

Dr. Jorge J. Caraveo Anduaga.

La depresión ha sido reconocida como una afección desde tiempos remotos. La melancolía fue descrita a partir de la teoría de los humores en el siglo V A.C. por Hipócrates. Tiempo después, en la época medieval fue escrito el libro "El tratado de la Melancolía" por el árabe Ishaq Isn Imran. También, en ese tiempo, Santo Tomás de Aquino describió a la tristeza como "la pasión más peligrosa" y portadora de la melancolía(1). En la actualidad, a fines del siglo XX, la depresión es reconocida como uno de los principales problemas de salud.

Ahora bien, el término depresión se ha difundido y popularizado tanto entre profesionistas del área de la salud y de disciplinas relacionadas, como entre la gente en general. Esto ha tenido como consecuencia que al hablar de depresión se haga alusión a múltiples acepciones que van desde la tristeza anímica pasajera hasta un estado de afección intensa y prolongada con diversas manifestaciones tanto psíquicas como somáticas, favoreciendo así ambigüedad y confusión. Esto ha repercutido también en el campo del psicoanálisis y de la investigación psicodinámica que en él se fundamenta.

En Duelo y Melancolía publicado en 1917(2), Freud señaló que (la melancolía se presenta en múltiples formas

CAPITULO V
PSICOANALISIS Y PSICOTERAPIA



clínicas cuya síntesis en una unidad no parece certificada; y de ellas, algunas sugieren afecciones más somáticas que psicógenas...". A más de 70 años de la observación señalada, la clasificación y estudio de los trastornos depresivos ha sido objeto de múltiples estudios.

La clásica conceptualización de depresión endógena y reactiva (o neurótica) ha sido objeto de diversas investigaciones tanto de la Psiquiatría Clínica como Epidemiológica para corroborar su validez(3-6). En la actualidad, para su estudio, los trastornos depresivos han sido divididos en tres grupos: sintomatología depresiva, trastornos afectivos bipolares, y depresión no bipolar(7).

En el primer grupo se han incluido a aquellas personas que manifiestan tristeza, desazón, angustia y malestar pero que no reúnen los datos clínicos suficientes, tanto en intensidad como en patrón de síntomas para ser clasificadas como depresión mayor de acuerdo al DSM-III-R(8). A la vez, dentro de este mismo grupo han quedado incluidas aquellas personas con diagnóstico de Distimia (neurosis depresiva) del DSM-III-R.

Los estudios de prevalencia, definida ésta como la proporción de personas de una población que presentan el trastorno durante un lapso de tiempo especificado, han reportado frecuencias del 9 al 32%(7) respecto a este grupo de trastornos depresivos. Link y Dohrenwend(9) han estimado que la prevalencia de síntomas depresivos en los Estados Unidos comprende una cuarta parte de la población. Estos

mismos autores también han señalado que las diversas escalas sintomatológicas, en base a las cuales se han reportado las tasas de prevalencia citadas, más que hacer referencia a un diagnóstico lo que miden es el malestar psicológico, cuya expresión de acuerdo al contenido de las escalas concuerda con el concepto acuñado por Frank(10) llamado "desmoralización". Los aspectos centrales de esta condición son: baja autoestima, impotencia/desesperanza, tristeza y ansiedad.

En el segundo grupo denominado los trastornos afectivos bipolares, se agrupan a aquellas personas que han presentado fases tanto maníacas como depresivas o sólo episodios de manía o hipomanía. Este último criterio ha sido adoptado en virtud de que la mayoría de estos pacientes eventualmente presentan una fase depresiva a lo largo de su vida. Por otra parte, estos pacientes se distinguen de los otros dos grupos por el típico curso evolutivo del padecimiento antecedentes familiares y sintomatología durante las fases depresivas. La prevalencia de este tipo de trastornos es de 0.6 a 1.2%.

