

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE PSICOLOGIA



"PSICODINAMIA DE LA DEPRESION NEUROTICA"

MONOGRAFIA
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

PRESENTA

IRMA YOLANDA AYALA GORDILLO

MONTERREY, N. L.

ABRIL DE 1977

T
RC537
A9
C.1

58



1080070799

12



BIBLIOTECA

BIBLIOTECA DE



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
FACULTAD DE PSICOLOGIA



"PSICODINAMIA DE LA DEPRESION NEUROTICA"

MONOGRAFIA
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
PRESENTA

IRMA YOLANDA AYALA GORDILLO

MONTERREY, N. L.

ABRIL DE 1977

342

000058

T
f-37
A9



(70799)



I n d i c e .-

	Pág.
I.- Introducción.....	1
II.- Dinámica de la Neurosis Depresiva.....	
a).- Melanie Klein.....	4
b).- Otto Fenichel.....	9
c).- Erik H. Erikson.....	11
Conclusiones.....	14
III.-Factores desencadenantes de la depresión.....	16
1.- Angustia.....	16
2.- Papel del "Yo" y del "Super Yo".....	18
3.- Mecanismos de Defensa.....	19
IV.- Clases de Depresiones Neuróticas.....	22
V.- Características clínicas de la Depresión Neuró- tica.....	27
VI.- Suicidio.....	30
VII.-Tratamiento.....	31
VIII.Conclusiones.....	33

I N T R O D U C C I O N

El presente trabajo muestra en forma clara y breve -- pero al mismo tiempo profunda; los aspectos que concier-- nen a la dinámica de la depresión en sus diversas formas.

Durante todo el tiempo de mis estudios en la facul-- tad como muchos otros estudiantes creo; me interesaron va rios aspectos de la psicología, así como ciertos tipos de trastornos entre los que considero y seré franca al res-- pecto, la depresión es uno de los trastornos mentales al-- cual me siento atraída para su estudio e investigación.

Durante mi tiempo de propedéutica logré funcionar -- bien con este tipo de pacientes logrando satisfacción de-- ello. Por lo cual hoy considero de gran importancia hacer mención de este tipo de trastornos. Para lo cual, tratar-- el desarrollo de ésta en la temprana infancia he consulta do tres autores y creo que ustedes al igual que yo consi-- deramos de gran importancia por sus aportaciones a este -- respecto.

Incluyo en este escrito a M. Klein, Otto Fenichel y-- a E. Erikson. Considerando que M. Klein es una autora que más aportaciones ha hecho al psicoanálisis infantil y que es de suma importancia puesto que su aportación es mucho-- más profunda que la de Freud. De la cual haré mención y -- trataré de explicar posteriormente.

En realidad, las neurosis depresivas son pocas co --

mo verán. Pero estas han venido evolucionando a partir del siglo XIX, a inicios de este se denominaban melancolías a un gran número de enfermedades de todo tipo. Desde el Renacimiento la melancolía se designaba como una especie de locura parcial que se oponía a los trastornos generales de la inteligencia pero que no implicaba forzosamente la tristeza, Esquirol distinguía en el grupo de las locuras parciales o monomanías, una monomanía propiamente dicha con un elemento expresivo y una monomanía triste o lipemanía pero esto todavía era muy heterogéneo, después fueron aislándose el estupor y la confusión mental síntomas que más adelante constituirían la Psiconeurosis obsesiva, el estupor catatónico y los delirios crónicos de persecución, entonces los estados melancólicos fueron incluidos dentro de la locura de doble forma o Psicosis maniaco depresiva.

En este estudio realizado se muestra primeramente la dinámica de la primera infancia desde el punto de vista de los tres autores antes mencionados.

Posteriormente se hace referencia a un aspecto de gran importancia como lo es la ansiedad o angustia en este tipo de trastorno y por supuesto los mecanismos de defensa desde los mas tempranos hasta con los que se sigue funcionando en la vida adulta y como se encuentra funcionando su "Yo" y su "Super Yo" en este trastorno.

Es claro pues que el principal problema de el neurótico depresivo; una baja autoestima o sentimiento de devaloración, de incapacidad de realizar tal o cual cosa. Un sentimiento de soledad (abandonando este sus relaciones personales) y por supuesto un sentimiento de culpa por el cual el paciente se responsabiliza de sus dificultades.

Por último haré mención de los tipos de neurosis depresiva que existe y las características clínicas.

A.- MELANIE KLEIN.

Para poder explicar los motivos de la depresión - neurótica empezaré por tratar de explicar la posición - esquizoparanoide de M. Klein. Diremos por principio que el bebé cuando nace su "Yo" ya está capacitado para desarrollar relaciones de objeto, sentir ansiedad y utilizar mecanismos defensivos para reducir dicha ansiedad - de una manera muy primitiva. Pero como el "Yo" del bebé - todavía no se encuentra totalmente estructurado debido - a su inmadurez psicológica y fisiológica, sus relaciones de objetos serán al principio de tipo parcial y ya - posteriormente de tipo total.

