos averiguar qué es lo que absorbe tan por completo al enfermo. El melancólico muestra, además otro carácter que no hallamos en el duelo; una extraordinaria disminución de su amor propio, o sea que un considerable empobrecimiento de su yo. En el

duelo, el mundo aparece desierto y empobrecido ante los ojos del sujeto. En la melancolía es el yo lo que ofrece estos rasgos a la consideración del paciente. Este nos describe su yo como indigno de toda estimación, incapaz de rendimiento valioso alguno y moralmente condenable. Se dirige amargos reproches, se insulta y espera la repulsa y el castigo. Se humilla ante todos los demás y compadece a los suyos por hallarse ligados a una persona tan despreciable. No abriga idea ninguna de que haya tenido efecto en él una modificación, sino que extiende su crítica al pasado y afirma no haber sido nunca mejor. El cuadro de este delirio de empequeñecimiento (principalmente moral) se completa con insomnios, rechazo a alimentarse y un sojuzgamiento, muy singular desde el punto de vista psicológico, del instinto, que refuerza a todo lo animado a mantenerse en vida (10).

**Aportes Psicodinámicos Freud Y Abraham (Teorías Psicoanalíticas):** En el Manuscrito G Freud apunta una definición causal: "La melancolía es un duelo provocado por una pérdida de libido; mientras que los sujetos fuertes son fácilmente atacados por neurosis de angustia, los débiles son accesibles a la melancolía" (12).

Y en una carta posterior a Fliess subraya Freud: "Parece plausible considerar la melancolía manía periódicas como una separación temporal de la otra simultánea descarga de placer y displacer" (13).

Abraham insistía sobre la semejanza entre individuos deprimidos y obsesivos, fundada en la profunda ambivalencia que se da en ambos hacia los demás; la búsqueda de amor quedaba bloqueada por fuertes sentimientos de odio, que a su vez estaban reprimidos debido a la incapacidad del individuo para reconocer su extrema hostilidad, la cual vendría seguida de una posterior proyección: "Las personas no me aman, me odian". En esta formulación la culpa masiva se debería a los deseos destructivos existentes que permanecen inconscientes. Por ello el sujeto coloca el goce en los autorreproches (13).

En un trabajo posterior ("La primera etapa pregenital de la libido"; Abraham, 1916) (14), y tras el intercambio de opiniones con Freud (13), Abraham varía su posición incorporando los periodos libidinales del desarrollo derivados de las teorías expuestas por Freud en la 3ª edición de los Tres ensayos sobre una teoría sexual (Freud, 1915) (15), afirmando: "La Depresión puede ser entendida como una regresión a la primera fase psicosexual (la oral) (...) En las honduras de su inconsciente (del depresivo) hay una tendencia a devorar y arrasar el objeto" (Abraham, 1916) (13) (16).

Probablemente Abraham se apartó de su primera formulación sólo para adecuarse a las etapas psicosexuales freudianas, pero ello permitió anticipar el papel de la Introyección en la Depresión (13).

Freud denota la inquietud que le causa escribir sobre la Melancolía, término que refiere a varias clases de trastornos, señalando a la vez que el reducido grupo de pacientes en el que basa sus hallazgos quizá no baste para hacer generalizaciones válidas, si bien establece que se va a ocupar de la melancolía de naturaleza psicógena, diferenciándola de las afecciones somáticas. Para ello Freud ha unido sus conceptualizaciones de 1894 a las derivadas del examen de los trabajos de Abraham, tal como hemos evidenciado en la correspondencia de Freud; veámoslo de nuevo en sus propias palabras: “Sus observaciones sobre la melancolía me fueron muy valiosas, y he incorporado sin vacilar a mi ensayo todo lo que de ellas pude utilizar. Lo más valioso fue para mí la referencia a la fase oral de la libido; también acogí su vinculación con el duelo (...) casi todo lo que ha escrito me gustó mucho” (13).

Hay sólo dos cosas que hay que señalar: que no marca suficientemente lo esencial de su hipótesis, es decir, el aspecto tópico, la regresión de la libido y el abandono de los investimentos objetales inconscientes; y que pone en primer plano, en lugar de ello, el sadismo y el erotismo anal como elementos explicativos..” (Carta a Abraham de fecha 4-5-1915) (13).

La deuda de Freud con Abraham para la redacción de Duelo y Melancolía queda aquí apuntada, si bien es Freud quien va a pesar en la ulterior fijación del modelo.