En el tercer grupo, depresión no bipolar, se consideran a aquellas personas que han presentado un episodio depresivo mayor de acuerdo al criterio diagnóstico del DSM-III-R. Esta categoría diagnóstica difiere del grupo de síntomas depresivos, considerados en primer término, en cuanto a la persistencia e intensidad de la sintomatología, la interferencia de ésta con el desempeño de la persona y su aparición en ausencia de otros trastornos que pudieran

explicarla (ver apéndice). La prevalencia de este tipo de trastornos osciló del 8 al 12% para hombres y del 20 al 26% en mujeres hasta fines de los años 70's de acuerdo a los criterios clínicos vigentes entonces(7). Durante la década de los 80's y con el desarrollo de nuevas estrategias epidemiológicas, en los Estados Unidos se reportaron cifras de prevalencia de 2.3 a 4.4 en hombres y de 4.9 a 8.7 en mujeres(12) mientras que en Puerto Rico fue de 3.5 para hombres y 5.5 para mujeres(11).

Un hallazgo de gran relevancia fue que en los Estados Unidos el grupo de edad más afectado fue el comprendido entre los 25 y 44 años, contrario a la expectativa de que fuese más frecuente en las personas de mayor edad (45-64años). En el estudio de Puerto Rico no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de edad, aunque las tasas fueron ligeramente superiores en las personas de mayor edad, de acuerdo a lo esperado.

En México un estudio realizado en una empresa reportó 7.5% de trastornos depresivos(13) y otro, verificado en población general, encontró 4.7% en hombres y 6.2% en mujeres(14), cifras similares a los otros estudios.

Ahora bien, el grupo de pacientes depresivos no bipolares es heterogéneo. En un estudio reciente(15) se ha identificado un "síndrome nuclear" caracterizado por la severidad en el ánimo depresivo, insomnio (especialmente de tipo terminal), disminución del apetito y pérdida de peso. Este subgrupo de pacientes también mostró una serie de

diferencias respecto a que los que no reunieron las características clínicas descritas, en variables tales como: severidad de los síntomas, duración de los episodios de enfermedad, recuperación, internamientos en hospitales, familiares de primer grado con depresión y desempeño general en diversos aspectos de la vida.

En México, un estudio de las características clínicas de pacientes vistos en la práctica médica general(16), también ha resaltado que las personas con un trastorno depresivo definitivo, presentan una sintomatología más intensa y con una mayor frecuencia de manifestaciones biológicas que aquellos otros con trastornos depresivos limítrofes, a pesar de que el perfil sindromático es semejante en ambos grupos.

Por otra parte, en la estructura psicopatológica de la depresión se han descrito tres complejos sintomáticos(17): tristeza vital, inhibición (donde quedan incluidas las características clínicas identificadas por Grove y Cols. como síndrome nuclear) y angustia vital. Ha sido postulado que cada uno de éstos es movilizado por factores de índole tanto biológica como psicodinámica y social, pero cada uno de estos requiere ser investigado con mayor precisión para establecer su naturaleza, las interrelaciones y el peso de ellos en la etiología y patogenia de las diferentes condiciones, especialmente entre el grupo pacientes con síntomas depresivos y aquellos con depresiones no bipolares.

En el terreno de la psicodinamia Freud, en 1897(18),

empieza a intentar la explicación psicológica de la melancolía prestando atención a los autoreproches y la culpa. Más adelante en 1917 Freud postuló tres premisas para explicar a la melancolía: la pérdida del objeto, ambivalencia y regresión de la libido al yo(2). De éstas la pérdida objetal temprana, definida operacionalmente como la muerte de alguno de los padres durante la infancia u otras pérdidas significativas en esa etapa de la vida, ha sido evaluada en diversas investigaciones, encontrándose que constituye un factor de riesgo predisponente dos o tres veces mayor para desarrollar una depresión clínica que en aquellos otros que no han experimentado tal pérdida(19) y además la severidad de los episodios depresivos ha sido mayor, incluyendo intentos suicidas. No obstante se estima que entre el 60 y 80% de los adultos con una depresión clínica no han sufrido una pérdida objetal temprana. Otra forma de evaluar la pérdida objetal ha sido como una factor precipitante de la depresión, encontrándose que el riesgo aumenta de 5 a 6 veces en el lapso de los 6 meses posteriores a una pérdida(20).