Como ya se dijo el "Yo" ya es capaz de sentir angustia, y la primera angustia que el bebé empieza a sentir o percibir es la que le produce su instinto de muerte. - En una forma de comprender más profundamente tan complicada situación, cabe aclarar para darle validez a esta - descripción, que las bases fundamentales de ésta, son - el principio del determinismo psíquico, entendiéndose por - esto la relación que existe en que nada existe en la - vida del hombre, que no tenga una razón de ser. Y el - valor real que le damos a los procesos inconscientes, de - tal manera, que si no es posible dar una comprobación - de tipo "matemático" o visualmente percibida, no significa de ninguna forma, que no exista por otros medios.

Como sabemos el bebé nace con el instinto de vida y

el de muerte. Por lo tanto el "Yo" del bebé para librar-se de dicha ansiedad lo desvía o lo tergiversa, entonces el "Yo" se divide y haciendo uso del mecanismo de proyec-ción, el "Yo" desplaza y deposita una parte del instinto de muerte en el pecho de la madre en un intento de rein-tegrarse, que es el primer objeto con que el bebé se ha-relacionado por ser el más cercano y tiende a percibirlo como objeto malo(aunque ambivalentemente lo relaje) ame-nazante y se sentirá perseguido por éste, pero la parte-de instinto de muerte restante que se encuentra en su - "Yo" se convierte en agresor contra este objeto malo.

De esta misma forma el "Yo" del bebé también divide a la libido, proyecta una parte al pecho de la madre y - con la otra parte restante termina de establecer una re-lación de objeto ideal. De esta forma el bebé ha estable-cido ya dos tipos de relaciones, la de pecho malo y la - de pecho bueno; el bebé por lo tanto tenderá a mantener-se dentro de él, y a identificarse con el objeto ideal y a mantenerse alejado de si mismo al objeto malo o perse-cutorio, ya que a este lo percibe como algo amenazante - que puede destruir tanto a el como a su objeto ideal. - Gracias a los mecanismos de defensa de introyección y - proyección, que son parte del desarrollo y que son los - primeros mecanismos de defensa utilizados por el bebé, -

hace uso de ellos para disminuir su ansiedad, ya que -
 tiende a proyectar las partes malas para mantenerlas a-
 lejadas y que no puedan hacerle daño, o las introyecta-
 para hacerlas parte de si mismo con el fin de controlar
 las y que no puedan destruirlo. Otro mecanismo de defen-
 sa que utiliza el "Yo" es el de la identificación pro-
 yectiva, que se deriva o surge del mecanismo proyectivo
 el cual tiene una función similar a el anterior, o sea-
 que se puede dirigir hacia el objeto ideal para evitar-
 que se separe del "Yo" o a dirigirla hacia el objeto ma-
 lo con el fin de controlarlo para reducir su ansiedad;-
 este mecanismo de defensa se intensifica más cuando las
 relaciones del bebé son de tipo total.

Existe un aspecto muy importante del cual depende-
 un buen desarrollo de esta etapa este aspecto es conoci-
 do como la envidia que se encuentra actuando desde el -
 nacimiento M. Klein lo define, como "la relación de dos
 partes en que el sujeto codicia al objeto por alguna po-
 sición o cualidad". Como el objetivo de la envidia es -
 poseer las cualidades o ser tan bueno que el objeto, al
 no lograrlo el "Yo" a través de la envidia, lo destruye.
 Entonces se explica claramente que si la envidia temprana
 es muy intensa, va a interferir gravemente en el de-
 sarrollo, así como en los mecanismos mentales de esa e-
 tapa. Por ejemplo, si la envidia es muy intensa no exis-

tirá diferenciación entre objeto bueno y malo y menos -- existirá la introyección de objeto ideal y su identificación con éste, y todod este proceso traerá sentimiento de culpa y no permitirá que el "Yo" se desarrolle normalmente.

Un aspecto importante para que se haya desarrollado la posición esquizoparanoide es que las experiencias buenas predominen sobre las malas ya que de esta forma el "Yo" considerará que el objeto ideal tiene dominio sobre el persecutorio y en si sobre el instinto de muerte y de esta forma cada vez que el "Yo" se enfrente a situaciones de ansiedad lo hará en una forma menos violenta, disminuirá el miedo a los perseguidores, existirá menos división de objeto bueno y malo y al existir menos esta división - el "Yo" tolerará más su agresión y la proyectará en menor grado.

En esta etapa en que el bebé ya no percibe un pecho bueno o un pecho malo, sino que a una madre que es fuente de lo bueno y de lo malo, es aquí donde se percibe la madre como objeto total, y es porque el "Yo" también es un "Yo" total por lo cual se distorciona menos la percepción de los objetos buenos y malos estos se van uniendo más y el "Yo" va madurando cada vez más, de modo que se da cuenta que es él quién ama y odia a una persona; esta ambivalencia que se desarrolla, es la principal productora de ansiedad.

M. Klein definió la posición depresiva como "la fase del desarrollo en que el bebé reconoce un objeto total y se relaciona con dicho objeto".

En esta etapa en que el bebé tiene miedo de que sus pulsiones puedan destruir a su objeto amado debido a esta situación y a la disminución de la introyección, se aumentará la introyección, como un deseo de proyección como un deseo de protección del objeto amado; pero si la introyección es severa el bebé desarrollará sentimiento de culpa, ansiedad por sentir que ha devorado al objeto amado y que lo ha destruido, por lo cual sobreviene un estado depresivo, por el sentimiento de que no podrá recuperarlo nunca y se desarrollará sentimiento de persecución debido a una regresión, que se realiza a la etapa anterior.

