



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



Facultad de
Psicología

Trabajo final de grado

La depresión desde el modelo modular transformacional

Estudiante: Adrián Bermolen

Tutora: Prof. Dra. Gabriela Prieto

Revisor: Prof. Adj. Mag. Geraldina Pezzani

Octubre de 2023

Índice

Introducción	2
Marco Teórico	3
Modelo Modular Transformacional	6
Inconsciente Complejo	10
Déficit, Conflicto, Trauma e Identificación	12
Trastorno Depresivo	15
Tristeza y Tristeza Patológica	19
Diagnóstico	21
Caminos de Entrada a la Depresión	22
Agresividad y Depresión	23
Agresividad sobre el Objeto Externo	24
Agresividad Dirigida contra el Propio Sujeto	25
Culpa y Depresión	25
La Depresión en los Trastornos Narcisistas	27
La Depresión por Angustias Persecutorias	28
La Depresión por Identificación	29
La Depresión por Déficit Yoicos	30
Depresión por Efecto de la Realidad Externa	30

Depresión Desde La Propuesta De Hugo Bleichmar	30
Consideraciones Finales	34
Referencias Bibliográficas	36

Introducción

La presente monografía se centra en explorar las propuestas teórico-clínicas del enfoque modular transformacional en el estudio de los trastornos depresivos, abordando tanto la estructura del inconsciente como los mecanismos fundamentales que subyacen a estos trastornos. Este enfoque, que redefine la noción de *inconsciente* como “lo inconsciente en sentido abarcativo y complejo”, aporta una perspectiva innovadora para comprender la depresión y sus múltiples facetas.

En este contexto, se analizarán los elementos clave del modelo modular transformacional, incluyendo la diversidad de subsistemas que componen el inconsciente, como lo originariamente inconsciente, lo secundariamente inconsciente, lo no inscrito en el inconsciente y lo desactivado en lo inconsciente.

Además, se abordarán los mecanismos fundamentales propuestos por Bleichmar (1986) para la génesis de los cuadros psicopatológicos como el conflicto, el déficit, el trauma y la identificación. Estos mecanismos, aunque se describen por separado, interactúan de manera compleja en la configuración de dichos cuadros, enriqueciendo nuestra comprensión de su etiología y desarrollo.

En un nivel más específico, se examinará la distinción entre la tristeza normal y la tristeza patológica, un desafío crucial en la práctica clínica. Se considerarán los aspectos clave que permiten discernir entre estos dos estados emocionales, como la duración, la intensidad y el impacto en la conducta de los individuos.

Además, se explorará la visión de Hugo Bleichmar (1997) sobre la tristeza como un componente no necesariamente central en todos los estados depresivos, destacando la importancia de las ideas que llevan al individuo a sentirse incapaz e impotente frente a la realización de un deseo.

En resumen, esta monografía se propone ofrecer una visión integral y detallada de cómo el enfoque modular transformacional enriquece nuestra comprensión de los trastornos depresivos desde una perspectiva psicoanalítica contemporánea.

A través del análisis de la estructura del inconsciente y los mecanismos subyacentes, así como la diferenciación entre la tristeza normal y patológica, se busca proporcionar una base sólida para la evaluación y tratamiento de estos trastornos complejos, describiendo los diferentes mecanismos de entrada a los trastornos depresivos.

Marco Teórico

Según Habif (2021), el enfoque modular transformacional representa un marco teórico clínico caracterizado por su apertura e integración, para el estudio del psiquismo y los diversos cuadros psicopatológicos.

El modelo modular transformacional adopta el concepto de Pensamiento complejo propuesto por Morín (1977, como se citó en Bleichmar, 1997). Esta perspectiva conceptualiza los sistemas en función de la articulación de componentes, que se constituyen a través de procesos en red y en paralelo.

En base a esta perspectiva compleja, el enfoque concibe el psiquismo como un sistema abierto y multidimensional en constante articulación y transformación. Estos sistemas se conforman a través de procesos en red y en paralelo, lo que da lugar a diferentes organizaciones.

El modelo modular transformacional adquiere la particularidad de considerar al psiquismo como una estructura modular. Establece que el funcionamiento de este no depende de principios uniformes que trascienden a todas las partes, sino de la articulación compleja de sistemas de componentes.

El enfoque modular transformacional también se inspira en los desarrollos de Chomsky (1984) y Fodor (1986) en relación con el estudio del psiquismo. Estos autores, desde perspectivas teóricas distintas, postulan el funcionamiento modular de la mente (Chomsky, 1984; Fodor, 1986, como se citaron en Bleichmar, 1997). La articulación de estos conceptos, junto con los desarrollos psicoanalíticos freudianos y post-freudianos, en conjunto con los avances en neurociencias y ciencias cognitivas, da origen a un nuevo modelo teórico clínico para la exploración del psiquismo.

Desde la teoría freudiana, el enfoque incorpora aspectos del funcionamiento intrapsíquico. Bleichmar (2000) sugiere que el modelo transformacional modular conserva aspectos fundamentales de la teoría freudiana, considerando la sexualidad y la autoconservación como impulsores de la organización psíquica.

La sexualidad para Freud no se limita al placer dependiente de las zonas erógenas, sino que abarca toda una serie de excitaciones y actividades que existen desde la infancia, y que el psicoanálisis considera de gran importancia para el desarrollo psíquico de los sujetos.

En este contexto, Freud analiza el concepto de *pulsión* (como se citó en Laplanche y Pontalis, 1967). Freud, en su obra *Pulsiones y destinos de pulsión*, describe este término como un estímulo psíquico interno que actúa como una fuerza constante que impulsa al sujeto a actuar. Diferencia dos grupos pulsionales diferentes: las pulsiones sexuales y las pulsiones del yo o de autoconservación (1915).

Desde el psicoanálisis, también se destacan las contribuciones de Melanie Klein y Donald Winnicott en relación con las relaciones objétales y la influencia del entorno en el desarrollo

psíquico. Estos autores enfatizan el papel crucial del otro significativo y la realidad en la estructuración psíquica del individuo (Castañeda, 2016).

Autores destacados que adhieren a esta postura son Ferenczi (1932a, 1932b), Balint (1952, 1968) y Kohut (1971), quienes entienden que la realidad y el otro exterior son la causa básica para la estructuración psíquica, la fantasía y el conflicto (como se citaron en Bleichmar, 1997).

Las teorías relacionales reformulan el concepto de *pulsión* freudiano, entendiendo su génesis no solo en las disposiciones innatas del sujeto, sino también atravesadas por lo real y el otro significativo. Este concepto se expresa en la noción de *motivación* (Stern, 1985; Lichtenberg, 1989, 1992, y Gedo, 1979, 1981, como se citó en Bleichmar, 2004); estos autores proponen la existencia de múltiples motivaciones como “la regulación fisiológica, apego, exploración-afirmación, respuestas aversivas y goce sensual-excitación sexual” (Lichtenberg et al., 2020, p. 9).

Lichtenberg (1989, 1992, como se citó en Bleichmar, 1997), enfatizó específicamente la importancia de comprender el funcionamiento psíquico a través de la integración de diferentes sistemas motivacionales diferenciados, separables y articulados, con una organización jerárquica para su formación y funcionamiento.

El enfoque modular transformacional toma los aportes de las ciencias cognitivas y las neurociencias. Los estudios de distintos tipos de memoria, como la memoria procedimental, declarativa, semántica, y la memoria emocional, revelan que diferentes memorias procesan información de manera distinta y dependen de estructuras cerebrales diferentes (Díaz-Benjumea, 2002).

Bleichmar (1997) utiliza estos hallazgos para describir los subsistemas inconscientes y sus formas únicas de procesar información.

Otras investigaciones significativas con respecto a la memoria han abordado el concepto de *memoria* en estado lábil, describiéndola como un fenómeno en el cual las impresiones o inscripciones mnésicas previamente establecidas son susceptibles de sufrir modificaciones o reconfiguraciones a raíz de las experiencias actualmente vivenciadas por un individuo.

Las teorías modulares de la mente también encuentran apoyo de los estudios de Gazzaniga (1985, como se citó en Díaz-Benjumea, 2002), quien sostiene que la mente opera a través de “múltiples sistemas que realizan procesos mentales paralelos” (p. 200).

Modelo Modular Transformacional

Según Habif (2021), el modelo modular transformacional proporciona un marco teórico clínico en psicoterapia psicoanalítica que es integrador y abierto, y que permite comprender la dinámica psíquica y los diversos cuadros psicopatológicos.

El enfoque modular transformacional integra tres aspectos fundamentales: el funcionamiento modular del cerebro, la existencia de sistemas motivacionales que vehiculizan la actividad del sujeto, y el modelo relacional del desarrollo (Dio Bleichmar, 2015).