A la formulación de Freud, en 1924 Abraham aportó la descripción cuidadosa de los puntos de fijación regresiva, todos ellos centrados en la pérdida de objeto como factor precipitante de la depresión al revivir experiencias anteriores cuya carga anímica disfórica había quedado cristalizada. Por otra parte, a partir de 1945, Fenichel y otros psicoanalistas utilizaron más frecuentemente el

concepto de autoestima señalándolo como la experiencia básica para explicar la depresión. Este planteamiento amplió la perspectiva respecto a los eventos que pueden provocar una depresión más allá de la pérdida del objeto (aunque considero que esta subyace, según veremos). Las críticas al nuevo postulado señalaban que la depresión o la experiencia depresiva implica algo más primario, urgentemente necesitado y con un sentimiento de impotencia, a diferencia de la baja autoestima que puede ser encontrada en otras condiciones psicopatológicas. Bibring en 1953 describió a la depresión como expresión del ego que se encuentra desvalido y sin fuerza para reinstalar sus metas narcisistas. Señaló también que lo que el deprimido ha perdido no necesariamente se refiere a un objeto de amor sino a un conjunto de aspiraciones o una forma de verse a sí mismo. Esta formulación fue ampliada por Sandler y Joffee en 1965 puntualizando que la depresión es una emoción básica, tal como la ansiedad, que se presenta en cualquier situación en que hay privación de una fuente de bienestar. Esta fuente puede variar de individuo a individuo, y la depresión seguida a una pérdida no es provocada por la pérdida del objeto en sí sino por el bienestar que ese objeto proveído a la persona. El grado de la depresión que seguiría a una pérdida dependería de la personalidad premorbidamente tal como la habilidad para encontrar nuevas fuentes de bienestar y adaptarse al estado de privación(21).

Si bien estos planteamientos hacen énfasis en el

significado y valor, no dejan de estar salpicados por una visión utilitaria. Además, se sigue haciendo referencia a la pérdida de objeto, aunque ahora se refiera a las ideas, metas y valores. Estas tres son adquiridas y apropiadas merced a la interacción con el entorno social y cultural que modela el carácter de los individuos, aspectos resaltado por Fromm y señalado como fundamental para el desarrollo de tendencias hacia la salud o enfermedad psíquica(22,23).

Por otra parte, se puede apreciar claramente como el término depresión ha sido utilizado con diversas acepciones, por lo que los planteamientos intentan explicar diferentes formas del fenómeno, sin haberlo precisado.

Antes de continuar es conveniente recordar que al hablar de depresión, en cualquiera de sus acepciones, se hace referencia a un estado afectivo del ser. En 1923 Freud(24) resaltó que los afectos son funciones del yo, pudiendo ser sólo experimentados por éste. Por tanto, los afectos son comunicados, no sólo intrapsíquicos sino en sentido amplio incluyendo el aspecto interpersonal. El concepto de la función del afecto como señal y comunicación al servicio del yo tiene implicaciones tanto dinámicas profundas como clínica. En 1957 Szasz(25) clasificó al dolor como un afecto, diciendo que la diferencia entre dolor físico y psíquico no era válida. Ambos son afectos, ambos funcionan como señales acerca de la integridad del organismo y ambos tienen la capacidad de comunicar, e informar a otros acerca del estado físico y mental del sujeto. No obstante,

para un análisis clínico fenomenológico de los afectos la clasificación de los sentimientos hecha por Scheler es de gran utilidad distinguiendo los planos: sensorial, vital, anímico y espiritual(17).

En la actualidad, las teorías cognitivas han cobrado relevancia en el tratamiento y explicación de la depresión(26,27). La orientación cognitiva tiene su antecedente en Adler y ha sido desarrollada por otros autores como Horney y Arieti. El postulado central de estas teorías es que en la mayoría de los casos ciertas cogniciones depresivas preceden y conducen al ánimo depresivo. Estas cogniciones son producto de circunstancias particulares y de la historia (por definición social) del sujeto. Las actitudes identificadas como básicas en estas teorías son: baja autoestima, desvalimiento/desesperanza, autoreproche y la imposición de una carga (valorada así por la persona).