B.- OTTO FENICHEL.

Para este autor la depresión se presentará en aquellas personas cuyos sentimientos de culpa hacen que regresen a su estado en que su autoestima era regulada por fuentes externas y que el sujeto la busca en una forma intensa, estas personas se caracterizan por tener una fijación pregenital; su orientación es anal, pero sus tendencias son orales, ya que en la vida adulta se pueden percibir en los pacientes depresivos, fantasías canivalísticas o succiones de el pulgar y en su analidad su objetivo no nada más es retener al objeto, sino incorporarlo no importa si para ello tiene que destruirlo.

Otto Fenichel nos dice que durante el desarrollo del bebé se encuentran alternando los estados de hambre y saciedad y que el bebé controla o trata de controlar por medio de su omnipotencia por lo cual el bebé considera que con llorar o hacer gesticulaciones logrará que sus necesidades sean satisfechas; posteriormente, esta omnipotencia es proyectada hacia los padres, o sea que los percibe como fuente de la satisfacción de sus necesidades y trata de recuperar su omnipotencia por medio de participar en los deseos y cariños por parte de los padres, es aquí en donde lo que anteriormente era hambre y saciedad se convierte en soledad y amor; el niño experimenta intensos estados de soledad por lo cual-

sufre una disminución de autoestima y estados en los que se siente amado y su estima se recupera; posteriormente - el "Yo" de el bebé desarrolla la capacidad de anticipar - situaciones futuras en las que percibe el peligro de la - pérdida de objetos proveedores de necesidades narcisistas a esta capacidad Fenichel la ha llamado "aniquilación menor". Posteriormente al aparecer el Super Yo, este se en cargará de la autoestima o sea de regularla, pero al participar el Super Yo en este proceso se desarrolla lo que Fenichel llama la "mala conciencia" debido a que ahora la preocupación no va a ser únicamente la de ser amado sino - que por ser el Super Yo sensor moral existirá ahora la de haberse portado bien, entonces esta mala conciencia desarrolla pequeños estados de aniquilación como una forma de proyección contra el peligro de una pérdida definitiva de los suministros narcisistas.

El autor nos dice que "una depresión **grave** representa el estado a que el llevado el individuo oralmente dependiente cuando carece de los suministros vitales y que una depresión leve es una anticipación de este estado con propósitos de premonición".

C.- ERIK H. ERICKSON.

Para Erickson es de suma importancia la cultura en el desarrollo de una persona la cual se considera que se desarrollará de acuerdo a su capacidad o fuerza interna y su cultura; en la cual convivirá con instituciones significativas.

El bebé cuando nace, es incapaz de valerse por sí mismo, es dependiente y el ambiente se siente obligado a guiarlo a formarlo de acuerdo a las costumbres de la cultura a la cual pertenece. Considera que los padres deben de guiar al niño haciéndole creer siempre que lo que hace tiene sentido o significado y considera Erickson que el sistema tradicional de crianza es conveniente en el desarrollo de este si no se va a los extremos. Por cada etapa de desarrollo el bebé es sensible a muchos aspectos del medio ambiente y las personas con las que está conviviendo tendrán que proporcionar los medios para darle la confianza que necesita.

Para Erickson todo el problema depresivo se desarrolla a partir de la confianza básica y la desconfianza básica; que abarca el primer año de vida. Se dice que hay confianza cuando el bebé confía en los objetos externos-proveedores de necesidades y en su propia capacidad para hacerle frente a sus necesidades.

La confianza básica implica una serie de actividades, una de ellas es la identidad o sentimiento de iden-

tividad, la confianza básica presenta tres características es consciente, subconciente e inconciente "Conciente- es accesible a un análisis introspectivo. Subconciente- es una forma de comportamiento que puede ser observada por otras personas. Inconciente- solamente será verificado - por interpretación psicoanalítica".

Erickson nos dice que el bebé cuando nace es totalmente oral ya que come y ama con ella. Para el bebé la boca es el primer medio de contacto ambiental, se dice que en esta etapa es un bebé incorporativo, ya que no nada más es capaz de tragar con la boca, sino que posteriormente es capaz de tragar con los ojos y sus sentidos todo lo que percibe, el bebé además de ser receptivo esencialmente y vulnerable, por parte de quienes lo rodean deberán proporcionarle seguridad y actitudes para que se vaya desarrollando perfectamente bien en cuanto a su funcionamiento físico y psíquico; debe uno de tratar de no producir una cantidad de frustraciones no tolerables para el bebé. Ciertamente el bebé desde que nace está expuesto a enfrentarse a las formas de vida de la sociedad, -- prueba de esto es que el niño recibe lo que le dan, pero siempre habrá que procurar proporcionarle seguridad y confianza, desde luego posteriormente el bebé a base de ensayos logra que las personas que lo rodean hagan lo que el bebé quiere o desea, él también aquí desarrolla la ca

pacidad de ser dador, entonces, el primer logro social del niño será permitir que la madre se aleje de su lado sin sentir ansiedad o rabia porque tiene confianza en -- que regresará, esta repetición e identidad de la expe---riencia le proporciona identidad yoica.