Con base en estos pilares, el modelo modular transformacional sostiene que el psiquismo y los cuadros psicopatológicos se construyen a partir de la articulación de distintos componentes y sistemas o módulos motivacionales, formando así una estructura modular articulada.

Bleichmar (2000) entiende al psiquismo en base a su organización global: el todo gobierna las partes, a su vez, compuestas por estructuras o componentes que adquieren preeminencia temporal. En consonancia con esta perspectiva, el inconsciente se conceptualiza como una estructura modular heterogénea compuesta por diversos sectores, que incluyen lo originariamente inconsciente, lo secundariamente inconsciente, lo inconsciente desactivado y lo no constituido en el inconsciente.

Asimismo, dicha estructura psíquica está compuesta por una variedad de elementos que incluyen “subtipos de memoria, de sistemas motivacionales, de procesos inconscientes, de organizaciones afectivas, de cogniciones, de patrones de acción, de modalidades de enfrentar el sufrimiento psíquico” (Bleichmar, 2005, como se citó en Bilbao Bilbao, 2014, p. 10). La interacción y combinación de estos elementos conforman la configuración particular del psiquismo y dan lugar a la diversidad de cuadros psicopatológicos observados en la clínica.

Con respecto a las motivaciones, Díaz-Benjumea (2002) plantea que el concepto de *pulsión* en el psicoanálisis contemporáneo encuentra su expresión en el de *motivación*. A diferencia de Freud (como se citó en Díaz-Benjumea, 2002), quien describió un sistema dual pulsional con dos pulsiones básicas que movilizan al sujeto (líbido y autoconservación/agresividad), el modelo modular transformacional asume la existencia de múltiples sistemas motivacionales independientes en su origen y funcionamiento. Estos sistemas se articulan y transforman en el acontecer psíquico, dando lugar a diferentes estructuras psicopatológicas.

Los sistemas motivacionales representan estados internos que impulsan al sujeto hacia un objetivo. Estos estados están determinados por los módulos que se activan en el cerebro y por las relaciones con cuidadores durante la crianza (Díaz-Benjumea, 2021).

En cuanto a estas personas significativas, se entiende que desempeñan un papel en la formación del deseo y, por lo tanto, en la configuración de las motivaciones. Su influencia no se limita únicamente a la temática del deseo, sino que también afecta la vitalidad, la modalidad y las formas de reacción frente a este.

El enfoque modular transformacional distingue cinco módulos o motivaciones: “autoconservación-heteroconservación; el apego; satisfacción sensual-sexual, regulación psicobiológica y el logro de suministros narcisistas” (Dio Bleichmar, 2015, p. 197).

Cada módulo se caracteriza por los deseos, las necesidades y estructuras que involucra. En el psiquismo, estos módulos operan de dos formas diferentes. En primer lugar, tienen un funcionamiento vertical y en paralelo; es decir, cada módulo funciona de manera independiente. En segundo lugar, tienen un funcionamiento horizontal, lo que implica que se producen diversas articulaciones y transformaciones entre ellos (Bleichmar, 1999, como se citó en Bilbao Bilbao, 2014).

Estas transformaciones pueden manifestarse a nivel representacional, donde las motivaciones se inscriben y resignifican entre sí, generando predominio, conflicto o sinergia entre ellas. Por otro lado, pueden tener efectos estructurales unas sobre otras. Por ejemplo, los deseos narcisistas pueden influir en el sistema sensual-sexual, ya que la búsqueda de relaciones sexuales puede ser representada desde el narcisismo como un medio para satisfacer un ideal narcisista (Ingelmo et al., 2013).

Además de distinguir los distintos módulos por su temática, es fundamental diferenciar el nivel estructural en el que operan, ya que pueden ser verbales o no verbales. Bleichmar (1999) menciona diferentes tipos de memoria, como la memoria declarativa, que se transmite mediante palabras, y la memoria procedimental, que se aprende a través de la automatización de acciones. Por ejemplo, el módulo de apego funciona principalmente a nivel no verbal, inscribiéndose a través del contacto, la mirada y el tono emocional en el bebé.

La distinción entre memorias declarativas y procedimentales desempeña también un papel fundamental en la caracterización de diversos subsistemas inconscientes. En este contexto, Bleichmar (1997) analiza el subsistema inconsciente originario, cuya génesis se relaciona con la memoria procedimental, un proceso inicialmente inconsciente que nunca accede a la esfera consciente.

Dentro del subsistema inconsciente originario, se engloban no solo los mecanismos identificatorios que contribuyen a la estructuración del individuo, sino también, en

consonancia con los planteamientos de Stern (1985, como se citó en Velasco Fraile, 2009), el “conocimiento implícito relacional” que alude a los patrones emocionales internalizados de forma inconsciente por el niño en sus interacciones con figuras significativas (Stern, 1985, como se citó en Velasco Fraile, 2009).

El modelo relacional del desarrollo es de gran importancia para este enfoque; resalta al otro significativo no solo en la constitución de las motivaciones, ya que transmite al niño fantasías, deseos y pensamientos que generan motivaciones, sino que es de gran importancia para el desarrollo emocional del sujeto.

Con respecto a las emociones, Bleichmar (1997) entiende que los afectos no son solo una expresión, sino que son formas de comunicación que intentan suscitar un efecto en el otro, que buscan activar la reacción del otro.

Por lo tanto, las emociones dejan de tener una posición secundaria dentro del psiquismo; estas adquieren un rol primordial, debido a su relevancia en el desarrollo psicológico del individuo.

En esta línea, Bleichmar (2001) destaca la necesidad de investigar la manera en que las nuevas experiencias emocionales son registradas, la interconexión entre estos estados emocionales y su capacidad para inducir otros estados, así como la forma en que los estados emocionales incitan pensamientos congruentes con ellos.

El papel del otro significativo como medio proveedor es relevante, ya que potencializa y revitaliza el deseo del niño (Bleichmar, 1997).

En conclusión, el funcionamiento global del psiquismo es resultado de la articulación de las motivaciones con otros componentes del psiquismo y con la realidad externa (Méndez-Ruiz, 2009). El enfoque modular transformacional ofrece una perspectiva integral y de mente abierta para comprender la dinámica psíquica y la diversidad de trastornos psicopatológicos.

Inconsciente Complejo

Uno de los pilares esenciales en la teoría psicoanalítica es el concepto del inconsciente, el cual sostiene que existen procesos mentales que operan fuera de la conciencia y ejercen influencia sobre la conducta de los individuos (Alcázar, 2002).

En su obra, Sigmund Freud emplea el término *inconsciente* en tres contextos distintos, tal como lo describe Alcázar (2002). En primer lugar, hace referencia al inconsciente estructural, que abarca contenidos reprimidos. En segundo lugar, describe un sector del inconsciente que no es producto de la represión, sino que es intrínsecamente inconsciente desde el principio, involucrando hábitos y habilidades perceptivas y motoras. La tercera referencia al inconsciente es de carácter descriptivo, detallando cómo una parte importante de los contenidos mentales puede permanecer en el preconscious y, a través de un esfuerzo mental, volverse consciente.

Méndez-Ruiz (2009) argumenta que, el inconsciente reprimido ha ocupado un lugar predominante no solo en la obra de Freud, sino también en el ámbito del psicoanálisis en general. Desde la perspectiva del enfoque modular transformacional, le otorga relevancia a otros tipos de constitución y estructuración del inconsciente. Este autor propone que, el concepto de inconsciente en singular sea reemplazado por la noción de "lo inconsciente en sentido abarcativo y complejo" (p. 4).

El modelo modular transformacional comprende el inconsciente como una estructura heterogénea conformada por diversos sectores, los cuales se describen en función de los mecanismos constitutivos y las leyes de su funcionamiento.

En este sentido, Bleichmar (1997) identifica cuatro subsistemas que se diferencian por el contenido y las leyes de funcionamiento: lo originariamente inconsciente, lo secundariamente inconsciente, lo no inscripto en el inconsciente y lo desactivado en lo inconsciente.

a) Lo originariamente inconsciente alude a lo vivencial subjetivo, lo que es transmitido por el otro significativo al niño. Esas vivencias se inscriben en el inconsciente sin tener paso por lo consciente (Méndez-Ruiz, 2009).

El inconsciente originario, también abarca las relaciones afectivas en los vínculos tempranos y comprende lo que se ha denominado como memoria implícita relacional (Zukerfeld, 2004).

Dentro de este subsistema, Bleichmar (2001) distingue al inconsciente originario de las interacciones con el otro, y al inconsciente originario de la identificación.

El inconsciente originario de las relaciones con el otro es fruto, de los lugares que ocupó el sujeto en la relación con sus progenitores y de la internalización de dichos vínculos. Este inconsciente queda inscripto como memoria procedimental; nunca pasa por la conciencia.

