



Universidad Nacional de Rosario

Facultad de Psicología

Trabajo Integrador Final

*“El abordaje de la depresión desde la
cognitiva y el psicoanálisis”*

Autora: Banchio, Aldana **Legajo:** B-5216/

Docente responsable: Ronchese, Cristina

Resumen.....	2
Fundamentación.....	3
Objetivos.....	4
Introducción.....	5
Desarrollo.....	6-23
Conclusión.....	24-29
Bibliografía.....	30

Resumen

El siguiente escrito toma como problemática el abordaje de la depresión desde la terapia cognitiva y el psicoanálisis.

En primer lugar, haciendo alusión a la terapia cognitiva tomando como referente a los aportes de Aron Beck.

En segundo lugar, se abordará la conceptualización que realiza dentro del ámbito del cognitivismo, Vittorio Guidano, principal teórico de la terapia cognitiva pos racionalista.

Y por último, se tomará el recorrido que realiza el psicoanálisis ante esta problemática.

A fin de poder comparar sus aportes teóricos, y hacer discutir a dichos autores.

- Palabras claves: depresión, angustia, tristeza.

Fundamentación:

La problemática escogida a desarrollar en el presente escrito, trata de la depresión la cual es muy recurrente en la actualidad, siendo un gran malestar en la cultura.

Es muy relevante realizar una investigación bibliográfica desde diversos enfoques, para poder determinar y describir como la conceptualiza cada área psicológica, abarcando sus principales síntomas.

La Organización Mundial de la Salud determinó en un comunicado de prensa a fines del año pasado que la depresión es la principal causa de problemas de salud y discapacidad en todo el mundo. Según las últimas estimaciones de dicha organización, más de 300 millones de personas viven con depresión, un incremento de más del 18% entre 2005 y 2017. La falta de apoyo a las personas con trastornos mentales, junto con el miedo al estigma, impiden que muchos accedan al tratamiento que necesitan para vivir vidas saludables y productivas.

El diario “La Capital” de Mar del Plata, en su apartado de ciencia y salud, publicó que “en el mundo hay cada vez más gente deprimida, tal es así, que este problema de salud mental constituye hoy la cuarta causa por la que hoy, las personas dejan de llevar una vida normal -no van a trabajar, se aíslan, en muchos casos deben ser internadas o medicadas- y se estima que para el 2020, será la segunda causa de discapacidad, según advierte la OMS”.

Objetivos:

Objetivo general:

- Examinar la conceptualización de la depresión desde diversos enfoques dentro del campo de la psicología cognitiva y el psicoanálisis.

Objetivos específicos:

- Delimitar el abordaje de la depresión en la terapia cognitiva y la terapia cognitiva pos racionalista.
- Especificar el recorrido que realiza el psicoanálisis acerca de la depresión.
- Comparar ambas teorías acerca de la problemática.

Introducción

Existe gran variedad de perspectivas psicológicas, cada una de ellas, caracterizada por una particular forma de pensar a la mente humana, es decir, de dar cuenta del funcionamiento de la actividad psíquica, que surge a partir de los fundamentos epistemológicos de base.

A su vez, los desarrollos teóricos están determinados por el contexto histórico y social en el que se desarrolla, y los objetivos e intereses particulares del autor.

Teniendo en cuenta lo anteriormente dicho, puede considerarse que desde las distintas perspectivas psicológicas el abordaje de la depresión será diverso.

El siguiente escrito se basa en la exposición de tal patología desde la psicología cognitiva, tomando a Aron Beck como referente y principal precursor de la terapia cognitiva, también dentro de ella haciendo referencia a Vittorio Guidano creador de la terapia cognitiva pos racionalista. Y por último, abordando tal problemática desde el psicoanálisis Freudiano. Con el fin de comparar, y hacer discutir a ambos enfoques.

Solemos encontrar que tal enfermedad es muy recurrente en el malestar de nuestra cultura, pasando desapercibida por los propios sujetos que la padecen, menospreciándola como tal, y no recurriendo a un tratamiento terapéutico por el estigma que eso conlleva.

Desarrollo

➤ **Terapia cognitiva.**

La terapia cognitiva se define como *“un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar diversas alteraciones psiquiátricas, como por ejemplo: Ansiedad, depresión y fobia”* (Beck, 2005. p,11).

La misma se basa en el supuesto teórico subyacente de que los efectos y las condiciones del individuo están estructurados por el modo en que estos estructuran el mundo.

Las técnicas terapéuticas utilizadas van a identificar y modificar las conceptualizaciones distorsionadas y las falsas creencias. El paciente aprende a resolver problemas y situaciones que anteriormente había creído imposible, mediante la reevaluación y modificación de su pensamiento.

El terapeuta cognitivo ayuda al paciente a pensar y actuar de una forma más realista y adaptativa en relación con sus problemas psicológicos, reduciendo y eliminando así los síntomas.

Esta terapia se basa en un empirismo colaborativo como método:

En contraste con las terapias tradicionales, como la terapia del psicoanálisis o la terapia centrada en el cliente, el terapeuta que aplica la terapia cognitiva se encuentra en continua interacción y contacto con el paciente de manera intencional. El terapeuta estructura a la terapia según un diseño específico que requiere la participación y la colaboración del paciente (...)(Beck,2005. p,13).