Durante el estadio oral secundario, se desarrollan las capacidades de perseguir, disfrutar de un proceso incorporativo más activo, se desarrollan los dientes y con ellos el placer de morder; en este modo incorporativo -- más activo, por medio de sus órganos de los sentidos diferencian, separan los estímulos los buscan con sus manos y aprietan los objetos con firmeza.

El destete materno y la ausencia de la madre como -- fuente tranquilizadora o la pérdida drástica del afecto materno pueden llevar a un estado depresivo al bebé, pero aún en condiciones más favorables de este estadio se desarrollan sentimientos de división y nostalgia de la -- relación perdida anterior o sea la del período oral primario y por lo tanto la confianza básica deberá de establecerse con firmeza y ser mayor que la desconfianza básica. "Lo que hace que no exista esta confianza en un -- individuo, es una falta de puntualidad social mediante la relación de sus sentidos con la realidad física, entre -- las palabras y los significados sociales."

CONCLUSIONES.-

Para estos tres autores como vimos el problema se desarrolla en la etapa oral, con fijación pregenital, con tendencias orales.

Erickson.- Para este autor el problema depresivo se desarrolla a partir de una desconfianza básica predominante que se desarrollará en el estadio oral secundario que es cuando la madre tiende a retirar el pecho al bebé pues es la etapa en que este tiende a morder, este retiro el bebé lo percibe como abandono, o retiro del afecto que anteriormente recibía y es esto lo que deja un sentimiento de desconfianza básica, si la confianza básica no se establece y no se mantiene ante la desconfianza básica se desarrolla el problema depresivo.

M. Klein.- Para ella la depresión se deriva de una introyección demasiado severa del objeto amado por un deseo de protección; lo cual trae como consecuencia sentimientos de culpa por haberlos devorado. (Por la ambivalencia existente en esta etapa el bebé sabe que ha amado a su mamá y que la ama, pero siente que la ha destruido o devorado y que no puede recurrir a ella ni en el exterior ni como objeto interno al que ha destruido y por lo cual tiene sentimiento de culpa y pérdida).

Otto Fenichel.- La depresión surgirá a partir de una lesión de sus necesidades narcisistas.

Como los autores mencionados anteriormente destacan la

importancia de la ansiedad trataré de explicar como la interpreta cada uno de ellos. Empezaremos por decir que M.-Klein utiliza la angustia primeramente a través del ins---tinto de muerte, al proyectar el "Yo" el instinto de muerte, la ansiedad predominante en esta posición esquizoparanoide será la que provoque el objeto malo persecutorio; - al considerar el "Yo" que pueda destruirlo a el como a su objeto ideal. Al pasar a su siguiente etapa de desarrollo que será la posición depresiva aquí la ansiedad es manejada a partir de la ambivalencia que surge en esta etapa y la ansiedad proviene de que sus pulsiones pueden destruir al objeto amado.

Otto Fenichel.- Maneja la angustia a través de sentimientos de abandono, momentos de soledad y sentimientos de -- culpa.

Erickson.-La ansiedad para este autor se presenta cuando el bebé se siente abandonado lo cual es amenazante para - sus sentimientos gregarios y aparte desprovisto de sus - principales necesidades (hambre, protección, afecto etc.) lo cual hace que el pequeño desarrolle una falta de con--fianza y lo sitúa en un estado permanente de dependencia hacia las personas que lo rodean, y dejarlo con el estado de que el proveedor que le da lo necesario volverá o no, - aumentando así su incapacidad y su importancia de conse - guirlos por si mismo.

FACTORES DESENCADENANTES DE LA DEPRESION.-

Los factores que suelen desencadenar una depresión, pueden ser por diversas causas que pueden ser las siguientes, frustración del amor, decepción, duelo, pérdida de un ser querido, pérdida de una posición social, crisis de ruptura matrimonial, pérdida de una función corporal, pérdida súbita de una fortuna, pérdida psicológica resultante y la disminución de la confianza y la estimación de uno mismo, desviación de la hostilidad contra el "Yo".

En todos estos casos la pérdida puede producir en el paciente tristeza, angustia, vergüenza y pérdida de autoestima, por supuesto que no en todas las personas esta clase de pérdida va a ser causa de depresión, sino en aquellas cuya estructura sea apropiada para este tipo de problemas.

Si en una persona que haya tenido una neurosis infantil y que se desarrolló por situaciones de angustia o de stress, estos factores provocan una regresión parcial a la etapa genital y provocan intentos pseudosuicidas.

1.- ANGUSTIA.- Schwartz observó que la angustia en pacientes depresivos aparece en pacientes con una personalidad escrupulosa, pedante obsesiva y se presentaba éstas en situaciones de pérdida, e inseguridad.

La angustia va a interferir y a afectar toda actividad de el paciente incluso el sueño, aunque en diferentes grados.

La ansiedad será el resultado de una reacción psicológica ante el peligro, o sea cuando el paciente presiente una amenaza a su integridad y bienestar.

En la vida adulta la veremos en el paciente depresivo de la siguiente forma. En una forma excesiva de ingestión de alimentos, que representaría una regresión debida a la angustia a modos de comportamiento de la temprana infancia.