Al respecto, Alcázar (2002) sostiene que este tipo de memoria procedimental es de naturaleza inconsciente y se manifiesta de manera actuada, sin necesidad de pasar por la conciencia.

Por otro lado, el inconsciente originario de la identificación surge de las identificaciones con los otros significativos para el sujeto.

De acuerdo con Laplanche y Pontalis (1967), la identificación es uno de los mecanismos mediante los cuales el individuo forja su identidad; este desempeña un papel relevante en la etiología de las depresiones. Un ejemplo concreto de este proceso se observa en la identificación con padres que experimentaron depresión, lo cual puede ser un factor etiológico en el desarrollo de los cuadros depresivos.

Bleichmar (1997) plantea que, este sector del inconsciente no se produce solo a partir de la influencia de un otro significativo, sino que el inconsciente también es capaz de generar significaciones a partir de la combinación de las representaciones ya inscriptas.

Lo secundariamente inconsciente, es aquello que fue relegado al inconsciente por efecto de la represión. En este subsistema se basó, según Bleichmar (1997), la obra de Freud.

Lo no inscrito en el inconsciente, son los deseos y representaciones que no llegaron a constituirse en el inconsciente del sujeto, por falta de experiencias vinculares con otro (Bleichmar, 1997). Este aspecto del inconsciente hace alusión a aquellos deseos y representaciones que no se han consolidado debido a la ausencia de estímulos proporcionados por un otro significativo que los favorezca.

Como resultado a lo anteriormente mencionado, un niño que crece en un entorno familiar donde los padres reaccionan ante situaciones adversas con intensos sentimientos de frustración, manifestándose como personas impotentes frente a las circunstancias, podría experimentar dificultades para incorporar la sensación de potencia en su psiquismo en situaciones similares a lo largo de su vida.

Por último, lo desactivo en el inconsciente concierne a la “descatectización en el seno del inconsciente del deseo por el objeto debido a la dolorosa carga de anhelo” (Freud, 1915a, 1915b, como se citó en Bleichmar, 1997, p. 153).

Este sector del inconsciente comprende aquellas representaciones y deseos que están presentes en el inconsciente, pero que pierden fuerza como motor en la vida psíquica del sujeto (Bleichmar, 1997).

En este contexto, Zukerfeel (2004) plantea la posibilidad de considerar la existencia de múltiples inconscientes que procesan información de manera simultánea. Estos diversos tipos de procesamiento inconsciente podrían estar relacionados con las distintas categorías de memoria descritas en el ámbito de las neurociencias.

Déficit, Conflicto, Trauma e Identificación

El enfoque modular transformacional, en términos generales, comprende dos mecanismos etiopatogénicos: el conflicto y el déficit. Como se ha señalado previamente en este trabajo, la teoría freudiana se centró en gran medida en el conflicto como punto de partida para la

aparición de trastornos psicopatológicos. A pesar de que Freud describió diversas formas de constitución del inconsciente, su análisis más profundo se centró en el inconsciente reprimido.

Según Coderch (2007), fue la intuición de analistas sobre la existencia de los trastornos por déficit lo que generó la evolución del pensamiento psicoanalítico hacia el modelo relacional. Coderch (2007) sostiene, que el déficit es producido por trastornos relacionales sufridos por el niño en una edad temprana. Este punto de vista, parte de la premisa de que el sujeto necesita cuidados, amor, aprobación y protección por parte de sus cuidadores para un buen desarrollo psíquico. La falta de estos cuidados produce un déficit.

En este sentido, Killigimo (2005, como se citó en Zukerfeld, 2010), plantea que el origen de los trastornos por déficit se encuentra en carencias, excesos o inadecuaciones vividas tempranamente por el niño de manera traumática, lo que genera un impacto en el yo. Tanto Zukerfeld (2010), como Coderch (2007), argumentan que el déficit no es solo causado por la ausencia de cuidados, sino también por la vivencia del niño de violencia, odio, maltrato y situaciones traumatizantes.

De acuerdo con Coderch (2007), el déficit es una experiencia subjetiva de fragilidad, inestabilidad y desconocimiento de la propia identidad. Corroborar de manera precisa cómo estas vivencias coinciden con la realidad es muy difícil.

Los trastornos por déficit producen en el sujeto un self fragmentado, difuso, frágil e incoherente, generando sentimientos de vacío, falta de vigor y energía psíquica (Coderch, 2007). En la clínica, estos pacientes manifiestan insatisfacción, ansiedad difusa, falta de ilusión y poca capacidad para enfrentar los acontecimientos de la vida (Coderch, 2007).

Bleichmar (1997) expresa que, bajo el concepto de déficit se incluyeron condiciones muy disímiles; diferencia las patologías por déficit, de las patologías por trauma y por inscripción patológica originaria. Por lo tanto, las patologías por déficit son generadas a partir de una

falla de los cuidadores del sujeto en la generación de condiciones que permitan el desarrollo de las funciones esenciales para el funcionamiento psíquico (Bleichmar, 1997). Este autor plantea que, estos trastornos pueden generarse a partir del déficit del objeto externo, por trauma o por inscripción patológica originaria (Bleichmar, 1997).

En cuanto al déficit producido por el objeto externo, este es generado por la incapacidad de los cuidadores del niño para proveerle de determinadas funciones psíquicas. Por ejemplo, los padres con baja autoestima tendrán dificultades a la hora de narcisizar al niño.

Con respecto a la inscripción patológica originaria, esta se produce a partir de la identificación del sujeto con las patologías de los padres. Este mecanismo no ha sido tenido en cuenta en el ámbito del psicoanálisis durante un extenso período, debido a que los trastornos por déficit no constituían la principal preocupación en ese campo (Bleichmar, 1999).

Con respecto al conflicto, Freud (como se citó en Laplanche y Pontalis, 1967), explica la etiopatogenia del conflicto a partir de una oposición dual entre dos fuerzas internas contrarias que entran en conflicto. Una de estas fuerzas es “siempre la sexualidad, mientras que el otro se busca en realidades cambiantes (yo, pulsiones del yo, pulsiones de muerte)” (p. 79).

A diferencia de Freud, el enfoque modular transformacional destaca la influencia del medio externo en la constitución del conflicto. Aunque considera la importancia que tiene lo intrapsíquico en la codificación de la realidad, destaca el papel fundamental de la realidad en la generación e intensidad del conflicto. Entonces, “se trata de un movimiento en red en el que continuamente se está produciendo una articulación entre factores externos e internos, no siendo ninguno de ellos ni totalmente externo ni totalmente interno” (Ingelmo et al., 2013, p. 573).

Según Ingelmo et al. (2013), el enfoque modular transformacional amplía la teoría freudiana a partir de la introducción de los distintos sistemas motivacionales que vehiculizan distintos

tipos de deseos. Por lo tanto, el conflicto surge a partir de la articulación que se genera entre las diferentes motivaciones, “en la alternancia que puede haber, en el predominio de cada uno de ellos, así como en los conflictos o sinergias intermotivacionales” (Ingelmo et al., 2013, p. 571).

A diferencia de la teoría freudiana, que postula el deseo sexual como uno de los polos en conflicto predominante, este enfoque ofrece la posibilidad de describir diversos tipos de deseos que pueden ser susceptibles de generar conflictos, como los deseos narcisistas que pueden entrar en conflicto con los deseos de apego. Esta perspectiva ampliada nos permite comprender cómo los deseos, más allá de la sexualidad, pueden desempeñar un papel significativo en la dinámica psicológica y los conflictos internos de un individuo.

Trastorno Depresivo

La depresión es un trastorno mental grave y altamente prevalente en todo el mundo, que ocasiona una gran invalidez en las personas que la padecen (Murray y López, 1996, como se citó en Korman y Sarudiansky, 2011).

Los trastornos depresivos se caracterizan por una heterogeneidad de síntomas, causas, evolución e intensidad, que se manifiestan de diferentes formas entre distintos individuos, e incluso en diferentes episodios de la misma persona.

Esta heterogeneidad se refleja en una diversidad de funciones que se ven afectadas en el sujeto: la afectividad, la cognición, la psicomotricidad y la conducta, entre otras (Peralta y Cuesta, 2002).

Debido a la utilización poco rigurosa del término *depresión* en diversos ámbitos, tanto médicos como no médicos —el término engloba desde casos con dudosa significación clínica hasta cuadros graves—, y producto de la complejidad diagnóstica, de la dificultad de delimitación de los síntomas, de su diversidad etiológica, de su evolución y de su intensidad,

se observa en la atención primaria una tendencia a “ser sobrediagnosticada, subdiagnosticada y tratada de manera insuficiente” (Botto et al., 2014, p. 1297), lo que afecta negativamente la calidad de la atención brindada.