La exposición de Freud comienza efectuando una comparación entre duelo y melancolía, conceptos en los que aprecia las siguientes semejanzas y diferencias:

### Semejanzas

- Sensación dolorosa de abatimiento por una pérdida.
- Falta de interés por el mundo externo.
- Pérdida de la capacidad de amar.
- Inhibición de la actividad.

### Diferencias

- En la melancolía hay además disminución de la autoestima dando lugar a autorreproches y a expectativas irracionales de castigo.
- El melancólico tiene una noción muy vaga de la naturaleza de su pérdida y es incapaz de reconocer la causa de su abatimiento (Aún cuando sabe qué ha perdido, no sabe lo que ha perdido con ello); se trata de una pérdida interna e inconsciente. Freud no plantea cómo influye el que el Yo tome una u otra dirección a la hora del curso ulterior del caso. Freud muestra un constante interés por la validación clínica de sus hipótesis. Ejemplo de ello es la carta a Abraham de fecha 27-3-1915 en la que alude a la corroboración provisional de su teoría (13).

Los principales conceptos esbozados por Freud en su explicación dinámica de la Melancolía son:

Ambivalencia: Pertenece a lo reprimido. La pérdida supone sentimien-

tos de amor (desea continuar con la unión libidinal Libido-Objeto) y odio (desea la pérdida del Objeto, e incluso puede ser el causante de la pérdida, desligando Libido de Objeto). El Odio recae sobre su Yo (como sustitución de Objeto) "calumniándolo, humillándolo, haciéndolo sufrir" (Freud, 1915) (15). Esta lucha amor/odio permanece a nivel inconsciente. La ambivalencia puede referirse también a la elección de Objeto.

**Identificación Del Yo Con El Objeto:** En base a este mecanismo Freud explica la contradicción entre la Pérdida sufrida y el efecto de la pérdida sobre el propio Yo. La Libido no fue desplazada sobre otro Objeto, sino retraída al Yo. La identificación del Yo con el Objeto abandonado sustituye la carga erótica, y en consecuencia la relación erótica no puede ser abandonada a pesar del conflicto Sujeto Objeto. El amor por el Objeto es sustituido por la Identificación. Esto implica que la energía de fijación al Objeto erótico tiene que ser grande y que haya escasa resistencia de la carga de objeto. Freud cita a Otto Rank, para quien esta contradicción parece exigir que la elección de objeto se haya efectuado sobre una base narcisista: "La identificación narcisista con el Objeto se convierte en sustituto de la carga erótica, a consecuencia de la cual no puede ser abandonada la relación erótica. Esta sustitución del amor al objeto por una identificación es un importante mecanismo en las afecciones narcisistas" (Freud, 1915) (15). Sí esto es

así la predisposición a la melancolía dependerá en parte del predominio de una elección de objeto de tipo narcisista. Esta cuestión va a ser objeto de una importante controversia posterior, particularmente por que en este caso se daría la regresión de la carga de objeto a la fase oral de la libido, perteneciendo por tanto al narcisismo. La melancolía resulta del cruce entre el proceso del duelo y el proceso de la regresión de la elección de objeto narcisista al narcisismo (13).

La explicación dinámica que Freud realizó de los procesos de Duelo y Melancolía se puede resumir de la siguiente manera:

### **Proceso del duelo**

- a. Unión Libidinal Elección Sujeto Objeto. Enlace libido a Objeto; unión Sujeto Objeto.
- b. Pérdida De Objeto Muerte o desaparición del Objeto.
- c. Examen De La Situación Examen de la realidad: el Objeto amado no existe.
- d. Demanda A La Libido para que abandone la ligazón con el Objeto.
- e. Oposición A La Demanda La persona no abandona la posición de la libido aunque tenga objeto sustitutivo. Esto no se puede realizar inmediatamente, sino de forma paulatina, con gran gasto de tiempo y energía
- f. El Objeto perdido continúa existiendo en el Psiquismo.
- g. Tarea dolorosa: Recuerdos y esperanzas que son punto de enlace de



la Libido y el Objeto son repetidamente activados y sobrecargados, para sustituir el Objeto de la Libido.

- h. La Realidad Se Impone El Yo renuncia al Objeto: El Yo queda libre y exento de inhibición, recupera la libertad de su libido, desligándose del Objeto Perdido (13).