En un paciente angustiado depresivo se presentan frecuentemente los síntomas somáticos como en las depresiones de agotamiento y en la depresión en el obsesivo, estableciéndose muchas veces un círculo vicioso, angustia--síntoma somático--angustia. Algunas veces estos síntomas son concientes, otros inconcientes, otros en forma generalizada y otros localizada, la angustia por lo regular se expresa en síntomas vegetativos, sin que necesariamente sea una reacción hipocondriaca.

A continuación pondré cuatro apartados con lo que --significa la angustia.

a).- Que el trastorno psicósomático o es parte de la angustia o es síntoma concomitante de ésta. Ejem. sudoración, palpitaciones, mímica angustiada.

b).- Que el trastorno puede aparecer en lugar de la angustia cuya presencia no es comprobable Ejem. vértigo, sudoración, diarrea.

c).- El síntoma unido a la angustia posee una función defensiva. Ejem. La ingestión excesiva de alimentos que produce una función regresiva aminoradora de la ansiedad.

d).- La angustia que aparece por un síntoma corporal. Ejem.; En el caso de las cefaleas intensas al no disminuir esta sobreviene angustia y por ende aumenta la cefalea.) en el caso de la alopecia al aparecer esta se genera angustia y al generarse esta se aumenta la caída del cabello.

2.- Papel del "Yo" y del "Super Yo".- El Super Yo se vuelve sádico y ataca constantemente al "Yo" el "Super Yo" trata al "Yo" de la misma forma en que el paciente en una forma inconciente había querido tratar al objeto.

En la depresión el "Yo" tiene un aspecto doble uno de protector y otro de punitivo ya que en algunas circunstancias el "Super Yo" protege al "Yo" y en otras solo algunos castigos son aceptados, esto es con el fin de establecer una armonía entre ambos.

El "Yo" por supuesto tratará constantemente de recuperar su autoestima o aumentar sus necesidades narcisistas y de conseguir ser perdonado por el Super Yo, pero este en su papel sádico no hace más que aumentar su sufrimiento y no dar el perdón al "Yo", por lo tanto el "Yo" es más desvalido y cede ante el "Super Yo" como agresor -

de éste.

3.- Mecanismos de defensa.- Como hemos podido ver, en el desarrollo temprano del bebé los primeros mecanismos de defensa que aparecen son; la introyección, la proyección, la identificación, estos mecanismos son utilizados por el bebé para disminuir su **ansiedad** en dicha etapa pero éstos mecanismos defensivos siguen estando presentes en la vida adulta de estos pacientes, también están presentes la negación, el enojo, el aislamiento, y síndromes maniacos; los cuáles trataré de explicar en forma breve como y cuando son utilizados cada uno, por este tipo de pacientes.

Introyección.- La introyección como ya vimos está presente desde la iniciación desde la posición esquizoparanoide en la que el bebé la utiliza para controlar a los perseguidores, o para proteger al objeto ideal.

Estará presente la introyección en aquel objeto que proporcione satisfacción narcisista.

En la vida adulta el mecanismo de introyección se ve cuando después de la muerte de un ser querido sigue representando emocionalmente una parte permanente de el "Yo" o cuando el enojo de la persona deprimida hacia el objeto de afecto introyectado, sigue estando presente.

Proyección.- En la proyección experimentamos un daño interno como externo; La proyección también se encuen

tra presente desde los primeros meses de la infancia o sea cuando el "Yo" se divide y proyecta el instinto de muerte para aminorar la ansiedad que este le causa.

También proyecta lo bueno para mantenerlo a salvo de la maldad interna o también proyecta lo malo, para mantenerlo alejado y que no pueda dañarlo.

En la vida adulta la vemos en las depresiones en forma de cambios de tristeza a enojo de la demanda de ayuda o cambios de la demanda de ayuda, a la expectativa de persecución o de la autoestima disminuida que tiene el paciente, la cambia en grandeza y en algunas ocasiones solo como un reclamo.

Identificación.- El bebé utiliza la identificación en la posición esquizoparanoide para controlar a los perseguidores. Se le dirige al objeto ideal, para evitar la separación, la utiliza con objetos que le proporcionen satisfacción. La identificación es un mecanismo que ayuda a fortalecer el "Yo" del bebé. En la vida adulta se presenta cuando el sujeto modifica su imagen o aspecto, siendo semejante al de el objeto o ser querido haciendo lo en áreas seleccionadas, la función de este mecanismo también es retentiva.

Enojo.- Este mecanismo se presenta cuando se sufre la pérdida de un ser querido, manteniéndose enojado ante el abandono de éste y puede ser observado como reacción,

ante la insatisfacción de sus deseos.

Aislamiento.- Aquí es cuando en el paciente se ve de presión sin el afecto subjetivo, es cuando el individuo lucha por tener los pensamientos perturbadores fuera de la conciencia, pero se sienten agotados, fatigados y preocupados a causa de su salud física, se observa en la lentitud y el debilitamiento.

Negación.-En la negación, lo que es conscientemente intolerable se rechaza inconscientemente o lo transforma de modo que no sea dolorosa ni desagradable, sin llegar a formar parte peligrosa del individuo como en otros cuadros.