El paciente depresivo al principio se siente confundido, distraído o preocupado, su participación suele ser limitada en esta fase. Pero lo va a estimular para que participe activamente luego.

Esta terapia se centra en los problemas del aquí y ahora, se presta escasa atención a la infancia salvo que califique de esta forma a los hechos actuales. Su objetivo principal es investigar los pensamientos y sentimientos del paciente durante la sesión y en el transcurso de ellas. No interpretan a lo inconsciente, si no que trabaja de manera activa con el paciente para la exploración de las experiencias psicológicas de este y en la elaboración de programas de actividades y tareas.

Se difiere de las demás escuelas de psicología por su énfasis en la investigación empírica de los pensamientos, inferencias, conclusiones y supuestos automáticos del paciente.

Beck, fue el principal teórico del modelo cognitivo de la depresión. El mismo ha surgido a partir de observaciones clínicas y de investigaciones experimentales. Surgió entonces, de la confluencia del enfoque clínico y experimental. Existen tres componentes específicos para explicar el sustrato psicológico de la depresión.

Partiendo principalmente de la triada cognitiva: “*Consiste en tres patrones principales que inducen al paciente a considerarse así mismo, su futuro y sus experiencias de un modo idiosincrático*” (Beck, 2005, p.15).

En primer componente de la triada, se centra en la visión negativa del paciente de sí mismo:

El paciente se ve desgraciado, torpe, enfermo, con poca valía. Tiende a atribuir sus experiencias a un defecto suyo, de tipo psíquico, moral, o físico. Debido a este modo de ver las cosas, el paciente cree que, a causa de estos defectos, es un inútil, carece de valor. Tiende a subestimarse a criticarse a si mismo en base a sus defectos. Por último,

piensa que carece de los atributos que considera esenciales para lograr la alegría y la felicidad. (Beck, 2005, p.15).

El segundo componente, se centra en la tendencia del depresivo a interpretar sus experiencias de una manera negativas:

Le parece que el mundo le hace demandas exageradas y/o le presenta obstáculos insuperables para alcanzar sus objetivos. Interpreta sus interacciones con el entorno animado o inanimado, en términos, de relaciones de derrota o frustración. Estas interpretaciones negativas se hacen evidentes cuando se observa como construye el paciente lasituaciones en una dirección negativa, aun cuando pudieran hacerse interpretaciones alternativas más plausibles. La persona depresiva puede darse de que sus interpretaciones iniciales estaban desviadas si se le anima a reflexionar sobre otras explicaciones alternativas menos negativas. En este sentido, puede llegar a darse cuenta de que estaba tergiversando los hechos para que se ajustasen a las conclusiones negativas que se había formado de antemano. (Beck, 2005, p.16).

Y en último lugar, se halla la visión negativa acerca del futuro:

Cuando la persona depresiva hace proyectos de gran alcance, está anticipando que sus dificultades o sus sufrimientos actuales continuaran indefinidamente. Espera penas, frustraciones y privaciones interminables. Cuando piensa en hacerse cargo de una determinada tarea en un futuro inmediato, inevitablemente sus expectativas son de fracaso. (Beck, 2005, p.16).

El modelo cognitivo de la depresión considera al resto de los signos y síntomas como consecuencia de patrones cognitivos negativos. Por ejemplo, si el paciente cree erróneamente que va a ser rechazado, reaccionara con el mismo efecto negativo

(tristeza, enfado) que cuando el rechazo es real. Si piensa que vive marginado de la realidad, se sentirá solo.

Los síntomas motivacionales (por ejemplo, poca fuerza de voluntad, deseos de escape y evitación) también pueden considerarse como consecuencia de las cogniciones negativas. La poca fuerza de voluntad viene provocada por el pesimismo y desesperación del paciente. Si esperamos un resultado negativo, no puede comprometerse a realizar una determinada tarea. Los deseos de suicidio pueden entenderse como expresión extrema del deseo de escapar a lo que parecen ser problemas irresolubles o una situación intolerable. El depresivo puede verse a sí mismo como una carga inútil y consecuentemente pensar que sería mejor para todos, incluido el mismo, si estuviese muerto.

La creciente dependencia también se puede entender en términos cognitivos. *“Dado que el paciente se ve como inepto y dado que sobreestima la dificultad de las tareas, espera fracasar en todo. Así, tiende a buscar la ayuda y seguridad en otros que él considera más competentes y capacitados”* (Beck, 2005, p.16).

Por último, el modelo cognitivo también puede explicar a los síntomas físicos de la depresión. La apatía y las pocas energías pueden ser consecuencia de la creencia del paciente de que está predestinado a fracasar en todo cuanto se proponga. La visión negativa del futuro (sensación de futilidad) puede producir una inhibición psicomotriz.

Otro patrón cognitivo presente en este sustrato de la depresión es el modelo de esquemas: *“Este concepto se utiliza para explicar porque mantiene el paciente depresivo actitudes que lo hacen sufrir y son contraproducentes, incluso contra la evidencia objetiva de que existen factores positivos en su vida”*. (Beck, 2005, p.16).