### Proceso de la melancolía

- a. Unión Libidinal Elección de Objeto: Enlace de la Libido con el Objeto
- b. Perdida De Objeto La causa estimular puede ser más variada que el Duelo. Puede ser pérdida o amenaza de pérdida, de índole material (muerte del Objeto amado) o ideal (pérdida como Objeto erótico). Puede tratarse de una pérdida desconocida (no consciente)
- c. Examen De La Situación Examen de la situación a nivel inconsciente, no de la realidad consciente.
- d. Conmoción en la relación objetal:
- e. Ambivalencia No se da el desplazamiento de la Libido a otro Objeto.
- f. Libido Libre Una parte de la carga libidinal se da en Identificación del Yo con el Objeto (abandonado). La otra parte de la carga libidinal retrocede a la Fase Sádica.
- g. El Yo Es Juzgado Como Objeto Abandonado Una parte del Yo se sitúa frente a la otra y la crítica como sí la tomara por Objeto (la pérdida de objeto se transforma en una pérdida del Yo).
- h. Hostilidad El conflicto Yo Objeto amado se transforma en No Consciente disociación entre la activi-

dad crítica del Yo y el Yo modificado por la identificación. Por eso los reproches con los que el paciente se abruma corresponden al objeto erótico y han sido vueltos contra el propio Yo. También se dan los reproches referidos realmente al Yo que sirven para encubrir los restantes y dificultar el conocimiento de la verdadera situación. No hay verdadera vergüenza en lo que se autoatribuyen porque esta disfraza una heteroatribución (La mujer que compadece al marido por hallarse ligado a un ser tan inútil como ella, reprocha en realidad al marido su inutilidad).

- i. El Yo Se Impone Al Objeto Freud ignora cómo se produce, pero apunta dos posibilidades: El proceso llega a término en nivel inconsciente, una vez apaciguada la cólera del Yo. Abandona al Objeto por considerarlo carente de todo valor (17).

Retroceso A La Fase Sádica: Por influjo de la ambivalencia expresada el odio recae sobre el objeto sustitutivo (el Yo) haciéndolo sufrir y cifrando en ello el goce, goce referido a la venganza hacia el objeto amado, por el cual la melancolía se ofrece como refugio para que el paciente no tenga que exteriorizar su hostilidad. El intento de suicidio es en consecuencia explicable para Freud en el contexto del sadismo, como un retorno de la carga de objeto hacia sí, lo que le hace posible tratarse a sí mismo como objeto. El Yo queda entonces bajo el dominio del Objeto (13).

En dicho trabajo (1917) Freud intenta también ofrecer un modelo para explicar la Manía (10). Freud resalta la presencia de contenidos idénticos en la melancolía y en la manía, un mismo conflicto, en el que en el caso de la Manía el Yo somete al Objeto. Entre las posibles explicaciones apunta la liberación masiva de la carga acumulada en la melancolía, como contracarga. Pero en este triunfo del Yo sobre el Objeto, el Yo ignora en qué y sobre qué ha triunfado, por lo que vorazmente se dirige hacia nuevas cargas de objeto. La Manía también estaría en relación con la regresión de la libido al narcisismo. Freud se esfuerza a intentar explicar la manía sin que llegue a quedar satisfecho de sus propuestas, plausiblemente forzadas por la supuesta complementariedad melancolía manía. La peculiar psicogénesis de la Manía ha dado lugar al desarrollo de modelos específicos por otros autores (13).

Tras la redacción de este trabajo Freud se interesará por una vertiente antropológica y cultural de la melancolía, señalando que ocupa las etapas finales de la evolución histórico ontogenética de las neurosis (13). Freud continuará su elaboración de la teoría de la Manía en "Psicología de la masas y análisis del Yo" (1921) (18). Tras la aparición de este artículo de Freud, Abraham en habitual intercambio de ideas con Freud (13) se dedica en su trabajo "Un breve estudio de la evolución de la libido considerada a la luz de los trastornos mentales" (1924) (19) a organizar una

tipología de la enfermedad basada en la fijación a distintas etapas libidinales en la que:

- a) Supone que el depresivo, en los intervalos sanos, es un obsesivo.
- b) El obsesivo es capaz de activar defensas para detener la profundización de la regresión, defensas con las que el depresivo no puede contar.
- c) Lo "perdido" es una parte del Yo, lo que determina una actitud ambivalente del sujeto consigo mismo (13).

Abraham se interesa por los factores etiológicos, aportando ejemplos clínicos: Entre ellos la frecuente relación entre el comienzo de una depresión y el sufrir un desengaño amoroso (repetición inconsciente de la pérdida de un objeto de amor en la infancia); este desengaño infantil habría de tener lugar antes del periodo edípico, cuando la libido infantil aún es de tipo narcisista (13).