Como puede apreciarse estas teorías hacen hincapié en la construcción o construcciones que se han hecho acerca de la realidad. Esta es producto de la concienciación desarrollada a través de las etapas de la vida a partir del nacimiento.

Para Erikson(28), el primer año de vida es básico en tanto el establecimiento de la confianza versus la desconfianza y como resultante la esperanza que representa una cualidad primaria de adaptación del yo. En la etapa oral del niño la estructuración se inicia formulándose como

ser-del-otro-para-sí, mostrando que es la relación la que hace fáctica la totalidad. La frustración aparece cuando la estructura (modo de intercambio) se rompe y el ser exige la presencia del otro que no adviene. El otro es tomado sólo en función del sí. En este sentido las observaciones de Melanie Klein acerca de la depresión inicial y las de Spitz sobre la depresión anaclítica son importantes. Esta depresión muestra no sólo la creación de relaciones objetales tempranas sino la conciencia de la pérdida del objeto ahí donde tiene lugar en forma permanente o transitoria. Este nivel elemental de concienciación mediante el cual es aprehendida esa realidad con una determinada cualidad, revela un modo de aprehensión constituyendo el primer dato de relación objetal. A la vez, la significación que se le confiere al objeto es una trascendencia del ser del objeto en sí. La fórmula estructural dada ya no es objetiva; ya no es meramente el ser-del-otro-para-sí, sino que el ser-del-otro-para-mí.

En las dos etapas posteriores anal y fálica, y que de acuerdo con Erikson, se caracterizan por autonomía versus vergüenza e iniciativa versus culpa respectivamente, suceden una serie de fenómenos de gran importancia entre ellos la concienciación de lo bueno y lo malo para los otros y la perplejidad de lo aceptable para él y lo prohibido por los otros. Esta etapa se puede expresar como el niño vive para él contando con los otros; un ser-del-otro-para-mí-en-cuanto-los-otros-están. Los otros son tomados por mí como condición de mi-estar-con-ellos. Del

mi y lo mío se pasan en el mejor de los casos a lo nuestro. Esto implica dos dinamismos: afirmación del yo mediante la contraposición con los otros; y la ambivalencia. Estar frente-a es obligado en cualquier momento dialéctico. Estar contra-a es una modalidad de este momento dialéctico que puede darse o no. Lo importante es que se da, de hecho, alguna vez. La contradicción es una facticidad inherente a la existencia. Toda decisión es una elección a pesar de, e implica la postergación de lo desdeñado a favor de lo preferido. Aceptación o rechazo de lo dado suponen no una simple aceptación o rechazo del objeto en cuanto a tal, sino en cuanto ese objeto tiene un valor para mí. Al aceptar o rechazar el objeto, acepto o rechazo no sólo el objeto, sino los valores que posee para los demás. El problema de la ambivalencia adquiere dimensiones profundas y comprometedoras. Es una elección en la que se decide no el que yo posea eso o aquéllo, sino el que yo esté en el mundo concreto de los que conmigo viven con sus valores o con los míos, y consecuentemente, de mí depende la forma de como voy a estarlo. Y lo que yo haga en mi-ahora tiene importancia fáctica para mí-después. La decisión es modificadora en la doble vertiente de la persona y la situación.

Conviene recordar aquí lo señalado por Fromm(22) respecto a los mecanismos básicos que intervienen a la formación del carácter, cuya raíz se encuentra en la forma en que el hombre se relaciona con el mundo: Vía objetos, asimilación; vía interpersonal, socialización. La realidad

son los otros en la forma de normas de esos otros la realidad va a permitir la realización de la persona siempre y cuando el yo del sujeto cuente con la existencia de los otros, no sólo como realidades brutas, de carácter físico, sino como realidades sociales. Quien ha de adaptarse al medio es la persona y el medio de la persona es el medio social. Por tanto es preciso considerar al medio con una estructura, contenido y dinámica determinados y determinables(23-29).