Se define a los esquemas como:

Aquellos patrones cognitivos estables. Cuando un individuo se enfrenta a una situación, el esquema es la base para actuar, localizar, codificar y diferenciar el estímulo con que se enfrenta el individuo. Este categoriza y evalúa sus experiencias por una matriz de esquemas. (Beck, 2005, p.18).

Los esquemas utilizados estructuran las experiencias, determinando la manera de responder de la persona.

En la depresión hay esquemas inadecuados prepotentes, idiosincráticos. Si la depresión es leve se podrá controlar, en cambio si es más severa se va a encontrar plegado de ideas, interpretaciones negativas. Esos esquemas idiosincráticos producen distorsiones de la realidad y por eso surgen errores en el pensamiento del individuo, y así, se ve cada vez más incapacitado de ver sus ideas erróneas.

Por otro lado, Biglieri, en el Manual de Terapia Cognitiva Conductual de los trastornos de ansiedad, define a los esquemas como: *“estructuras del procesamiento de la información que participan en la generación y adscripción de los significados, permitiendo construir de esta manera, una visión estable de sí mismo y del mundo”* (Biglieri, 2011, p.10).

En último lugar, se encuentran los errores en el proceso de la información: *“los errores sistemáticos que se dan en el pensamiento del depresivo mantienen la creencia del paciente en la validez de sus conceptos negativos, incluso a pesar de la existencia de evidencia contraria”* (Beck, 2005, p.21).

Existen 6 errores en dicho procesamiento:

- Interferencia arbitraria (relativo a la respuesta): *“proceso que se refiere a adelantar a una conclusión en ausencia de una evidencia, o cuando la evidencia es contraria a la conclusión”*. (Beck,2005,p.22).
- Abstracción selectiva (relativo al estímulo): *“consiste en centrarse en un detalle extraído fuera de su contexto, ignorando otras características más relevantes de la situación y conceptualizar toda su experiencia en base a ese fragmento”*. (Beck, 2005, p.22).
- Generalización excesiva (relativo a la respuesta): *“se refiere al proceso de elaborar una regla general o una conclusión a partir de uno o varios hechos aislados y aplicar el concepto tanto a situaciones relacionadas como a situaciones inconexas”* (Beck, 2005, p.22).
- Maximización y minimización (relativo a la respuesta): *“quedan reflejadas en los errores cometidos al evaluar la significación o magnitud de un evento, errores de tal calibre que constituyen a una distorsión”*. (Beck, 2005, p.22).
- Personalización (relativo a la respuesta): *“se refiere a la tendencia y a la facilidad del cliente para atribuirse así mismo fenómenos externos, cuando no existe una base firme para realizar tal conexión”* (Beck, 2010, p.22).
- Pensamiento absolutista y dicotómico (relativo a la respuesta): *“se manifiesta en la tendencia a clasificar las experiencias según una o dos categorías opuestas, por ejemplo, impecable o sucio, santo o pecador. Para describirse así mismo el paciente utiliza las categorías del extremo negativo”* (Beck, 2005, p.22).

El modelo cognitivo de la depresión plantea que ciertas experiencias tempranas predisponen para una conceptualización negativa en un futuro, los cuales permanecerían latentes y se activarían por ciertas circunstancias como por ejemplo, una ruptura matrimonial, el fallecimiento de un ser querido.

Para poder realizar un correcto trato terapéutico de la depresión es necesario que el terapeuta tenga un sólido conocimiento de tal patología, de sus consecuencias y es necesario que se entrenen en este campo para desarrollar empatía, calidez y aceptación.

Generalmente, esta terapia consta de 15-20 sesiones una vez a la semana. Los casos más graves suelen adquirir sesiones más frecuentes, dos semanales durante 4 o 5 semanas. Hacia el fin del tratamiento se recomienda la terapia de apoyo. Estas visitas de seguimiento pueden programarse de acuerdo a ciertos criterios o dejarse a la elección del propio paciente.

➤ **Terapia cognitiva pos racionalista.**

La misma fue creada e impulsada por Vittorio Guidano, es denominada como pos racionalista ya que refiere a la óptica del cognitivismo pero situándose en un marco posterior a las terapias de corte racionalista, como por ejemplo la anteriormente mencionada. Esta le daba primacía a la cognición (creencias irracionales). En cambio, Guidano le otorga importancia a la emoción y a la experiencia.

Este encuadra su visión desde una perspectiva evolutiva siguiendo a Bowlby y a las actividades de Crittenden.

El cognitivismo deriva del conductismo. En los años 70 este sufrió una crisis por falta de explicaciones ante su éxito, y además por ser demasiado simplista respondiendo a una fórmula “estimulo-respuesta”. Consideraban a la mente como algo innecesario, como una caja negra, lo cual lo hizo insostenible y lo que llevo a los mismos conductistas a desarrollar el cognitivismo.

El origen de la terapia cognitiva se da al introducir una variable intermedia que era el organismo mismo. Era la mente quien almacenaba, procesaba y distribuía la

información. En el mismo momento se comenzaron a confrontar dos teorías: En primer lugar, entender a la mente como una computadora (almacena, recoge y distribuye información) tal desarrollo se correspondía con la terapia racionalista. En segundo lugar, se consideraba a la mente como una constructora de significados. Es el significado lo que da un sentido de continuidad y permanencia en la vida.