En el trabajo de 1924 (19), Abraham resumió sus tres contribuciones al modelo psicoanalítico de la depresión, considerando los siguientes factores predisponentes:

- 1) Un factor constitucional, ligado con una excesiva acentuación del erotismo
- 2) Especial fijación al nivel oral, expresado en la vida diaria por desproporcionadas lamentaciones ante las frustraciones y excesivas actividades orales (succión, alimentación).

- 3) Un daño severo al narcisismo infantil (sucesivos desengaños amorosos que conducen al prototipo infantil de depresión "Paratimia primaria").
- 4) Aparición del primer desengaño amoroso antes de que los deseos edípicos hayan sido superados.
- 5) Repetición del desengaño original en épocas posteriores de la vida (13).

La posición de Abraham podemos resumirla con sus propias palabras: "Cuando la persona melancólica sufre un desengaño insoportable infligido por su objeto de amor, tiende a expulsarlo y destruirlo como si se tratara de heces. Cumple a continuación el acto de introyectarlo y devorarlo, acto que es una forma específicamente melancólica de identificación narcisista. Su sádica sed de venganza puede satisfacerse ahora atormentando al Yo, actividad que es en parte fuente de placer" (Abraham, 1924) (19).

En 1911, Abraham afirmaba que en el paciente depresivo, los sentimientos inconscientes de hostilidad hacia la persona pérdida (real o simbólica) se dirigen contra sí mismo, a medida que lo son las deficiencias o debilidades que él atribuido (por lo general de la forma inconsciente) a la persona perdida. Abraham opinaba que el depresivo percibe una pérdida como rechazo de sí mismo por la manera en la que confunde inconscientemente con experiencias previas sensibilizadoras (20).

Abraham incluye la incidencia de dificultades emocionales significativas durante la fase oral del desarrollo infantil (antes de la resolución del complejo de Edipo). El origen de estas dificultades es, por lo general, la pérdida de amor en el niño. Este hecho ocasiona una fijación del desarrollo afectivo en el estadio oral, con una consiguiente exageración del erotismo oral, que implica no sólo una dependencia característica con relación a las fuentes de satisfacción oral directa sino también una dependencia general respecto de las personas y de los acontecimientos para proveerse de gratificaciones afectivas. Según esta teoría, se da una recapitulación (simbólica) de la pérdida primaria de la infancia en épocas más tardías de la vida, la cual conduce a una reacción depresiva (13).

En su escrito de 1917, Duelo y melancolía, Freud amplió las ideas de Abraham para dar una base teórica al concepto de la depresión en términos de una teoría psicoanalítica. Según Freud, la diferencia esencial entre pesadumbre y depresión consiste en que en la última hay una acentuada pérdida de autoestima (10). Decía: "En la pesadumbre, el mundo se torna pobre y vacío; en la melancolía, se vacía y torna pobre el yo mismo". Además en el duelo la pérdida es consciente, mientras en la depresión la pérdida es inconsciente (13).

Freud señalaba que, en el curso normal del duelo, la persona a quién esté consciente separa las emociones

previamente asociadas con la persona perdida y llega a identificarse él mismo con estos sentimientos. Sus sentimientos ambivalentes previos de odio hacia el objeto perdido, sentimientos no expresados y quizá no reconocidos, se canalizan dirigiéndose al propio sujeto. Este hecho se caracteriza por:

1. Irritación dirigida al objeto perdido, procedente de sentimientos de resentimiento y abandono.
2. Sentimientos de culpa respecto del objeto perdido, emanantes de los pecados de omisión (o de comisión), reales o imaginarios, de la persona afectada por el duelo.
3. Un sentimiento de sufrimiento y pérdida, centrado en la persona misma (13).

Es evidente que la pérdida de un objeto amado, que Freud considera esencial en el desarrollo de la depresión, no implica necesariamente la muerte real de una persona. Freud afirmaba que la ausencia de amor y de apoyo de parte de una figura significativa (por lo general uno de los padres) durante un estadio crucial del desarrollo predispone a un individuo a la depresión en épocas posteriores de la vida. Según él, es esta pérdida, posteriormente recapitulada en forma simbólica, lo que origina la depresión (13).