Defensas Maníacas.- Estos sujetos presentan todo lo contrario de la depresión, son sumamente alegres y activos, van de un lugar a otro, pero es una alegría superficial para no pensar en el problema interno que les está afectando, su hiperactividad en algunos casos es bastante productiva y suele darles beneficios que funcionan como satisfactores. Sin confundir esto como un mecanismo de negación transformado por actividad.

CLASES DE DEPRESIONES NEUROTICAS.

Las depresiones neuróticas, se dividen en diferentes tipos. Las depresiones exógenas, se ven como respuestas a experiencias traumáticas precipitantes en la vida del paciente o sea que pueden desencadenarse accesos depresivos que sobrevienen bajo la influencia de factores exógenos como son emociones, conflictos, stress prolongado, pérdida real de un ser querido etc. O sea los factores procedentes del medio externo, pero en estos casos se ha observado que estos factores afectan a aquellas personas que cuentan con una predisposición base de la personalidad, en estas personas la tolerancia al stress es muy baja por esta razón estos estados depresivos se denominan exógenos, reactivos o neuróticos.

En este tipo de trastorno el tono afectivo es más próximo al sentimiento de tristeza reactiva normal. La ansiedad es intensa, espectacular, y el contenido depresivo no está relacionado con el acontecimiento del acceso depresivo, pero mucho más comprensible para el observador que los temas depresivos endógenos.

En las depresiones exógenas el paciente se hace reproche como en las melancolías, pero quiere que se le escuche, que se le consuele y se le compadezca. Este paciente suele acusar más bien a otras personas que a sí mismo, se queja de fatiga, de agotamiento de desaliento y de su impotencia, la cual parece ser el centro de

la conciencia del neurótico depresivo quién trata de proyectarlo constantemente; la necesidad que tienen estos enfermos de apoyarse en los otros es característica y su codicia y avaricia afectiva puede adquirir un carácter tiránico y agresivo hacia los que los rodean. Son muy sensibles a las influencias del medio ambiente.

Se puede decir que su depresión se debe a una lesión narcisista debida al abandono o pérdida de objeto por lo cual existe una necesidad de revalorización. En las neurosis exógenas existen anomalías del desarrollo afectivo y factores ambientales y una regresión parcial del estadio-genital.

Dentro de las depresiones se encuentran las siguientes.

1.- Depresión en el obsesivo.- Es muy raro que se presente una depresión en el obsesivo, pero cuando sus defensas se han desbordado o ya no son lo suficientemente fuertes el obsesivo puede presentar una depresión de tres formas.

a).- Forma monosintomática de la melancolía.

b).- Astenia penosa (un estado psicósomático de agotamiento, lentitud y desaliento, aquí el sujeto experimenta una incapacidad, hay que descartar tuberculosis incipiente, lesión cardíaca, y afección endócrina).

2.- Depresión de inferioridad.- Lo que caracteriza a

esta depresión es la frustración del objeto, ya que la pérdida de éste, puede significar para el paciente una pérdida moral muy importante. Ejemplo de esto sería, la pérdida de un personaje idealizado, o por ejemplo en aquellas personas que reciben su jubilación antes de tiempo por una medida general; todas estas situaciones desencadenan una depresión de inferioridad en aquellas personas cuya organización neurótica de base los predispone a reaccionar con esa inferioridad en determinadas circunstancias y que su lesión narcisista colocará al paciente en una situación de un objeto que provocará una superioridad, que el paciente considera que está fuera de su alcance. Se considera que es menos la frustración sufrida que la motivación imaginaria de la frustración, la que no deja al paciente la posibilidad de amar o de odiar y de que viva sin esperanza y sin porvenir.

3.- Depresiones asociadas al embarazo o al parto.

Los rasgos clínicos de esta depresión, son similares a los de otras depresiones. Esta depresión se puede presentar en mujeres de un "Super Yo" muy rígido, por lo que a ellas el embarazo significaría una vergüenza sexual, sería como un castigo por un desliz sexual.

Esta depresión, puede también presentarse en aquellas mujeres que sufren un deterioro narcisista en ser atractivas, por lo cual sienten hostilidad hacia el hijo y lo po-

ponen como rival en el afecto de su marido. Otras mujeres pueden tomar al hijo como una situación por la que se encuentran atadas a un matrimonio que no es satisfactorio para ellas. Otras tomarán al embarazo como el fin de su juventud. En todos estos casos puede presentarse una depresión aunque con diferentes características cada una.

4.- Depresión de agotamiento.- Este tipo de depresión es provocada por una situación emocional muy fuerte y prolongada o que sea repetitiva. La situación de stress puede ser de orden familiar, profesional o moral, pero que en cualquier caso la situación emocional está íntimamente ligada con la vida del paciente, este tipo de padecimiento se presenta con frecuencia en políticos o jefes de empresa por tener situaciones demasiado cargadas de tensiones, estos pacientes pueden presentar. Astenia, desconfianza y explosiones afectivas inadecuadas.

Las personas que caen en este tipo de problemas suelen ser personas un poco inmaduras, sensibles, escrupulosas, con tendencias a la introversión, aislamiento, inseguridad, desconfianza, temor e inseguridad.