A fines de los 80 se produce un cambio, en base a una crisis empirista, y así es como se instituyó esta terapia pos racionalista. Basándose en el supuesto de *“la mente como constructora de significados”* (Guidano, 2001, p.10)

Guidano toma como antecedente tanto a Bowlby, como a Maturana. Siguiendo a el último mencionado, el mismo plantea que *“el primer aspecto consiste en comprender que animales somos y qué tipo de características tenemos”* (Guidano, 2001, p.10)

(...) En la escalera evolutiva somos primates, mamíferos que vivían a diferencia de los otros, en un mundo intersubjetivo. En su mundo se sobrevive si todos están en una coordinación recíproca continua, coordinación de condiciones, modos y formas de vivir. Sobrevivir consistía en estar en una organización consensual. (Guidano, 2010, p.11)

Antes se tomaba al hombre como algo ya hecho sin tener en cuenta a lo evolutivo. El es un primate, y de allí aparecen las relaciones en grupo, cada uno vive en un mundo intersubjetivo, personal.

De Bowlby retoma la conceptualización del apego y de los patrones de apego.

(...) El apego es un proceso muy complejo. Primero se lo entendía como aquellas condiciones que establece el niño para mantener la proximidad de sus padres, se lo entendía antes como cercanía física y el alejamiento físico como ausencia del mismo.

Luego, se comprendió como un proceso más complejo, el nene que se encontraba lejos de los padres y se sentía bien no es un nene que no tenga apego, si no que tiene un buen apego hasta el punto de tener una internalización de la imagen de los padres quedándose psicológicamente vinculado a ellos aun en la ausencia(...)

(Guidano,2001,p.11)

Es muy importante la separación para desarrollar un buen apego.

Se describen tres principales tipos de apego, que fueron evaluados en niños mediante “la situación del extraño” (Ainsworth, 1978), donde la madre tras un periodo con el niño en la sala, abandonaba la misma, dejando al niño con un extraño y regresando posteriormente. Los niños con un apego seguro eran capaces de explorar el entorno en ausencia de su madre y buscaban el contacto ante situaciones de inseguridad.

Como así también, no tienen dificultad de acercarse o alejarse de los padres, sin presentar problemas en su relación. Los mismos, favorecen a la exploración del mundo externo. En segundo lugar, niños con apego ambivalente mostraban gran ansiedad ante la separación y eran muy difíciles de calmar incluso al volver la figura de apego, es decir que el niño no confía que su cuidador sea accesible o sensible cuando se lo necesite, la exploración del mundo es ansiosa. Estos, mantienen una proximidad con los padres en base a sus recursos afectivos. Los progenitores aquí son demasiado atentos y le transmiten a su niño que el mundo es peligroso y solo sobrevivirían al cuidado de ellos. Tal protección, es discontinua y no predecible. Cuando más los necesitan menos están y viceversa.

Por último, los niños con un apego inseguro ansioso-avoidante, no buscaban al progenitor y permanecían indiferentes a su llegada, el niño es autosuficiente ya que ésta es la mejor manera de que los padres no lo rechacen. Estos niños guardan distancia con

ellos, permanecen rígidos si los mismos se acercan, evitando también el contacto emocional.

Aquí los padres son rechazantes mas aun cuando el nene expresa su problema, necesidad o pide ayuda y lo aceptan cuando no produce ningún problema. También se caracterizan por ser indiferentes y poco atentos. Rechazan y critican a sus hijos cuando no se comportan de manera correcta.

Estos patrones de apego son esenciales para el desarrollo humano, como así también para la construcción del sentido de sí mismo, que conjuntamente a esto van a formar lo que él denomina como Organización de significado personal.

El modo específico de organizar las experiencias emotivas, es lo que se define como una Organización de Significado Personal (OSP). De este modo *“una OSP es una llave explicativa de cómo es procesada la experiencia, de cómo son los procesos de conocimiento en el ser humano, y de ninguna manera una nueva nosología que solamente ponga nuevas etiquetas a viejos fenómenos”*. (Guidano, 2001, p.15)

Vittorio Guidano comenzó a describir las principales organizaciones intentando mostrar cómo esta noción tiene importantes consecuencias sobre la manera de reformular la psicopatología, las concepciones de trastornos y cuadros clínicos conocidos por la psiquiatría oficial o tradicional.

Según este autor, una Organización de significado personal *“es la resultante de una combinación entre experiencia inmediata y nivel de explicación; es el modo en el cual un sistema organiza todas las posibilidades de su dominio emotivo en una configuración de conjunto de tal modo de proporcionar una percepción estable y definida de sí mismo y del mundo”*. (Guidano, 2001, p.15)

El ser humano por tanto, vive en una realidad intersubjetiva, en la que es posible reconocerse sólo en una relación con los demás; como consecuencia, la matriz de la que es posible extraer tonalidades emocionales, con las cuales construir significados personales, es la matriz de tonalidades emocionales que pertenece al mundo intersubjetivo.

Una OSP debe ser entendida como un proceso y no como una entidad en sí misma. Es decir, no está caracterizada por un particular contenido de conocimiento, sino por la forma, la modalidad, la manera de procesar el conocimiento. El significado personal no coincide con el contenido. Guidano realiza esta aclaración, debido a que en la psiquiatría y psicología tradicional, se había puesto el énfasis en este último.