Para Freud, un paciente depresivo había padecido también una pérdida, aunque ésta pudiera ser simbólica y no reconocida como tal. Consideraba

al autorreproche y la pérdida de estimación propia que se desarrollan en la depresión como dirigidas hacia la persona introyectada y pérdida. Esto es, cuando un paciente depresivo insiste en su mala conducta, en sus deficiencias e insuficiencias, está de hecho expresando sus sentimientos inconscientes respecto a la persona pérdida. En lugar de identificarse simplemente con la persona perdida, el paciente asume los atributos que percibía de esta persona. Como resultado, exagera sus pecados e insuficiencias, aun cuando no tengan relación alguna con la realidad de su vida. Estos representan sus ideas y sus sentimientos no manifestados sobre el objeto (13).

De esta suerte la depresión se transforma en el proceso narcisista dirigido hacia el interior, en vez de estarlo hacia el exterior. Un rasgo típico de la sintomatología de un paciente depresivo consiste en su carácter sadomasoquista. Proviene éste de la ambivalencia hacia el objeto perdido e incorporado y es causa de que el paciente manifieste ideas de desprecio de sí mismo, de autodenigración y deriva, con frecuencia, hacia una conducta autodestructiva. Freud puso también de relieve la característica dependencia oral de los pacientes depresivos (una necesidad exagerada de una ayuda emocional continuada) (13).

Por lo anterior se quiso investigar y de esta forma profundizar en el mundo interno de los pacientes con

Trastorno Depresivo, para así llegar a una comprensión más completa de los pacientes en psicoterapia y así lograr que esta sea mucho más efectiva. Todo esto basado en las teorías psicodinámicas de Freud y Abraham.

### **Metodología**

1. Estudio observacional de metodología cualitativa con entrevistas a profundidad.
2. A los pacientes que aceptaron hacer parte del estudio se les explicó en qué consiste la investigación, para el diligenciamiento del consentimiento informado y de esta manera se procedió a la aplicación de la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I (SCID-I Versión Clínica) (21).
3. Se seleccionaron 5 pacientes a quienes con la aplicación de la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I, el Capítulo A. Criterios para el Episodio Depresivo Mayor (SCID-I Versión Clínica) (21) se les confirmó el Diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor.
4. A los 5 pacientes que se les confirmó el Diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor se les realizaron en promedio 4 entrevistas de una hora de duración aproximadamente, guiadas por una entrevista semiestructurada donde se profundizaron los 7 dominios propuestos, y la información se almacenó al medio audio.
5. Las 20 entrevistas aproximadamente realizadas a los 5 pacientes fueron transcritas del medio audio.

6. Teniendo la transcripción de las entrevistas se analizó la información con el supervisor.
7. En conjunto con el supervisor se procedió a confirmar cada uno de los dominios que están basados en las teorías de Freud y Abraham que explican el Trastorno Depresivo Mayor, para la confirmación de estas.
8. Finalmente se realizó la discusión y conclusiones finales.

### **Criterios de Selección**

#### **Criterios de inclusión:**

1. Paciente a quienes se les haya aplicado la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I, el Capítulo A. Criterios para el Episodio Depresivo Mayor (SCID-I Versión Clínica) (21) y se les confirme el Diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor actual.
2. Pacientes mayores de 18 años con Trastorno Depresivo Mayor actual.
3. Pacientes quienes ya confirmado el Trastorno Depresivo Mayor actual acepten la realización de aproximadamente 4 entrevistas semiestructuradas o las que sean necesarias para lograr la verificación de los dominios propuestos, que se ejecutarán en momentos diferentes y tendrán cada una, una duración aproximada de 60 minutos.
4. Pacientes a quienes ya confirmado el Trastorno Depresivo Mayor consientan la participación y acepten grabar las entrevistas al medio audio para luego ser transcritas y analizadas.

### **Criterios de exclusión**

1. Pacientes con antecedente de Trastorno Afectivo Bipolar.
2. Pacientes con antecedente de Esquizofrenia Paranoide, Trastorno Esquizoafectivo, Trastorno Delirante y otros trastornos psicóticos.
3. Paciente con antecedente de Retraso Mental, Demencia, Trastornos amnésicos y Trastornos Mentales debidos a Enfermedad Médica.
4. Pacientes que tengan algún vínculo psicoterapéutico con los investigadores.

### **Criterios de discontinuación**

1. Pacientes quienes por alguna circunstancia no cumplan con las 4 entrevistas previamente acordadas.

### **Dominios del estudio fueron:**

1. La fijación a nivel oral y/o la regresión a esta primera fase psicosexual.
2. Renuncia a la esperanza de satisfacer las tendencias libidinales y abandono de los investimentos objetales inconscientes.
3. La ambivalencia frente al objeto.
4. Identificación del Yo con el objeto.
5. Repetición inconsciente de la pérdida de un objeto de amor en la infancia.
6. Ausencia de amor y de apoyo de parte de una figura significativa durante un estadio crucial del desarrollo.
7. Eventos estresantes a lo largo de la vida.