El síntoma característico de la depresión es la tristeza, pero las personas que la padecen pueden experimentar una diversidad de síntomas. Entre estos se incluyen cambios en el estado de ánimo, pérdida de interés o placer en actividades, alteraciones del apetito y peso, problemas de sueño, fatiga, sentimientos de culpa, dificultades de concentración y pensamientos suicidas (Korman y Sarudiansky, 2011).

Es importante destacar que, para realizar el diagnóstico de depresión no es necesario que estén presentes todos los síntomas descritos, ya que la presencia de algunos de ellos es suficiente.

En la actualidad, los criterios diagnósticos más utilizados son los proporcionados por la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades (CIE) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) de la Asociación Americana de Psiquiatría (Álvarez-Mon et al., 2019).

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) incluye, dentro de los trastornos depresivos, “el trastorno desregulación disruptiva del estado del ánimo, el trastorno de depresión mayor (incluye el episodio depresivo mayor), el trastorno depresivo persistente (distimia), el trastorno disfórico premenstrual, el trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento, el trastorno depresivo debidos a otra afección médica, otro trastorno depresivo especificado y otro trastorno depresivo no especificado” (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

Según Sánchez-Hita (2014), el DSM-5 introduce cambios significativos en comparación con la versión anterior, el DSM-4. Este nuevo manual incorpora conceptos de espectros diagnósticos al explorar los síntomas, evaluar su intensidad y especificidad, y adoptando un enfoque

dimensional. El DSM-5 permite la cuantificación y especificación de la gravedad de los trastornos (leve, moderada, severa o extrema). También brinda la oportunidad de especificar las consecuencias funcionales asociadas con cada patología.

Estas modificaciones permiten a los profesionales indicar el tratamiento adecuado, planificar el seguimiento del paciente y tener un pronóstico adecuado (Madero Dutazaka et al., 2021).

Sin embargo, según Sanchez-Hita (2014), a pesar de su capacidad para ofrecer diagnósticos dimensionales y cuantificar la gravedad de los síntomas, el DSM-5 considera umbrales muy bajos dentro de los espectros de diagnóstico. Esto puede tener como resultado la patologización de estados normales en la vida de una persona. Por ejemplo, se reconocen grados de malestar que no necesariamente constituyen síntomas clínicos, lo que plantea la cuestión de si el manual podría estar etiquetando como trastornos ciertos estados emocionales que podrían ser considerados parte de la experiencia humana común. En este contexto, uno de los cambios que generó más debate, fue la eliminación del duelo como factor de exclusión del diagnóstico de depresión mayor.

En este sentido, Botto et al. (2014) plantean un enfoque dimensional de la depresión, considerándola como un cuadro clínico complejo que debe entenderse desde un enfoque longitudinal y dimensional. Esta perspectiva reconoce la existencia de un espectro afectivo, que abarca diversas fluctuaciones emocionales compartidas por diferentes trastornos psicopatológicos, y que puede ser influenciado por los estilos de personalidad. Este espectro afectivo comprende desde un polo más “caracterológico, representado por la distimia, hasta el polo más biológico, representado por la enfermedad de tipo I” (Botto et al., 2014, p. 1297). Este modelo propone que no puede hacerse distinciones categóricas, por ejemplo, entre cuadros unipolares y bipolares, ya que plantean que las fluctuaciones anímicas son compartidas por ambas entidades.

Según Álvarez-Mon et al. (2019), el trastorno depresivo mayor es uno de los cuadros neurológicos más relevantes y comúnmente diagnosticados. Presenta una alta tasa de prevalencia, lo que significa que es frecuentemente diagnosticado en la población. Este trastorno causa un gran impacto negativo en la vida de las personas, afectando áreas como el estado de ánimo, la actividad psicomotriz, la cognición y la salud somática

El trastorno depresivo mayor, caracterizado por episodios que duran al menos dos semanas y que implican cambios afectivos, cognitivos y en las funciones neurovegetativas, es uno de los diagnósticos más relevantes y comúnmente establecidos dentro de los trastornos depresivos (Álvarez-Mon et al., 2019). Aunque puede diagnosticarse a partir de un solo episodio, en la mayoría de los casos suele haber recurrencia. Los criterios diagnósticos del DSM-5 incluyen el “ánimo depresivo o la pérdida de interés o placer en casi todas las actividades” (Álvarez-Mon et al., 2019, p. 163), junto con otros síntomas como cambios en el apetito, la actividad psicomotora, la energía, los sentimientos de inutilidad y culpa, las dificultades cognitivas y los pensamientos suicidas, que deben estar presentes la mayor parte del día durante al menos dos semanas.

Según Ezquiaga Terrazas et al. (2011), el cuadro clínico depresión mayor muestra una amplia diversidad clínica en términos de pronóstico, gravedad de los síntomas y respuesta al tratamiento.

Botto et al. (2014) sostienen, que la depresión mayor no es una entidad confiable y válida por sí sola, ya que no proporciona información suficiente sobre su origen, ni sobre el pronóstico de la enfermedad. En cambio, si pensamos este cuadro considerando lo emocional como un espectro, el cuadro de depresión mayor incluiría cuatro diferentes tipos de depresión, que van desde un polo más crónico y leve hasta un cuadro más episódico y severo.

En conclusión, la depresión mayor es un trastorno mental grave y complejo, con una diversidad clínica significativa en términos de pronóstico, gravedad de los síntomas y respuesta al tratamiento (Ezquiaga Terrazas et al., 2011).

A pesar de los criterios de diagnóstico existentes, se ha reconocido la necesidad de abordar la depresión desde una perspectiva dimensional y longitudinal para comprender su complejidad y considerar la influencia de los estilos de personalidad en su manifestación y configuración clínica (Botto et al., 2014).

En este sentido, estas clasificaciones deben ser complementadas por modelos teóricos-clínicos que tengan en cuenta las causas de los diferentes cuadros psicopatológicos, cómo afectan a los sujetos según su estructura psíquica y los factores que mantienen al sujeto en dicho cuadro psicopatológico.

Tristeza y Tristeza Patológica

La gran heterogeneidad de los trastornos depresivos presenta una gran complejidad a la hora de ser diagnosticada por los profesionales. Según Ezquiaga Terrazas et al. (2011), estos trastornos abarcan desde estados de dudosa significación clínica, resultado de reacciones normales a situaciones de la vida, hasta cuadros de gran severidad. Unos de los desafíos que se presentan en la clínica es la diferenciación de los estados de tristeza normales de lo que se ha llamado tristeza patológica.

La tristeza es un sentimiento que puede manifestarse tanto en situaciones normales, como en trastornos psicológicos, como la depresión. La capacidad de diferenciar entre la tristeza normal y la tristeza patológica es de gran importancia para una evaluación y tratamiento adecuados.

Peralta y Cuesta (2002) plantean que, para diferenciar la tristeza normal de la tristeza patológica, es importante distinguir entre dos fenómenos psicopatológicos distintos subyacentes a estos estados: el estado de ánimo y los sentimientos.

De esta manera se pueden comprender adecuadamente. El estado de ánimo es un estado afectivo más duradero en el tiempo y relativamente autónomo, que influye en la percepción de uno mismo y en la forma en que el individuo experimenta diversas situaciones a lo largo del tiempo, afectando lo cognitivo, somático y conductual en la vida de las personas. Los sentimientos, en cambio, son estados emocionales más breves y efímeros que surgen en respuesta a circunstancias específicas de la vida. Pueden variar rápidamente y ser desencadenados por diferentes situaciones y eventos.

La tristeza normal y la patológica se diferencian en la proporción del desencadenante, la duración e intensidad y la afectación de la conducta de los sujetos (Ramos y Soler, 2016). Peralta y Cuesta (2002) plantean que, la tristeza es la expresión de los sentimientos y “una experiencia psicológica corriente, coherente con lo que la desencadena, y con una intensidad y duración adecuados a la situación desencadenante” (p. 8). Esta habitualmente surge tras situaciones de pérdida.

Según Ramos y Soler (2016), en consonancia con esta perspectiva, afirman que la tristeza patológica es una variante anormal del estado de ánimo en la que la persona experimenta sentimientos de tristeza, pena, aflicción, desánimo y falta de interés, tanto en sus ocupaciones como en el entorno. El sujeto se puede observar apagado, con una escasa reactividad emocional, con tendencia al llanto, tanto espontáneo como inducido. La atención de la persona se centra principalmente en su tristeza. El discurso tiende a ser lineal y breve, a menudo se expresan sentimientos de culpa y baja autoestima. Presenta una inhibición en la psicomotricidad, la persona tiende a aislarse más, siendo menos comunicativa y tolerante. En los casos más graves, pueden surgir ideas y conductas suicidas.