No se deben considerar estas categorías como si fueran la realidad en sí misma, sino que son instrumentos explicativos. De esta manera, no es posible encontrarlas en estado puro, lo común es que se observen combinaciones; además no hacen referencia a una patología específica, ya que una OSP puede dar origen a varios cuadros clínicos. En síntesis, las OSP hacen referencia al modo en que la persona ordena su propia experiencia; y esta forma, que para un observador externo tendría las contradicciones e incongruencias de todo sistema auto-organizado y auto-referido, puede ser una modalidad totalmente coherente.

Es a partir de estas organizaciones de significado personal en relación con un determinado patrón de apego como se va a constituir en el individuo una patología o la otra.

- **La organización de significado personal depresiva.**

Esta organización se desarrolla en relación al patrón de apego evitativo, anteriormente descrito.

Es el proceso de vinculación en el cual surgen emociones conectadas con la pérdida, que son el desamparo/desesperación y la rabia. Estas emociones corresponden a la organización unitaria del dominio emotivo individual. El dominio emotivo, está organizado unitariamente sobre el sentido de pérdida y desilusión. La pérdida no es solo física, sino también afectiva debido a que el niño no tiene la experiencia de acceso emocional seguro y estable con su padre, esta experiencia es una pérdida afectiva que el niño no puede organizar sobre el soporte emocional de ayuda que le dan sus padres, por lo que tiene que confiar únicamente en sí mismo para manejarse y enfrentarse de alguna manera a su ambiente social. (Guidano, 2001, p.35).

(...)La Organización Depresiva, puede ser definida, entonces, como la tendencia que tienen determinadas personas a responder a cualquier evento de la vida en la forma de desamparo y desesperación. Aquí el significado personal está centrado en el sentido de soledad, se organiza en un circuito recurrente de esquemas emocionales que oscilan entre el desamparo, la tristeza y la rabia; y luego, el ordenamiento explícito o consciente, en términos de una imagen negativa de sí mismo en el sentido de no ser querible, y de una atribución de causalidad interna, global y estable. (Guidano, 2001, p.37).

La estrategia utilizada por estas personas, es la de confiar solamente en ellos mismos como estrategia de control: característica que Bowlby llamó la autoconfianza compulsiva.

Es decir, que tales personas van a organizar toda su vida en un sentido negativo, por esta falta de afecto y emotividad por parte de los padres.

Tal terapia consiste en un determinado método, denominado “método de auto observación”. El mismo es necesario *“para estudiar la interfase entre explicación y la experiencia. Este es el sector del trabajo hasta el final. Ver esa relación y luego trabajar para reorganizar esa explicación para que mas material de esa experiencia inmediata, vivida, sea reconocida, integrado en el nivel de la explicación”*(Guidano, 2001, p.42).

El procedimiento básico consiste en lo siguiente: *“El problema con que el cliente llega debe ser reconstruido en hechos, eventos. Los cuales deben ser traducidos en escenas. Todo debe ser reconstruido en una escena cinematográfica, dándole instrucciones al paciente”* (Guidano, 2001, p.42).

Al comienzo se lo debe entrenar al paciente, y el terapeuta debe prestar atención haga ese trabajo, que decodifique toda su problemática en escenas. Luego se lo incita a que recorra todas las escenas de adelante para atrás, y de atrás para adelante. Mas tarde, una por una.

El terapeuta debe identificar en ellas donde ha surgido la ira, la angustia, la tristeza. Y una vez señalada, se la debe destacar del resto, verla en si misma, por si sola, ver sus diversos puntos de vistas.

El paciente así logra destacar una serie de emociones que había pasado por alto, que no registro en su momento. Debe ser consciente de todas sus sensaciones y así dar más riqueza a la explicación de padecer.

➤ **Psicoanálisis.**

Tal disciplina fue fundada por Sigmund Freud.

Luego de un arduo trabajo y re trabajo, dicho autor funda el psicoanálisis gracias a su experiencia práctica, luego de estudiar analíticamente varios pacientes lo elabora, como así también a su método: asociación libre.

El psicoanálisis consta de un método de investigación que consiste esencialmente en evidenciar la significación inconsciente de las palabras, actos, producciones imaginarias (sueños, fantasías, delirios) de un individuo. Este método se basa principalmente en asociaciones libres del sujeto, que garantizan la validez de la interpretación. La interpretación psicoanalítica puede extenderse también a producciones humanas para las que no se dispone de asociaciones libres. (Laplanche & Pontalis, 1996, p.316).

El método del psicoanálisis es la asociación libre, definido como un: *“Método que consiste en expresar sin discriminación todos los pensamientos que vienen a la mente, ya sea a partir de un elemento dado (palabra, número, imagen de un sueño, representación cualquiera), ya sea de forma espontánea”*.(Laplanche& Pontalis,1996,p.317).

Para arribar al desarrollo de la depresión en el psicoanálisis, es necesario definir la etimología latina de la depresión que proviene, de “prémere” que significa: apretar, oprimir; y “deprimiere”: empujar hacia abajo. Tales afectos son los que un sujeto depresivo siente.