### **Resultados**

1. Los pacientes entrevistados todos cumplían criterios para Episodio Depresivo Mayor confirmado por la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV (SCID-I) (21).
2. Todos los pacientes incluidos en el estudio fueron profesionales, 2 pertenecían al área de la salud, 2 al área del Diseño y 1 Comunicadora Social, 4 se encontraban hospitalizados en el Instituto Colombiano del Sistema Nervioso “Clínica Montserrat” y 1 consultaba de forma ambulatoria.
3. Los pacientes se encontraban entre un rango de edad entre los 29 y los 46 años, 4 pacientes eran mujeres y 1 paciente era hombre, todos eran procedentes de Bogotá, 3 eran católicos no practicantes, 1 paciente Cristiano no legalista y 1 ateo, 2 eran solteros, 2 dos divorciados y 1 una viuda.
4. Se encontró que sólo 1 paciente al momento de realizar la entrevista, estaba cursando con su primer Episodio Depresivo, 2 pacientes ya había tenido Episodios Depresivos previos documentados y tratados farmacológicamente y 2 pacientes había tenido un Episodio Depresivo Previo pero no había sido documentado.
5. Solo un paciente a quien se le realizó dos entrevistas, se descarto

del estudio puesto que se observó que el material recopilado en estas era parte del resultado de la psicoterapia que la investigadora había realizado con esta, desde hace 6 meses y a partir de esta paciente se incluyó como criterio de exclusión que los pacientes que hacían parte de la investigación no tuvieran ningún vínculo con los investigadores del estudio, para disminuir sesgos.

6. A todos los pacientes se les confirmó que en el Trastorno Depresivo Mayor (Melancolía) se evidencia una fijación en la segunda etapa de la fase oral, la fase oral-sádica, puesto que presentaban insomnio, hiporexia con pérdida de peso, descuido en su higiene personal, aumento del consumo de cigarrillo; 1 paciente tuvo movimientos orofaciales a manera de chupeteo y 1 Dependencia al Zolpidem además presentaron sentimientos de autoreproches, culpa, ideas sobrevaloradas de minusvalía, desesperanza y muerte y conductas autolesivas en su cuadro clínico.
7. A los 5 pacientes del estudio se les evidenció que durante la regresión a la etapa oral, el objeto lo reintroyectaron y devoraron, con una escasa diferenciación entre la libido narcisista y la libido objetal, presentando entonces astenia, adinamia, anhedonia, anergia, dificultad para la concentración, sentimientos de tristeza, vacío y
- de soledad, sensación de ser vulnerables y de no poder sentirse amados, repercutiendo en el funcionamiento de sus áreas laboral, familiar, social o de pareja.
8. Se comprobó en todos los pacientes, que la libido objetal de los pacientes experimenta, un doble destino: una parte de ella retrocede hasta la identificación y la otra parte hasta la fase oral sádica.
9. Los pacientes a consecuencia de alguna frustración sufrida en la relación con el objeto, la libido fue substraída a éste, pero en lugar de ser desplazada a otro nuevo objeto, fue retraída al yo, estableciéndose entonces una identificación del yo con el objeto al que la libido había abandonado, presentándose así que en el Trastorno Depresivo Mayor (Melancolía) de los pacientes estudiados, el yo se trata a sí mismo como un objeto y, por lo tanto se hace víctima del odio dirigido contra el objeto interno y exhiban conductas autolesivas e ideas de muerte, ánimo triste, disminución de la autoestima, sensación de angustia e intranquilidad y se identificaban tanto física como emocionalmente con el objeto perdido.
10. Todos los pacientes incluidos en el estudio presentaban un conflicto ambivalente, confirmándose estos por los sentimientos encontrados hacia sus figuras paternas primarias y en sus relaciones sen-

timentales actuales que habían generado el cuadro de alguna u otra manera.

11. El conflicto en los pacientes con el objeto reaviva e intensifica la ambivalencia preexistente y, por tanto, el odio que latía junto al amor.
12. Todos los pacientes identificaron un evento estresante como desencadenante de su cuadro depresivo actual.
13. A todos los pacientes se les confirmó cada uno de los 7 dominios propuestos.