La estructura de la neurosis depresiva nos ha mostrado que puede ser encubierta en varias formas y que únicamente son esclarecidas o captadas por un análisis más profundo y que pueden estar presentes como síndromes hipcondriacos, estados neuróticos proteiformes obsesivos o

histéticos, sobre todo estados caracteriales, y estados -
asténicos .

CARACTERISTICAS CLINICAS DE LA DEPRESIÓN NEURÓTICA.

1.- Características psíquicas y físicas.

a).- Trastornos afectivos. b) Retraso y constricción de pensamiento. c) Espontaneidad lenta y reducida de la conducta. d) Relaciones sociales empobrecidas. e) Síntomas físicos.

El paciente neuróticamente deprimido es un paciente que sigue funcionando en el mundo real y sus sentimientos depresivos son moderados o parecen ser adecuados a la situación que los precipitó.

a) Trastornos afectivos. - El paciente depresivo puede presentar tristeza, melancolía o desesperación. Puede existir dolor moral por sentimiento de autodesprecio, culpabilidad y autoacusación. Se presenta humor triste y dolor moral; en el sintoma de dolor moral, siempre estará presente una autodepreciación que puede desarrollar una autoacusación, autopunición o sentimiento de culpa.

La autoacusación en muchos pacientes puede estar ausente pero, en su lugar aparecerán síntomas somáticos. En el paciente deprimido frecuentemente se presenta, falta de apetito, disminución de su actividad sexual, disminución de sus actividades recreativas, esto mucho antes de que se presenten otros trastornos mas graves de su conducta. También en el paciente deprimido existe enojo, porque considera que todo mundo lo tiene abandonado que nadie lo quiere o nadie le pone atención; si su depresión va en aumento el

paciente se verá más apático a todas las situaciones, pues situaciones que anteriormente le despertaban interés o placer, ahora no habrá respuesta emotiva ante ellas.]

b) Constricción y retraso de procesos de pensamiento

El paciente puede presentar dificultad para pensar, concentrarse y recordar, en sí una fatiga psíquica. Esta reacción ante el problema evocador de ésta pues resulta hasta cierto punto de vista normal, lo que puede convertirlo en patológico sería la prolongación de dicho trastorno.

Los pacientes neuróticos pueden dirigir o trasladar sus pensamientos perturbadores a otra situación de manera de no pensar en lo que les está molestando, pero esto también puede causarles preocupación.]

El paciente neurótico depresivo presenta poca creatividad y agilidad del pensamiento ya que no da una conversación de temas variados y su lenguaje puede ser lento y un poco vacilante .

c) Espontaneidad lenta y reducida de la conducta.--

El paciente puede presentar cansancio o agotamiento físico, lentitud motriz asociada a malestares somáticos. Su conducta se vuelve un poco lenta, ya que busca actividades más pasivas procurando alejarse más de la gente.

d) Relaciones sociales empobrecidas. - (Este tipo de pacientes tenderá al aislamiento social, cada vez recurrirá menos a convivir con sus amistades, no siente dese

os de entablar conversación con amigos o salir a distraerse o a pasear.]

En estados depresivos tempranos o moderados, en algunos pacientes puede haber un aumento de actividad social buscando compañía para distraerse, estos pacientes tienden a subordinarse en sus deseos a sus amigos con tal de obtener simpatía, si llegan a presentar envidia o enojo hacen todo lo posible por ocultarlo volviéndolo a su interior y aumentando de esta forma su desesperanza, a medida que la depresión avanza el paciente tenderá a retraverse más socialmente.

e) Síntomas físicos. - En la depresión encontramos con frecuencia algunos cambios fisiológicos como son una actividad motriz lenta, estado psicósomático de agotamiento, lacitud, desaliento, se presenta preocupación por su cuerpo y su salud física, metabolismo bajo algún trastorno gastrointestinal (gastritis) sequedad de la boca en ocasiones con sabor desagradable, cambios neurohormonales, dificultad en dormirse y despertarse temprano en la mañana, inapetencia, estreñimiento o diarrea, pérdida de libido, dolor de cabeza, de nuca y dolor de espalda.

SUICIDIO.-

El suicidio es una característica de la depresión presentándose en la depresión extrema. Es de suma importancia examinar el suicidio para saber la gravedad y el peligro de la depresión; Esta reacción suicida es el resultado de pensamientos, fantasías e impulsos del paciente.

Aunque en la neurosis depresiva es un comportamiento pseudosuicida o sea que el paciente no tiene intención de suicidarse, sino únicamente de llamar la atención o de comunicación dramática, a esto se le llama gesto suicida, pero en ocasiones se puede llevar a cabo el suicidio.

El suicidio del depresivo, si lo vemos desde el punto de vista del "yo" y del "Super Yo" es una vuelta al sadismo del "Super Yo" contra la propia persona y desde el punto de vista del "Yo" es que para éste se han hecho insoportables las presiones del " Super Yo".

Muchas conductas suicidas tienen metas comunicativas y otras destructivas, para saber el riesgo de suicidio que corre el paciente es necesario investigar las causas que lo motivan a éste, cuánto tiempo lleva con la idea suicida, que es lo que pretende con esto y que métodos ha pensado utilizar.