Es relevante señalar que, según Bleichmar (1986), la tristeza no constituye el núcleo común de los estados depresivos. Este autor la define como una estructura ideoaffectiva en la que ciertos tipos de ideas y afectos están estrechamente relacionados en una interacción

bidireccional, pero remarca que estas son de diferente orden. En los estados de tristeza, siempre están presentes las ideas que le son correlativas; sin embargo, estas mismas ideas pueden aparecer sin que el estado afectivo de tristeza se manifieste. Por ejemplo, pueden surgir ideas suicidas, frustración o fracaso, pero la persona no se siente triste, sino que experimenta rabia. De esta observación se deduce que la tristeza no es necesariamente el factor común de los estados depresivos, lo que implica que puede haber depresiones en las que no esté presente la tristeza.

En cambio, Bleichmar (1986) sugiere que el factor común de los estados depresivos debe buscarse en el tipo de ideas presente. Este autor presenta ciertas ideas como el núcleo común de los estados depresivos, donde el sujeto se representa como incapaz e impotente frente a la realización de un deseo al que está fuertemente fijado. En resumen, la tristeza no siempre está presente en los estados depresivos, y la clave para comprenderlos radica en las ideas que llevan al sujeto a representarse incapaz e impotente frente a la realización de un deseo.

Diagnóstico

Según Sánchez Hita (2014), el diagnóstico en psicoterapia es una herramienta esencial para comprender la realidad del paciente, caracterizar las problemáticas y diferencias humanas que influyen en los síntomas y proporcionar un tratamiento adecuado. Ayuda al terapeuta a ofrecer un enfoque personalizado y a prever el pronóstico de la terapia.

En cuanto al diagnóstico de los trastornos depresivos, Mitjans y Arias (2012) plantean que este es complejo debido a varias razones. En primer lugar, existe dificultad para delimitar los diferentes síntomas y el propio síndrome de conductas y sentimientos a situaciones vitales específicas, ya que pueden variar ampliamente de una persona a otra. Esto implica que la depresión puede presentarse de formas diferentes en cada individuo, lo que dificulta su identificación y diagnóstico. Además, hasta el momento no se han identificado marcadores

biológicos que permitan un diagnóstico preciso de los estados depresivos, por lo cual este debe ser psicopatológico y clínico.

Según Botto et al. (2014), la diversidad de los cuadros depresivos subraya la relevancia del análisis de la psicopatología para una comprensión más completa de la depresión y la identificación de los endofenotipos de respuesta en cada paciente. La complejidad inherente a este trastorno también se refleja en la variabilidad de cómo afecta la depresión a cada individuo, así como en las diferencias que surgen en cada episodio que experimenta a lo largo de su vida, lo que añade un nivel adicional de desafío al estudio de su etiopatogenia.

Las presentaciones sintomatológicas son, para Méndez-Ruiz (2009), “fenómenos de superficie, resultado final de procesos que les subyacen” (p. 7). Por lo tanto, el diagnóstico de los estados depresivos, así como el de los demás cuadros psicopatológicos, debe realizarse desde un modelo dimensional “que tome en cuenta la articulación de diferentes dimensiones o componentes, los cuales, van a dar lugar en su combinatoria a las diferentes configuraciones psicopatológicas y de personalidad” (p. 9).

Para poder dar cuenta de las dimensiones que comprenden las estructuras psicopatológicas y para el estudio de los mecanismos por los cuales se llega, Bleichmar (1997) plantea dos tareas: por un lado, la deconstrucción de las categorías psicopatológicas para poder identificar los subtipos de las enfermedades, su psicogénesis y por otro, identificar las dimensiones que se articulan para su estructuración.

Teniendo en cuenta esto, es posible generar intervenciones más adecuadas a las diferentes configuraciones psicopatológicas y las personalidades.

Caminos de Entrada a la Depresión

En esta sección del trabajo, se procederá a identificar los diversos procesos que, de manera individual, pueden dar origen a un trastorno depresivo. Es importante destacar que en la

psique de un individuo, más de una de estas vías pueden manifestarse de manera simultánea o entrelazarse entre sí para dar lugar a la manifestación de estos trastornos.

Un ejemplo se presenta en la interacción entre la agresividad y la culpa en el contexto de los trastornos depresivos. Estos dos componentes pueden operar de manera simultánea, contribuyendo conjuntamente a la manifestación de un trastorno depresivo. Sin embargo, es fundamental reconocer que, estos procesos psicológicos, la agresividad y la culpa pueden también articularse, generando un circuito adicional que conduce a la depresión.

Para ilustrar este punto, consideremos el componente de la agresividad. Un individuo puede experimentar sentimientos de agresividad hacia sí mismo o hacia los demás, percibiéndose como una amenaza o peligro para las personas que aprecia. Esta percepción de su propia agresividad puede desencadenar sentimientos de culpa, ya que el sujeto puede considerarse responsable de cualquier daño potencial que pueda infligir a otros (Bleichmar, 1997).

Agresividad y Depresión

Harris (2020) entiende la agresividad como un término neutral, sin connotaciones positivas o negativas, sino como una reacción natural a las diversas motivaciones y necesidades humanas. Resalta la importancia del entorno, la cultura, la sociedad, el otro significativo y las experiencias internas del propio sujeto para el surgimiento de las diferentes manifestaciones de la agresividad como pueden ser la “motilidad, afirmación, competitividad, envidia, rabia, odio” (s/p).

Desde mi punto de vista, la perspectiva presentada por Harris (2020) proporciona una visión compleja y dimensional de la agresividad. Según Harris (2020), esta se concibe como una respuesta que puede surgir de diversas causas, dando lugar a múltiples manifestaciones. Además, se reconocen diferentes dimensiones que influyen en la agresividad, como son las relaciones objetales primarias, el papel de la biología, la contribución del género y el impacto

del trauma. Este enfoque enriquece la comprensión de la agresividad al abordar su complejidad desde una perspectiva más amplia.

Bleichmar (1997) asegura que, las distintas formas de agresividad son capaces de provocar el estado depresivo en el sujeto, y diferencia los efectos que esta agresividad tiene en cuanto es dirigida sobre la representación del objeto o del sujeto, de cuando el deseo agresivo es dirigido al otro externo real o sobre el funcionamiento del propio sujeto.

Agresividad sobre el Objeto Externo

Mediante la crítica al objeto externo y su continua desvalorización, este se pierde como objeto valorado necesario para sostener el narcisismo del sujeto.

Bleichmar (1997) diferencia la agresividad que puede recaer sobre el objeto, que es posesión narcisista del sujeto, de aquellos que actúan como objeto de la actividad narcisista (Bleichmar, 1997, como se citó en Méndez-Ruiz, 2020).

Los objetos de posesión narcisista, son aquellos objetos o personas en los que se mantiene un vínculo, donde las fallas o méritos de este recaen en la representación que el sujeto tiene de sí mismo. Asimismo, el objeto de la actividad narcisista son los objetos que permiten al sujeto llevar a cabo una actividad narcisista, sin ellos dicha actividad no puede llevarse a cabo. Estos objetos ayudan a mantener la autoestima del sujeto, su ataque por parte de la agresividad puede llevar al sujeto a la depresión (Méndez-Ruiz, 2020).

Esta agresividad puede ser dirigida hacia los objetos externos reales, destruyendo a las personas que lo rodean, familiares, amistades, vínculos laborales; deterioran la vida del sujeto e imposibilitan la realización de sus deseos centrales (Bleichmar, 1997).

Agresividad Dirigida contra el Propio Sujeto

La relación que las personas tenemos con las otras personas y con nosotros mismos puede ser de amor u odio. Cuando la relación del sujeto consigo mismo es de odio, ante las situaciones adversas, genera que el sujeto se castigue con severidad (Méndez-Ruiz, 2009).

Esto causa en el sujeto una autocrítica constante que va deteriorando la representación y el funcionamiento del *self*, generando déficits yoicos y un sujeto incapaz de generar acciones para mantener su autoestima.

Culpa y Depresión

Según Laplanche y Pontalis (1967), el sentimiento de culpabilidad designa “un estado afectivo consecutivo a un acto que el sujeto considera reprobable, pudiendo ser la razón que para ello se invoca más o menos adecuada (como los remordimientos del criminal o los autorreproches de apariencia absurda), o también un sentimiento difuso de indignidad personal sin relación con un acto preciso del que el sujeto pudiera acusarse” (p. 397).

En este sentido, Freud (1917, como se citó en Laplanche y Pontalis, 1967) plantea que el sentimiento de culpa surge a partir de la escisión del yo, en el proceso de formación del superyó, el cual lo critica duramente. En este contexto, las críticas que originalmente se dirigen hacia un objeto de amor se vuelven contra el propio yo.