### Conclusiones

1. Este estudio observacional de corte cualitativo confirma que en la época actual siguen vigentes los postulados de Freud y Abraham para el Trastorno Depresivo Mayor (Melancolía).
2. Las pérdidas del Trastorno Depresivo Mayor (Melancolía) en los pacientes había tenido lugar en su propio yo y por eso habían desarrollado la sintomatología.
3. En los pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (Melancolía) en el estudio, conseguían por el camino indirecto del autocastigo su venganza de los objetos primitivos y atormentar a los que ama, por medio de la enfermedad, después de haberse refugiado a ésta para no tener que mostrarle directamente la hostilidad.
4. Se demostró que todas las decepciones, fracasos, pérdidas, etc., vividas por los pacientes que desencadenaron el Trastorno Depresivo Mayor (Melancolía) no obran efecto solas, sino en tanto que eran representantes de repeticiones de la decepciones primarias, reaccionando como si de ellas se trataran.
5. Se comprobó en los pacientes que tuvieron experiencias traumáticas infantiles que estas pueden ser reales, como ocurre en los casos de pérdida del objeto por muerte, enfermedad o abandono total o parcial; pero en la mayoría de los casos la pérdida se produce únicamente en la fantasía del niño, almacenándose estas en el inconsciente y en el mundo intrapsíquico, para finalmente expresarse en la sintomatología aguda en la vida adulta.
6. En los pacientes en que el motivo desencadenante fue una pérdida o decepción en relación a alguna persona amada, el conflicto interno tuvo lugar entre el yo y el objeto primario, jugando el paciente únicamente el papel de factor de puesta en marcha, de sus conflictos intrapsíquicos.
7. La depresión se transforma en el proceso narcisista dirigido hacia el interior, en vez de estarlo hacia el exterior, como se pudo confirmar con los pacientes.



8. Y finalmente pero no menos importante que las teorías psicodinámicas, siguen siendo una herramienta principal y fundamental para la comprensión de los pacientes en cualquier tipo de psicoterapia y aún más para la que está enfocada psicodinámicamente.

## Referencias

1. Ávila JD, Escobar F, Chica HL. Prevalencia de Ansiedad y Depresión en Alcohólicos Hospitalizados para Desintoxicación en Bogotá. *Rev Fac Med Univ Nac Colomb.* 2005;53(4):219-225.
2. Murray CJL, López AD. *The Global Burden of Disease.* Boston: Harvard University Press; 1996.
3. ESEMeD / MHEDEA 2000 Investigators. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of mental disorders (ESEMeD Proje)t *Acta Psychiatr Scand.* 2004;109(420):21-27.
4. Henken HT, Huibers MJH, Churchill R, Restifo K, Roelofs J. *Terapia familiar para la depresión Revisión Cochrane traducida.* Oxford: Update software Ltd; 2008. Disponible en: <http://212.169.42.7/newgenClib-Plus/pdf/CD006728.pdf>.
5. Vallejo J, Gasto G. *Trastornos afectivos: Ansiedad y Depresión.* Barcelona: Salvat Editores; 1990.
6. Puertas G, Ríos C, del Valle H. Prevalencia de trastornos mentales comunes en barrios marginales urbanos con población desplazada en Colombia. *Rev Panam Salud Publica.* 2006;20(5):324-330.
7. Formoso D, González N, Aiken L. Family conflict and children's internalizing and externalizing behavior: Protective factors. *Am J Community Psychol* 2000; 28(2):175-99.
8. Kaplan H, Sadock B. *Sinopsis de Psiquiatría.* Madrid: Editorial Panamericana; 1999.
9. Lizarazo A. Aspectos Psicodinámicos del Síndrome Depresivo. *Revista de la Asociación Psicoanalítica Colombiana.* 2005;16(3,4).
10. Freud S. *Duelo y Melancolía (1917).* Obras Completas. Madrid: Biblioteca Nueva; 1968.
11. English HB -English A. *Diccionario de Psicología y Psicoanálisis.* Buenos Aires: Paidós; 1977.
12. Freud S. *Manuscrito G Melancolía (1895).* Obras Completas. Madrid: Biblioteca Nueva; 1968.
13. Avila A. Psicodinámica de la depresión. *Anales de psicología.* 1990; 6(1):37-58.
14. Abraham K. *La primera etapa pregenital de la Libido (1916).* Contribuciones a la Teoría de la Libido. Buenos Aires: Hormé; 1994.
15. Freud S. *Tres ensayos sobre una teoría sexual (1915).* Obras Completas. Madrid: Biblioteca Nueva; 1968.
16. Abraham K. *La Primera Etapa Pregenital de la Libido (1916).* Contribuciones a la Teoría de la Libido. Buenos Aires: Hormé; 1994.
17. Rojas E. *Psicopatología De La Depresión.* Barcelona: Salvat Editores; 1981.
18. Freud S. *Psicología de las Masas y Análisis del Yo (1921).* Obras Completas. Madrid: Biblioteca Nueva; 1968.
19. Abraham K. *Un Breve Estudio de la Evolución de la Libido Considerada a la Luz de los Trastornos Mentales (1924).* Contribuciones a la Teoría de la Libido. Buenos Aires: Hormé; 1994.
20. Abraham K. *Notas sobre la Investigación y Tratamiento de la Locura Maníaco-depresiva y Condiciones Asociadas (1911).* Psicoanálisis Clínico. Buenos Aires: Hormé; 1994.
21. First MB, Spitzer RL, Williams JB, Gibbon M. *Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV, Versión Clínica (SCID-I-VC).* Barcelona: Masson; 1999.
22. Gabbard GO. *Psiquiatría Psicodinámica en La Práctica Clínica.* Madrid: Editorial Panamericana; 2002.