La depresión es un conjunto de afectos del sujeto: tristeza, inhibición, abatimiento, desgano, crisis de llanto, angustia, frustración, aislamiento, dolor, desesperanza, decepción, desamor. Los afectos están presentes y tienen un lugar destacado en la vivencia del sujeto. Un psicoanálisis no comienza sin afecto: el sufrimiento que afecta, el dolor, el “no va más”, un imposible de soportar, lo real. Cada ser parlante está afectado de una forma particular. (Bertholet, 1997, p.51).

El psicoanálisis toma al afecto por la palabra, lo invita a pasar a lo dicho, a que el sujeto pueda meterse en el enunciado y hacer aparecer su enunciación. Así el

psicoanálisis no invita a pasar la mostración ni a la actuación; tampoco es solo una mera confesión de lo que la persona ya sabe o cree saber. Apunta a la verdad.

El psicoanálisis interroga la verdad como saber (inconsciente), no solo como afecto vivido, yendo en contra del prejuicio psicológico tan frecuente: que el afecto y el pensamiento serían exteriores el uno al otro. Y espera que el sujeto produzca no solo afectos, sino los significantes que regulan su relación a la verdad inconsciente. El trayecto de un análisis va desde los afectos, desde el sufrimiento, a la queja y al síntoma analítico. (Bertholet, 1997, p.51).

Siguiendo a Bertholet (1997), el mismo, plantea que los afectos depresivos son dos: La tristeza y la inhibición. *“Son dos los signos por lo que se hace evidente la depresión, combinados o de a uno por vez: la inhibición y la tristeza; tanto uno como otro, consecuencia de una inhibición simbólica, ya que falta significación, es un momento donde está dañado el sentido de la vida”* (Bertholet, 1997, p.52).

Freud en su escrito “Inhibición, síntoma y angustia” (1926) describe allí a la inhibición (frecuente signo de los estados depresivos). Como una “limitación funcional del yo”. Se trata de una renuncia a la función, porque a raíz de su ejercicio se desarrollaría la angustia. Tal limitación funcional del yo, tiene diferentes razones, siempre en la intención de evitar la emergencia de angustia: para evitar un conflicto con el ello y para evitar un conflicto con el superyó, al servicio de la auto punición, para que el yo no disfrute de provecho y éxito.

En el recorrido que realiza Freud en su obra podemos vislumbrar dos teorías de la angustia, en primer lugar él consideraba que era la represión lo que provocaba a la angustia. Pero luego, determina que esto no era así, ya que es la angustia lo que conllevaba a la represión misma.

Él diferencia la angustia automática de la señal. La angustia automática, es definida como una, *“reacción del individuo cada vez que se encuentra en una situación traumática, es decir, sometido a una afluencia de excitaciones, de origen externo o interno, que es incapaz de controlar. La angustia automática, se opone, en la opinión de Freud, a la señal de angustia”*. (Laplanche& Pontalis, 1996, p.340).

La angustia señal, es aquella *“angustia ante un peligro exterior que constituye para el individuo una amenaza real”* (Laplanche& Pontalis, 1996, p.340) esta es la que permite al yo dar una señal de displacer y así se inicia el proceso de la represión.

En Inhibición, síntoma y angustia (1926) el desarrolla el concepto de tristeza y lo diferencia con el de angustia, considerando a la primera como el otro afecto de las depresiones. La tristeza se define como *“una reacción que surge una vez producida la pérdida, y puesto que este objeto ya no existe más. Lleva a cabo a la separación”* (Freud, 1925, p.159).

En cambio la angustia, *“es la reacción de un peligro ante la pérdida de un objeto”*(Freud, 1925, p.159)

A partir de la angustia y la tristeza podemos comprender a la inhibición general de los estados depresivos. Se abriría así una vía para pensar a la depresión en la neurosis, a partir de la inhibición y su relación con la angustia, con el deseo, el mandato superyoico, los ideales y el narcisismo.

Freud en su escrito el “yo y el ello” en 1923, expone al yo como amo de tres esclavos “del mundo exterior, del ello, y del superyó” se enfrenta continuamente a los peligros del cuerpo, la naturaleza ,del mundo interior, de la libido, y también a las demandas del superyó, que ante su incumplimiento se producen castigos auto

punitorios. Bertholet (1997) plantea que se podría ubicar en cada uno de estos rostros de lo real una causa de la depresión.

Respecto al superyó, el goce retorna en la depresión, después del sacrificio de goce impuesto por el superyó y aceptado por el yo. Esto quiere decir que por mas renunciaciones que el yo esté dispuesto a hacer para evitar la angustia, el superyó, se ensaña mortificando al sujeto, cualquiera sea la experiencia que viva, haciéndose presente tanto bajo el modo del auto reproches, de una profunda y dolorosa frustración, como también de una repetición pulsional que se lee en los sucesivos fracasos en la vida de un paciente (Bertholet, 1997, p.53).

Bertholet (1997) sostiene que desde Freud hasta Melanie Klein, el paradigma de la depresión es el proceso del duelo, el mismo se define como: “una reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces como la patria, la libertad, un ideal, etc.” (Freud, 1915, p.15).

Siguiendo la caracterización que realiza Freud (1915) del duelo, este consiste en una pérdida de interés por el mundo externo, la pérdida de la capacidad de escoger un nuevo objeto de amor y el extrañamiento con respecto de cualquier trabajo productivo.