Con respecto al superyó, Bleichmar (1997) plantea que, este es una construcción intersubjetiva donde lo esencial radica en que el sujeto se identifique con las normas impuestas por sus padres. Esta identificación se vuelve fundamental, ya que los sentimientos de culpa surgen como manifestaciones originadas en las relaciones intersubjetivas.

Según Bleichmar (1997), los sentimientos de culpa se apoyan en una estructura de fantasía compuesta por tres componentes.

En primer lugar, el sujeto visualiza al otro como infeliz o en una posición desfavorable, mientras que se representa a sí mismo en una posición más favorable. En segundo lugar, el sujeto experimenta la culpa al sentirse infractor de los mandatos impuestos por su superyó. En tercer lugar, el sujeto se identifica con el sufrimiento del otro. Esta identificación con el otro y el amor por el objeto es fundamental para la aparición de sentimientos de culpa.

Bleichmar (2003) describe cinco vías por las cuales los sentimientos de culpa nos pueden llevar a la depresión:

Cuadro 1

La culpa por la cualidad de los deseos inconscientes	Los deseos hostiles entran en contradicción con las representaciones del sujeto.
La culpa surgida por la codificación	El sujeto codifica los impulsos y deseos.
La identificación con otra persona	Se conforma una identidad básica donde se representa a sí mismo como malo.
La culpa causada por la introyección de las críticas contra del objeto	Se moldea la representación del sujeto de sí mismo por la identificación con el objeto criticado.
La culpa defensiva	Surge como medio para lograr un sentimiento de control sobre los acontecimientos y como forma de aplacar los objetos.

Fuente: Elaboración propia, con base en Fairbairn, (como se citó en Bleichmar, 1997, p. 66), y Méndez-Ruiz (2002).

Bleichmar (1997) destaca que, la culpa produce depresión no solo por la generación del sentimiento de indignidad que siente el sujeto, o porque no es capaz de satisfacer una imagen de bondad con la que el sujeto desea identificarse, sino que puede producir conductas masoquistas de sometimiento a objetos que ponen al sujeto en una situación de impotencia en torno a sus deseos.

La Depresión en los Trastornos Narcisistas

Según Peralta (2007), dentro del campo del psicoanálisis, las opiniones sobre la etiología de los trastornos depresivos han estado históricamente fundamentadas en los conceptos de culpa y agresividad. Sin embargo, autores como Kohut (1971, 1977, 1984), Bibring (1953) y Kernberg (1975) han desarrollado propuestas alternativas en las cuales el narcisismo juega un papel crucial como factor que puede conducir a la aparición de estados depresivos (como se citó en Peralta Malhue, 2007).

El narcisismo, como lo describe Izquierdo (2013), es considerado por Freud como una poderosa motivación subyacente en la psicología humana. Este autor plantea que, el narcisismo puede entenderse como una dimensión continua que abarca desde polos saludables hasta polos patológicos.

En este contexto, Bleichmar (1997) explora las vías que conducen a la depresión desde el ámbito de los trastornos narcisistas, centrándose en los polos patológicos del narcisismo.

Dentro de los trastornos narcisistas, Bleichmar (1997, 2003) plantea dos condiciones diferentes. Primero, aquellas en que el sujeto presenta una constante baja autoestima o se le dificulta tener una imagen valorada de sí mismo (Kohut, 1971, como se citó en Bleichmar, 1997). Segundo, sujetos caracterizados por sentimientos de “omnipotencia, grandiosidad y denigración al objeto” (Méndez-Ruiz, 2009, p. 13).

Los caminos por los cuales los trastornos narcisistas conducen al estado depresivo son diferentes. Las personas con constante baja autoestima y pobre representación de sí mismos pueden conducir a la depresión de manera directa e indirecta.

La depresión puede surgir directamente debido al sentimiento de impotencia para alcanzar deseos y metas, así como por la incapacidad de enfrentar una realidad que se percibe como abrumadora. Además, también puede manifestarse de manera indirecta como resultado de las defensas que el individuo activa, como evitar situaciones vergonzosas o eludir aspectos normales de la vida, lo que conlleva una disminución de recursos yoicos, pérdida de oportunidades en la realidad y frustración ante los deseos no cumplidos (Bleichmar, 2003).

En los sujetos caracterizados por la omnipotencia y la grandiosidad, la depresión surge cuando estos sentimientos de los que se sirven para negar la realidad colapsan (Méndez-Ruiz, 2009).

La Depresión por Angustias Persecutorias

Según Garbarino (2012), el concepto de *angustia* tomó un lugar central en la teoría de Melani Klein. Dicha autora, a partir de la descripción del interjuego entre la angustia y los objetos, introdujo el concepto de *posición*.

Este concepto, según Klein (1952, como se citó en Laplanche y Pontails, 1967), es preferido por esta al término de fase, ya que las ansiedades y defensas características de estas posiciones pueden presentarse a lo largo de la vida del sujeto.

La angustia persecutoria es descrita como una reacción propia del niño ante la pulsión de muerte que tiende a la aniquilación del yo (Klein, 1948).

Según Bleichmar (1997), las angustias persecutorias que incluyen el temor al rechazo amoroso o diversas formas de agresión pueden tener efectos en el psiquismo y llevar a la depresión. Estas angustias perturban diversas áreas del funcionamiento psíquico del individuo, como las sublimaciones, el desarrollo cognitivo, las expresiones emocionales y las

relaciones interpersonales, así como las habilidades prácticas para enfrentar la realidad, y el sentido mismo de la realidad.

El uso de defensas para reducir la angustia puede tener un impacto inhibitor en el sujeto, conduciendo a sentimientos de impotencia y la percepción de no poder controlar la realidad, los vínculos emocionales y su propia mente.

Las angustias persecutorias también pueden desencadenar estados depresivos de manera más inmediata y episódica. Esto se debe al sentimiento de impotencia que surge por el temor a no poder satisfacer las expectativas de alguien más, o el compromiso de llevar a cabo una tarea específica para la que se siente responsable (Bleichmar, 1997).

La Depresión por Identificación

De acuerdo a Laplanche y Pontalis (1967), la identificación se configura como un proceso mediante el cual el sujeto incorpora características de otro individuo, experimentando una transformación en base con dicho modelo. De esta manera, la personalidad se forja y distingue a través de la operación de estos mecanismos identificatorios.

Con relación a esto, la identificación puede influir en la depresión de varias formas, tanto indirecta como directamente. Indirectamente, juega un papel fundamental como un elemento estructurante de cada uno de los factores que pueden contribuir al desarrollo de la depresión. Por otro lado, también puede tener un impacto directo cuando el sujeto se identifica con padres que sufren de depresión (Bleichmar, 1997).

Cuando el individuo se identifica con los rasgos caracterológicos depresivos de los padres no solo adopta esas características en su personalidad, sino que también internaliza su visión de la realidad. Los padres pueden transmitir mensajes inconscientes de impotencia y frustración frente a los desafíos de la vida, y estos sentimientos se transmiten a los hijos de manera inconsciente (Bleichmar, 1997).

Además, el niño también puede identificarse con la percepción que una figura significativa tiene de él. Si es representado como incapaz, impotente o deficitario por alguien importante en su vida, esto puede afectar su autoimagen y contribuir a la depresión (Bleichmar, 1997).

La Depresión por Déficit Yoicos

La depresión puede originarse a partir de déficits yoicos reales en el individuo, y plantea que estos déficits pueden tener diversas fuentes, como la identificación con las insuficiencias reales de los padres. Además, a partir de un vínculo simbiótico con un otro significativo puede llevar a que esta otra persona asuma funciones psicológicas del sujeto, lo que puede evitar el desarrollo de dicha función (Bleichmar, 1997).

Depresión por Efecto de la Realidad Externa

Según Méndez-Ruiz (2009), la realidad externa puede ser un factor directo en el surgimiento de sentimientos de desesperanza e impotencia en el individuo. Estas situaciones son variadas y pueden incluir experiencias de sometimiento, especialmente durante la infancia, así como enfermedades incapacitantes, exposición a situaciones traumáticas, violencia y abandono.

Depresión Desde la Propuesta de Hugo Bleichmar

Para el estudio de los diferentes cuadros psicopatológicos, Dio Bleichmar (2015) propone primero establecer el núcleo común de los cuadros nosológicos, y luego describir los factores y procesos por los que se llega a ese núcleo en común.

En este sentido, Bleichmar (1997) analiza los estados depresivos como una reacción frente a la pérdida de un objeto, y plantea que lo característico de la reacción es “la presencia del sentimiento de impotencia y desesperanza para la realización de un deseo al que se está intensamente fijado” (p. 38).

Bleichmar (2003) describe el estado depresivo a partir de tres componentes:

- 1) fijación a cierto deseo que ocupa un lugar central en el mundo interno del sujeto y que es sentido como no realizable;
- 2) una representación de sí mismo como impotente/indefenso para satisfacer ese deseo;
- 3) los componentes afectivos y motivacionales que acompañan a las dos condiciones mencionadas (el afecto depresivo y cierto grado de inhibición motriz).