Para muchos pacientes el suicidio significa recuperar el dominio sobre si mismos y de autoestima. El suicidio puede llevarse a cabo en aquellas personas cuyas situaciones de la vida cotidiana le son insoportables.

TRATAMIENTO.-

En este tipo de padecimientos, la psicoterapia analíticamente orientada resulta efectiva; empezando con una terapia de soporte ayudada en algunos casos con tratamiento farmacológico; como sería administrar algún tranquilizante para conciliar el sueño, como sería el Clorodiazepoxido (Librium) de 20 a 80mg. diarios o Diazepan (Valium) de 4 a 40mg. diarios o Lorazepan (Ativan) que son los más recomendables, o utilizar algún estimulante en los casos en que domine la depresión, pudiendo utilizarse Imipramina 25mg. tres o cuatro veces al día o Mefexamida.

Con respecto a la psicoterapia lo primero que se debe de realizar es incrementar la autoestima dándole confianza y seguridad, dando esperanza al paciente; el terapeuta con mayor razón deberá dar apoyo dando a entender que estará a su disposición en el momento en que lo necesite esto es de suma importancia para aquellos pacientes con una depresión más fuerte o con riesgo de suicidio. El terapeuta deberá de reforzar los mecanismos de defensivos para proteger al paciente de sus sentimientos dolorosos; por supuesto los que él considere convenientes.

Posteriormente en el tratamiento se tenderá a proteger al paciente del atentado contra si mismo, de conducta autodestructora; prevenir el suicidio en caso de que-

exista este riesgo o cualquier conducta que vaya en detrimento de la persona (ingestión de alcohol, drogas o disminución de aspiración en el trabajo). Es de suma importancia que si el paciente no expresa sus conflictos, el terapeuta los exprese por él, esto sería catarsis mediata, y ayuda a que el paciente se sienta mejor. Por último se tratará de reducir el sentimiento de culpa existente en este tipo de pacientes.

CONCLUSIONES.

En este estudio realizado, pudimos ver que la depresión se desarrolla en la etapa oral, con fijación pregenital y con tendencias orales, y que por factores precipitantes reales o imaginarios surgirá una depresión, realizándose una regresión parcial al estadio genital.

sabemos pues que en el desarrollo de la personalidad del neurótico depresivo, existen anomalías en el desarrollo afectivo, factores situacionales y psicogénesis. Por lo tanto el paciente presenta, una baja confianza en si mismo, angustia, culpa, vergüenza, tristeza y necesidades narcisistas. Pudimos ver que la hostilidad hacia objetos-frustradores se vuelve contra el "Yo" y este odio se ve en forma de culpa que como ya se mencionó es uno de los síntomas que presenta este paciente y de los que más problemas le ocasiona, ya que existe un constante conflicto entre el "Yo" y el "Super Yo" y constantemente se esta generando angustia.

Las depresiones neuróticas son pocas, pero pudimos ver sus principales síntomas psíquicos y físicos así como las causas precipitantes; a pesar de que la clasificación presentada de la neurosis depresiva es poca, existen infinidad de personas que presentan síntomas depresivos y con goja normal, y que no están dentro de la clasificación presentada pero entrará en las neurosis depresivas siempre y cuando sus patrones de defensa no sean muy regresivos.

vas.

Se hizo mención del suicidio tomándolo como un caso - extremo de la depresión neurótica y por último se explicó el tratamiento en forma breve, entendiéndose pues que lo más importante a tratar en este paciente, será levantarle la - autoestima, darle seguridad y confianza ya que carece de - ella y le resta muchas posibilidades de seguir adelante en la vida y reducir ese sentimiento de culpa que tantos conflictos le ocasiona.

Espero que en las pocas cuartillas que incluye este - trabajo haya quedado claro lo concerniente a la neurosis - depresiva.

B i b l i o g r a f í a . -

Ey, Henri, P. Bernar y Ch. Brisset, "Tratado de Psiquiatría". Toray-Masson, Barcelona 1969.

Noyes y L.C. Kolb, "Psiquiatría Clínica Moderna".
La prensa Médica Mexicana, México, 1971.

Mackinnon, R. y R. Michels, "Psiquiatría Clínica Aplicada".
Interamericana, México, 1973.

Bellak y Small, "Psicoterapia Breve y de Emergencia".
Pax-México, México, 1970.

Cueli, José y Lucy Reidi, "Teorías de la Personalidad".
Trillas, México, 1973.

Erikson, Erik, "Identidad, Juventud y Crisis".
Paidós, Buenos Aires, 1971.

Segall, Ana, "Introducción a la obra de Melanie Klein".
Paidós, Buenos Aires, 1972.

Kielholz, Paul, "Angustia".
Morata, Madrid, 1970.

Fenichel, Otto, "Teoría Psicoanalítica de la Neurosis".
Paidós, Buenos Aires, 1971.



BIBLIOTECA

BIBLIOTECA DE:



t. 44.
o. 2

T. 41
J. 2
000058

CLASIF. FOLIO:
000058

FACULTAD DE PSICOLOGIA

AUTOR:
Ayala Gond...

000058

Encuadernación El Modelo
Diego de Montemayor 904 Nte. y Arteaga
Tel. 74-62-37
Monterrey, N. L., México