Y eso mismo es lo que ocurre en la depresión y es lo que lo conlleva a definir a Bertholet (1997) el duelo como paradigma de la depresión.

Por último, es necesario determinar el modo de tratar en el psicoanálisis a las depresiones.

En cuanto al tratamiento del sufrimiento depresivo, al analista le cabe ofrecer al sujeto un semblante, una manera de dirigirse a él, que le facilite construir un otro de la demanda, otro al que demandarle saber que le pasa, de que sufre. Esto en principio se

logra a través de una escucha atenta y precisa, de tal modo que se intervenga, para que el sujeto vaya rectificando sus relaciones con la realidad, no en vías a alguna adaptación si no en vías a que el lugar de la causa del malestar pase del exterior, del mundo, al sujeto, permitiéndole convertir en pregunta lo que antes estaba tapado por una falsa respuesta. El analista, es quien dirige la cura a fin de pasar de la depresión, la tristeza y de la inhibición como modos de gozar de la pérdida, a un estado distinto, que tomara la forma de un síntoma, de recuerdos, de angustia también, pero no solo para seguir gozando y sufriendo, sino para comprender la posición frente a lo real, la posición frente al otro, la posición de mortificación en la que se encuentra. (Bertholet, 1997, p.64).

Dicho autor sostiene que es un compromiso del analista el de no mostrarse indiferente, sabiendo que la orientación de la cura tiende a la implicación del sujeto en su mensaje, implicación no en el enunciado, si no en la enunciación y que se verifique esa implicación en la transferencia.

“Habitar el mundo, vivir, es poder vivir con la experiencia de la pérdida, habitar un mundo tal que él pueda incluir ese dolor allí. No deshacerse u olvidárselo si no verdaderamente habitarlo” (Bertholet, 1997, p.64).

Conclusión

Los autores desarrollados anteriormente, se posicionan desde diversos marcos epistemológicos y sus posicionamientos surgen en momentos históricos y culturales diferentes. Es por eso que difieren ante la problemática a lo largo del escrito.

Se puede divisar cómo la terapia cognitiva hace un abordaje exhaustivo de los componentes psicológicos presentes en la depresión, dando gran relevancia a la distorsiones, los errores y a la negatividad que ella implica. El cliente organiza toda su vida, en esa dirección de acuerdo a la composición de un cierto número de patrones que lo predisponen para ello.

Esta terapia se centra en la cognición, las creencias erróneas o distorsionadas, cuyo método consiste en poder modificar tales ideas en otras más adaptativas para su supervivencia.

Cuentan con múltiples técnicas y tareas, las más comunes son las que consisten en un registro semanal de las actividades del paciente, tareas a realizar en casa, y también en aconsejar que deba hacer algún tipo de ejercicio, o alguna actividad placentera para con el sujeto.

El tratamiento transcurre en un corto lapso de tiempo, alrededor de 4 o 5 meses, donde el paciente se dirige a terapia una vez por semana o, en ciertas excepciones por ser mas graves dos veces. La misma se centra en el tiempo presente, en el aquí y ahora, en los problemas que surgen en el momento, o en el transcurso de los días. No otorgan demasiada atención a la sexualidad, ni a la infancia, solo si califica a algún hecho actual.

La depresión debe ser abarcada dentro de ese número de sesiones, tratando de develar qué creencia se encuentra por detrás de la patología, al dar con determinada

idea, debe comunicársela al enfermo de manera tal que no sea impactante, y re trabajar con ella, hasta que se llegue a una dirección positiva.

Es por medio de la tríada cognitiva que se mencionó a lo largo del desarrollo como van a determinar el modo de actuar con el individuo, se considera que detrás de todo paciente se encuentra ese sustrato psicológico de la depresión.

Por otra parte, se puede vislumbrar que la terapia cognitiva pos racionalista, ya no sólo centra su interés en la cognición y creencias. Si no que, su objetivo de trabajo es además la emoción y la experiencia misma.

Guidano (2001), determina la existencia de ciertas organizaciones de significado personal, las mismas se ubican de acuerdo a un determinado patrón de apego y es lo que determina la construcción del significado de sí mismo, es decir, la constitución del individuo y como será su vida en un futuro.

Él aborda a la depresión de acuerdo a un determinado patrón de apego, el apego evitativo, donde el niño evita el contacto tanto físico como afectivo de sus padres. Y crece en soledad, se siente más seguro estando solo que con los progenitores.

Esta organización se desarrolla por medio de una distancia en la relación del individuo con los adultos responsables, el vivencia su desarrollo en su transcurrir como una perdida ya sea afectiva o física de sus progenitores.

Es una situación de vínculo donde el niño no se siente acudido, no tiene soporte afectivo alguno de sus padres. Son familias que generalmente lo tratan como adultos, no lo cuidan ni lo protegen.

El niño se acostumbra así hacer todo en soledad, y no compartir con nadie.

El sentido que acompaña a la pérdida, es un sentido de si mismo negativo y de separación del resto del mundo, lo cual determina la organización de toda su tonalidad emotiva.

Se basa en el método de la auto observación, tratando de lograr que el cliente pueda reforzar su explicación en cuanto al padecer de la problemática, que pueda ser consciente y registrar todas sus sensaciones, a fin de esclarecer su postura.