Además, el autor destaca que los cuadros clínicos depresivos están constituidos por “el estado depresivo más los intentos de salir de ese estado depresivo y los beneficios que la depresión pudiera producir” (Bleichmar, 2003, p. 39).

Desde el enfoque modular transformacional, se entiende a los estados depresivos como un proceso, producto de la interacción de distintas estructuras psíquicas, que provocan sentimientos de impotencia e indefensión que se producen a partir de la pérdida de un objeto libidinal. Este modelo permite analizar la dinámica psíquica involucrada en dicho proceso, abordando tanto la articulación como las transformaciones de las dimensiones que conducen y mantienen los estados depresivos (Bleichmar, 1997).

Por otra parte, los sentimientos de impotencia e indefensión han sido puestos en primer plano por distintos psicoanalistas (Bibring, 1959; Joffe y Sandler, 1965, como se citó en Bleichmar, 1997).

Por su lado, Bibring (1959) plantea que la fijación a situaciones donde el sujeto experimentó previamente sentimientos de impotencia e indefensión pueden dar lugar a un patrón recurrente en el que, ante situaciones frustrantes, estos sentimientos se manifiesten de forma reiterada.

A diferencia de Bleichmar (1997), que propone múltiples causas por las que se llega al trastorno depresivo, Bibring (1959) plantea la etiología de la depresión como un trastorno de la autoestima, y propone que la depresión es una “expresión emocional de un estado de desamparo e impotencia del yo por la no realización de metas valoradas por el sujeto” (pp.

5-6). Bibring (1959) divide estas metas en tres categorías generales: “1) el deseo de ser digno de valor, de ser amado, de ser apreciado, de no ser inferior o indigno; 2) el deseo de ser fuerte, superior, grande, seguro, de no ser débil e inseguro, y 3) el deseo de ser bueno, de ser curioso, de no ser agresivo, malévolo y destructivo” (p. 6).

En cuanto a estas metas, Bibring (1959) sugiere tres mecanismos por los que surgirá la depresión. En el primer grupo, la depresión aparece cuando el temor de ser inferior parece concretarse, provocando la sensación de fracaso. En el segundo grupo, la depresión surge debido a la percepción de debilidad del yo para el cumplimiento del deseo. En el tercer grupo, la depresión se manifiesta a partir de un golpe a la autoestima, causado por el descubrimiento de tendencias agresivas que posee el sujeto, a pesar de los esfuerzos por ser cariñoso (Bibring, 2019).

Por su parte, Joffe y Sandler (1965) identificaron la respuesta depresiva como una reacción afectiva provocada por sentimientos de impotencia e indefensión (Joffe y Sandler, 1965, como se citó en Bleichmar, 2003).

A diferencia del enfoque presentado por Bibring (1959), Blatt (1998) elabora una descripción de las reacciones depresivas ancladas en las experiencias vitales que las subyacen. En este sentido, Blatt (1998) muestra cómo las situaciones de la vida afectan de manera diferente a los sujetos, según sean vivenciadas por personas con personalidades de naturaleza introyectiva o de naturaleza anaclítica. Desde esta perspectiva, el autor formula dos categorías de experiencias depresivas: las depresiones anaclíticas, caracterizadas por un conjunto de “sentimientos de pérdida, abandono, indefensión y soledad” (p. 12), y las depresiones introyectivas, definidas por trastornos en la autodefinición y la autoestima, así como por la presencia de sentimientos de culpabilidad, desesperanza y autocrítica.

Blatt (1998), en su análisis, enfatiza la trascendencia de las interacciones vivenciadas por el individuo con una figura significativa en la génesis de ambas manifestaciones depresivas. Las

depressiones anaclíticas hallan sus raíces en contextos donde el individuo ha experimentado desatención, falta de afecto y abandono, mientras que las depresiones introyectivas se encuentran ligadas a las dinámicas de relación establecidas con los progenitores, caracterizadas por ser extremadamente severas, que dan lugar a la internalización de un superyó riguroso por parte de los individuos en su desarrollo (Blatt y Omán, 1992, como se citó en Blatt, 1998).

En este sentido, Dio Bleichmar resalta la importancia de las descripciones de Blatt (2004, como se citó en Dio Bleichmar, 2015), y propone que esta diferenciación muestra cómo los sujetos, según su estructura caracterológica, reaccionan a las pérdidas, cuáles son los síntomas predominantes, y permite cierta predicción de los efectos de las intervenciones.

De acuerdo con Bleichmar (1997), los sentimientos de potencia e impotencia se presentan como extremos en una misma dimensión. El sentimiento de potencia, que impulsa al niño a sentirse capaz de afrontar las contingencias de la vida, surge y se desarrolla en el marco de las interacciones con los individuos significativos, en particular los padres. Sin embargo, existe la posibilidad de que estos progenitores no logren transmitir satisfactoriamente tales sentimientos, lo que conlleva a que el psiquismo del niño se configure en torno a un sentido de impotencia. Este sentimiento de impotencia, a su vez, se establece como una creencia matriz pasional. Estas matrices, que representan estructuras tanto cognitivas como emocionales, se van construyendo en el transcurso de la relación con el otro.

En este sentido, es importante resaltar el vínculo del sujeto con sus progenitores, porque estos proporcionan modelos identificatorios con los que el sujeto va construyendo su carácter. El sujeto puede identificarse con padres depresivos o con las representaciones que los padres tienen de él, como un sujeto impotente, incapaz.

Teniendo en cuenta lo expuesto, resulta de vital importancia el concepto de medio proveedor para el desarrollo psicoemocional del niño, la importancia de padres revitalizantes, emocionalmente dispuestos que inscriban el sentimiento de potencia en el niño.

Consideraciones Finales

En resumen, abordar la complejidad inherente del psiquismo y de los trastornos psicopatológicos demanda una perspectiva integral que considere múltiples factores y mecanismos que configuran el psiquismo y las diversas manifestaciones psicopatológicas. El enfoque modular transformacional representa un paso significativo en la dirección de esta comprensión más completa y abierta. Este modelo, en constante evolución y receptivo a nuevas contribuciones desde diversas disciplinas científicas, facilita la descripción de los procesos mediante los cuales se estructura el psiquismo y se manifiestan los distintos cuadros depresivos.

En este contexto, las perspectivas actuales, tanto desde la psiquiatría como desde enfoques psicoanalíticos contemporáneos, han evolucionado hacia una visión dimensional en lugar de categorial del psiquismo. Reconocen que las causas de los trastornos depresivos son multifactoriales y complejas, y, en lugar de reducirlos a una única causa, buscan comprender cómo interactúan diversos factores y dimensiones que influyen en su etiología.

La gran complejidad en el diagnóstico de los trastornos depresivos, dada su heterogeneidad en términos de causas, síntomas y evolución, requiere ser abordada desde diversas dimensiones que conforman la experiencia humana. Históricamente, muchas de estas dimensiones han sido estudiadas de manera aislada, a menudo utilizando enfoques reduccionistas que intentaban explicar los trastornos depresivos a partir de una única causa, como lo biológico o el narcisismo, por ejemplo.

Además, se ha destacado cómo la tristeza, como uno de los síntomas centrales en los trastornos depresivos, no puede ser comprendida de manera simple, ya que se manifiesta en un amplio espectro, que abarca desde experiencias normales hasta patológicas, incluyendo diversas gradaciones intermedias.

Por lo tanto, se subraya la importancia de desarrollar marcos teóricos que permitan una comprensión holística de la complejidad psíquica y, al mismo tiempo, la capacidad de analizar minuciosamente los componentes de estos sistemas y entender cómo se interconectan para dar lugar a estructuras específicas. Este enfoque nos brinda una comprensión más profunda de por qué los trastornos depresivos a menudo presentan patrones comunes en su organización.

En última instancia, el enfoque modular transformacional plantea una mirada multidimensional y flexible, que enriquece nuestra comprensión de la psicología humana y contribuye a abordar de manera más efectiva los desafíos que plantean los trastornos depresivos en la salud mental.