23. Braunwald E, Fauci A. Principios de Medicina Interna Harrison. México : Mc Graw Hill; 2002.
24. Brainsky S. Manual de Psicología y Psicopatología Dinámicas. Bogotá: Carlos Valencia Editores; 1986.
25. Mandels J. La Depresión. Barcelona: Editorial Herder; 1972.
26. Rojas E. Aspectos Clínicos de La Depresión. Madrid: Editorial Paz Montalvo; 1982.
27. Polaino A. La Depresión. Barcelona: Ediciones Martínez Roca SA; 1985
28. Vélez H, Rojas W. Fundamentos de Medicina: Psiquiatría. Medellín: Corporación Para Investigaciones Biológicas; 2004.
29. Prevalencia de Depresión en Estudiantes de Medicina en La Universidad del Valle. Rev Colomb Psiquiat. 2000;29(3):251-260.
30. Gaviria S, Rodríguez M A. Calidad de la relación familiar y depresión en estudiantes de medicina de Medellín, Colombia, 2000. Rev Chil Neuro-Psiquiat 2002;40:41-6.
31. Robins LN, Regier DA. Psychiatric Disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area Study. New York: Free Pr; 1991.
32. American Psychiatric Association. DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (4 edición, texto revisado). Barcelona: Ed. Masson; 2002.
33. Rojtenberg S. Depresiones. Buenos Aires: Editorial Polemos; 2006.
34. Arieti S. y Bemporad, J. Severe and Mild Depression. The Psychotherapeutic Approach. New York: Basic Books; 1978. (Trad. castellana: Psicoterapia de la Depresión. Buenos Aires: Paidós; 1981).
35. Benedek T. Toward the biology of the depressive constellation. J Am Psychoanal Assoc. 1956;4:389-427.
36. Benedek T. Ambivalencia y constelación depresiva en el Sí mismo. Boston: EJ Anthony & T Benedek Eds.; 1975.
37. Benedek T. Depression and Human Existence. Boston: Little, Brown & Co. (Trad. castellana: Depresión y existencia humana. Barcelona: Salvat, 1981).
38. Bibring E. The mechanism of Depression. Affective Disorders. New York: International University Press. (Trad. castellana: Perturbaciones de la Afectividad. Buenos Aires: Hormé; 1953).
39. Bowlby J. Processes of Mourning. Int J Psychoanal. 1961;42:317-340.
40. Bowlby J. Attachment and Loss. Vol. 1: Attachment. London: The Hogarth Press; 1969. (Trad. castellana: El vínculo afectivo. Barcelona: Paidós; 1976).
41. Bowlby J. Attachment and Loss. Vol. 2: Separation. London: The Hogarth Press; 1973. (Trad. castellana: La separación afectiva. Barcelona: Paidós, 1976).
42. Bowlby J. Attachment and Loss. Vol. 3: Loss. London: The Hogarth Press; 1980. (Trad. castellana: La pérdida afectiva: Tristeza y Depresión. Barcelona: Paidós, 1984).
43. Fairbairn R. Psychoanalytic Studies of the Personality. London: Tavistock Publications; 1952. (Trad. castellana: Estudio psicoanalítico de la personalidad. Buenos Aires: Hormé).
44. Freud S. El Yo y el Ello. Obras Completas. Madrid: Biblioteca Nueva; 1968.
45. Coderch J. Psiquiatría Dinámica. Barcelona : Editorial Herder; 1982.
46. Polit DF, Hungler BP. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. México: McGraw-Hill Interamericana; 2000.