También se centra en el tiempo presente, no hace referencia al pasado, si no a los hechos que transcurren en el día a día.

Por último, podemos apreciar en el campo del psicoanálisis, la definición de depresión como un conjunto de afectos, los principales son la inhibición y la tristeza. Pudiendo determinar en el estado depresivo una inhibición general de las funciones, como por ejemplo, pérdida del interés del mundo exterior, pérdida de la capacidad de amar, como así también el extrañamiento ante un trabajo productivo (características que también están presentes en el duelo)

Ante la presencia de una angustia indeterminada, se produce en el aparato psíquico la represión, provocando esta fuerza de desalojo, inhibiciones (limitación de determinadas funciones normales).

El yo siempre se encuentra expuesto a diversos peligros, del mundo exterior, interior (ello) y del superyó. Ante tales circunstancias, el yo puede reaccionar desarrollando angustia, por no poder responder a tales exigencias.

Para el tratamiento de la depresión desde el psicoanálisis, es sumamente necesario que el analista se encuentre implicado y comprometido para con el sujeto, para que este pueda implicarse en el tratamiento efectivamente.

El mismo suscita que no se rechace mas esta angustia, tristeza en su vida, sino que, forme parte de esta, de su enunciación y pueda así poner en palabras lo que siente, y le pasa para poder hacer un pasaje de lo reprimido, del inconsciente a lo consiente.

Al analista será una persona muy implicada y decisiva en su quehacer, prestando precipitada atención al discurso de este, y ayudando a poner en palabras aquello que el mismo no puede simbolizar, por ya no tener un sentido en su vida.

El psicoanálisis también, toma en cuenta la historia del sujeto. A diferencia de la terapia cognitiva, que solo presta atención si lo es necesario o si justifica un hecho de la actualidad.

Su método consta de la asociación libre, el sujeto va a comunicar lo que se le ocurra en el momento, y el hilo de la terapia va hacer llevado de acuerdo a lo que el paciente traiga a sesión.

Como futura profesional de la salud mental, y psicóloga considero que es muy importante tener un amplio conocimiento dentro del área psi.

Para luego de un acabado recorrido, pueda adoptar un estilo terapéutico, y una formación teórica que me caracterice tanto como persona, y como profesional.

Partiendo de mi interés, y del recorrido transitado a lo largo de toda la carrera, considero que en el día de mañana adoptaría una posición ligada a la terapia cognitiva ya que me siento atraída desde tal perspectiva, gracias a sus postulados y aportes, permitiendo así seguir investigando y estudiando más allá de lo que vi dentro de esta hermosa carrera.

Para culminar mi trabajo tome una cita de Waztlawick (1998), haciendo referencia a la selección del estilo del terapeuta:

“Esta selección es la que pauta, por medio de las distinciones pertinentes, nuestra epistemología, nuestra forma de conocer el mundo, y es desde ésta, donde como terapeutas elegimos un modelo teórico, avalado por una teoría determinada. La teoría entra en nosotros y nosotros entramos en la teoría y así, la misma se construye en nosotros.

Las teorías, son a su vez las que respaldan y conforman modelos del saber y del conocimiento; en este caso los modelos terapéuticos se estructuran partiendo de dichas bases teóricas y se moldean a través de lo pragmático.

Este futuro terapeuta se posicionará ante su elección, con la carga de su historia, o sea, como portavoz de un código familiar, de estereotipos que conforman sus estructuras conceptuales y solamente desde allí podrá elegir. Entra así en un modelo y el modelo entra en él, la construcción está por comenzar.

Todos estos elementos de sus rasgos de personalidad, de sus constructos personales, conformarán un estilo personal que se pondrá en juego en el plano de lo pragmático por lo tanto, es inevitable que el modelo que adopte, sufra las modificaciones que promueve su estilo personal. Esto se corrobora en la práctica: no existen terapeutas que desarrollen modelos en su más pura esencia porque ni siquiera los mismos creadores de un modelo lo actuaron de manera ortodoxa, en última instancia lo constituyeron y lo implementaron de acuerdo a su estilo personal” (Ceberio, M., &Watzlawick, P, 1998, p.15)

Bibliografía

- Beck,A. (2005) *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Ceberio, M. &Watzlawick, P (1998). *La Construcción del Universo. Conceptos introductorios y reflexiones sobre epistemología, constructivismo y pensamiento sistémico*. Barcelona: Helder.
- Freud, S. (1985) *Duelo y melancolía*. Bs. As: Amorrortu.
- Freud, S. (1985) *El yo y el ello*. Bs. As: Amorrortu.
- Freud,S. (1985) *Inhibición, síntoma y angustia*. Bs. As: Amorrortu.

- Guidano, V. (2001) *El modelo cognitivo postracionalista. Hacia una reconceptualización teórica y crítica*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Guidano, V.(2001) *Vittorio Guidano en Chile*. Santiago de Chile: Edición S. Aronsohn, F.
- Guidano,V.(1994) *El sí-mismo en proceso. Hacia una terapia cognitiva postracionalista*. Barcelona: Paidós.
- Laplanche & Pontalis. (1996) *Diccionario de psicoanálisis*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Rodríguez Biglieri,R. (2011) *Manual de Terapia Cognitiva Conductual de los trastornos de ansiedad*. Bs As: Polemos.