Referencias Bibliográficas

- Alcázar, E. (2002). Hablando de mente y cerebro. *Psiquiatría, neurociencia y psicoanálisis. Vitae: Academia Biomédica Digital, 10*. https://vitae.ucv.ve/pdfs/VITAE_3019.pdf
- Álvarez-Mon, M. A., Vidal, C., Llaveró-Valero, M., & Ortuño, F. (2019). Actualización clínica de los trastornos depresivos. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado, 12(86)*, 5041-5051. <https://doi.org/10.1016/j.med.2019.09.012>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Editorial Médica Panamericana.
- Bilbao Bilbao, I. (2014). Capacidad de mentalización y sistemas motivacionales. *Mentalización. Revista de Psicoanálisis y Psicoterapia, 1(2)*, 47. https://www.researchgate.net/publication/261885641_Capacidad_de_Mentalizacion_y_Sistemas_Motivacionales
- Bibring, E. (2019). El mecanismo de la depresión. *Mentalización. Revista de psicoanálisis y psicoterapia, 13*. <https://es.scribd.com/document/577124891/oct-bibring>
- Bleichmar, H. B. (1986). La depresión: un estudio psicoanalítico. In *la depresión: un estudio psicoanalítico*
- Bleichmar, H. (1997). *Avances en psicoterapia psicoanalítica. Hacia una técnica de intervenciones específicas*. Paidós.
- Bleichmar, H. (1999). Fundamentos y aplicaciones del enfoque modular-transformacional. *Aperturas psicoanalíticas, 1*. <https://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=52>

- Bleichmar, H. (2000). Aplicación del enfoque Modular-Transformacional al diagnóstico de los trastornos narcisistas. *Aperturas psicoanalíticas*, 5, 1-17.
<https://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=0000123>
- Bleichmar, H. (2001). El cambio terapéutico a la luz de los conocimientos actuales sobre la memoria y los múltiples procesamientos inconscientes. *Aperturas psicoanalíticas*, 9.
<https://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=178>
- Bleichmar, H. (2003). Algunos subtipos de depresión, sus interrelaciones y consecuencias para el tratamiento psicoanalítico. *Aperturas psicoanalíticas*, 14.
<https://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=245>
- Blatt, S. (1998). Contribuciones del psicoanálisis al entendimiento y tratamiento de la depresión. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 46(3), 723-752.
- Botto, A., Acuña, J., y Jiménez, J. P. (2014). La depresión como un diagnóstico complejo: implicancias para el desarrollo de recomendaciones clínicas. *Revista Médica de Chile*, 142(10), 1297-1305. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v142n10/art10.pdf>
- Castañeda, R. (2016). *Nociones psicoanalíticas acerca del conflicto y del desarrollo psíquico: un recorrido desde la perspectiva del psicoanálisis freudiano hasta la perspectiva del psicoanálisis relacional*. [Trabajo final de grado, Universidad de la República].
Repositorio Colibrí.
<https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/7955>
- Coderch, J. (2007). Conflicto, déficit y defecto. *Clínica e investigación relacional*, 1(2), 359-371.
https://www.psicoterapiarelacional.es/Portals/0/Documentacion/JCoderch/Coderch_2007_Conflicto_Deficit_Defecto_CeIR_V1N2.pdf?ver=2010-08-19-142400-000

- Díaz-Benjumea, L. J. (2002). Psicoanálisis y psicología de la personalidad: perspectivas para la integración. *Escuela abierta: revista de investigación educativa*, 5(5). 225-248.
<https://ea.ceuandalucia.es/index.php/EA/article/view/240>
- Díaz-Benjumea, L. J. (2021). Los sistemas motivacionales en el enfoque de Hugo Bleichmar
- Dio Bleichmar, E. (2000). Lo intrapsíquico y lo intersubjetivo: metodología de la psicoterapia de la relación padres-hijos/as desde el enfoque modular-transformacional. *Aperturas Psicoanalíticas*, 6. <https://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=133>
- Dio Bleichmar, E. (2015). Enfoque modular transformacional. *Ciencias Psicológicas*, 9(SPE), 197-201.
<http://www.scielo.edu.uy/pdf/cp/v9nspe/v9nspea08.pdf>
- Madero Dutazaka, M. G., Suárez Orrala, J. D., Mayancela Zumba, M. A., y Villegas Guerrero, E. K. (2021). Trastorno depresivo mayor. *RECIAMUC*, 5(1), 32-41.
DOI: [https://doi.org/10.26820/reciamuc/5.\(1\).ene.2021.32-41](https://doi.org/10.26820/reciamuc/5.(1).ene.2021.32-41)
- Ezquiaga Terrazas, E., García López, A., Díaz de Neira, M., y García Barquero, M. J. (2011). “Depresión”: imprecisión diagnóstica y terapéutica. Importantes consecuencias en la práctica clínica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31(3), 457-475. <https://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352011000300005>.
- Freud, S. (1915). *Pulsiones y destinos de pulsión*. Amorrortu Editores.
- Garbarino, H. (2012). Las diferentes concepciones psicoanalíticas de la angustia. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, (114), 15-26.
<https://www.apuruguay.org/apurevista/2010/16887247201211402.pdf>
- Habif, C. (2021). *Teoría y clínica en la obra de Hugo Bleichmar*. Ricardo Vergara Ediciones.

- Harris, A. (2020). La agresión: placeres y peligros. *Aperturas Psicoanalíticas*, (64).
<http://aperturas.org/articulo.php?articulo=0001120>
- Ingelmo Fernández, J., Méndez-Ruiz, J. A., & de Iceta Ibáñez de Gauna, M. (2013). Los trastornos graves de la personalidad desde la perspectiva del enfoque modular-transformacional. *Aperturas Psicoanalíticas. Revista Internacional de Psicoanálisis*, (42). <https://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=0000777>
- Izquierdo, S. (2013). Narcisismo, depresión y suicidio. Análisis psicodinámico de la obra. ¿Muerte de un viajante? *Aperturas psicoanalíticas: Revista de psicoanálisis*, (44), 6.
<https://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=0000808>
- Klein, M. (1948). Sobre la teoría de la ansiedad y la culpa. En *Obras completas, Desarrollos en Psicoanálisis* (pp. 235-251). Editorial Horme.
- Korman, G. P. & Sarudiansky, M. (2011). Modelos teóricos y clínicos para la conceptualización y tratamiento de la depresión. *Subjetividad y procesos cognitivos*, 15(1), 119-145. <https://www.redalyc.org/pdf/3396/339630257005.pdf>
- Laplanche, J. y Pontalis, J. B. (1967). *Diccionario de Psicoanálisis*. Editorial Labor.
- Lichtenberg, J., Lachmann, F., y Fosshage, J. (2020). *Psicoanálisis y sistemas motivacionales. Una nueva mirada*. Ágora Relacional.
- Méndez Ruiz, J. A. (2009). La comprensión de los trastornos depresivos desde el enfoque modular-transformacional: el diagnóstico dimensional y las intervenciones psicoterapéuticas específicas de los diferentes cuadros depresivos. *Asociación de Psicoterapia de la República Argentina*, 4. <https://apra.org.ar/2020/10/03/04/>
- Mitjans, M. y Arias, B. (2012). La genética de la depresión: ¿qué información aportan las nuevas aproximaciones metodológicas? *Actas Españolas de Psiquiatría*, 40(2), 70-83.
<https://actaspsiquiatria.es/repositorio/14/76/ESP/14-76-ESP-70-83-680417.pdf>

- Peralta, V. y Cuesta, M. J. (2002). Psicopatología y clasificación de los trastornos depresivos. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 25(3), 7-20.
<https://doi.org/10.23938/ASSN.0839>
- Peralta Malhue, P. (2007). *La depresión en el adulto y el encuentro con su objeto* [Tesis Doctoral, Universidad Andrés Bello]. Repositorio Institucional Académico.
<https://repositorio.unab.cl/xmlui/handle/ria/12618>
- Ramos Soler, R. y Soler, A. (2016). Síntomas afectivos: Tristeza patológica. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, (119), 49-54.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5783681>
- Sánchez Hita, I. S. (2014). DSM V ¿Una nueva concepción de la enfermedad mental? Revisión de la evolución conceptual. *Aperturas psicoanalíticas: Revista de psicoanálisis*, (46), 2.
<https://aperturas.org/articulo.php?articulo=0000842&a=DSM-V-Una-nueva-concepcion-de-la-enfermedad-mental-Revision-de-la-evolucion-conceptual>
- Velasco Fraile, R. (2009). ¿Qué es el psicoanálisis relacional? *Clínica e Investigación Relacional. Revista electrónica de Psicoterapia*, 3(1), 58-67.
https://www.psicoterapiarelacional.es/Portals/0/eJournalCeIR/V3N1_2009/7_Velasco_Que-es-Psicoanalisis-Relacional_CeIR_V3N1.pdf
- Zukerfeld, R. (2004). Inconscientes, memorias y tópicos. *Aperturas Psicoanalíticas*, 17.
<https://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=0000293>
- Zukerfeld, R. (2010). Sobre déficit y conflicto: dos modos de producción psíquica coexistentes. *Rev. Soc. Argent. Psicoanálisis*, 14, 103-122.
<https://www.bivipsi.org/wp-content/uploads/ZUKERFELD.SAP14.pdf>