En la sociedad de consumo el principio de realidad está montado sobre el rendimiento, sobre la competencia y ésta supone dominación. Toda sociedad tiene sus patrones de conducta y sus ejecutores inconscientes de la misma como Fromm lo señaló(30). La dialéctica de la competencia es radicalmente destructiva: acepto del otro aquello que me sirva para ser más que él, contemplo al otro como aquél que me muestra mi culpa en mi fracaso de ser todavía menos que él. La moral del éxito supone la alienación de la persona en su proyecto y se aspira al éxito como único proyecto. La ansiedad en este tipo de cultura, es el temor ante el fracaso en esta realidad. Y la culpa no es por haber hecho el mal, sino culpa por haber hecho las cosas mal. Esto supone una inversión en los valores que puede ser de graves consecuencias. Hace por tener, poder tener, tener ya; quedan fijados en el super yo del sujeto que habita en el nivel histórico de una cultura así determinada. Este es el yo ideal; su proyecto es el poder personal. El triunfo, el

éxito, no viene decidido por lo que el hombre ha sido capaz de hacer por lo demás, sino por lo que ha sido capaz de hacer **contra** los demás y por tanto, en última instancia contra sí mismo.

De esta manera la trascendencia del ser está bloqueada y limitada a una exaltación hedonista del yo, que a su vez, se vive alienado y cosificado en su relación con el mundo y consigo mismo.

Sobre estos puntos es interesante resaltar los hallazgos de las investigaciones epidemiológicas respecto a que el riesgo de desmoralización es consistentemente mayor para las mujeres (sociedad patriarcal), para los adultos jóvenes, (inversión y destrucción de valores) para los marginados (social y económicamente) y para las personas separadas y divorciadas.

Por otra parte, en toda la literatura hay poca duda acerca de que el soporte social está inversamente relacionado con el riesgo de padecer un trastorno psiquiátrico en general.

Para concluir este trabajo resaltaré los siguientes puntos:

1. Al hablar de depresión es preciso establecer a que tipo de trastorno se hace referencia.
2. Hay evidencias claras de factores biológicos, psicológicos y sociales que intervienen en la génesis y patogénia de los trastornos depresivos, ameritando ser valorados e investigados en cada caso estableciendo sus

interrelaciones.

3. No parece haber una explicación única en la psicodinamia de la depresión sino aspectos diversos que requieren ser evaluados en cada caso, a manera de hipótesis, durante el tratamiento e investigación analítica.
4. Si la depresión como afecto señala la pérdida del objeto o la imposibilidad de obtenerlo o recuperarlo, y dado que los afectos son funciones del **yo**, en última instancia es éste el objeto perdido o inalcanzable, cosificado y alienado de su posibilidad de trascendencia.
5. Por tanto el proceso psicoterapéutico estará orientado a la recuperación del **yo**, objeto perdido, debilitado, desmoralizado, o enfermo en sentido estricto desde el punto de vista médico.
6. El **yo** es una resultante de un proceso de estructuración entre el ser biológico y el entorno social (personas y valores); la cura no es tolerancia de una situación nociva sino cambio de esa situación nociva en inocua y productiva, mediante la creación de nuevas y por supuesto, verdaderas relaciones con la realidad.

APENDICE

CRITERIOS DSM-III-R

PARA EPISODIO DEPRESIVO MAYOR:

A: Como mínimo cinco de los siguientes síntomas por un período mínimo de dos semanas representando un cambio en el

estado previo de la persona. Al menos uno de los síntomas debe ser ánimo depresivo o pérdida de interés o de capacidad para el placer.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día y de manera continua.
 2. Notable disminución del placer o interés en todas o casi todas las actividades habituales.
 3. Aumento o pérdida significativa del peso corporal en ausencia de dietas (vrg. 5% del peso en un mes).
 4. Insomnio o hipersomnia casi diariamente.
 5. Agitación o retardo psicomotor evidente.
 6. Fatiga o pérdida de la energía casi diariamente.
 7. Sentimientos excesivos de inutilidad, culpa o inadecuación casi diariamente.
 8. Disminución en capacidad para concentrarse, pensar o indecisión, casi diariamente.
 9. Ideas de muerte recurrentes, de suicidio, intento suicida o plan específico para hacerlo.
- B: 1). No debido a una enfermedad física (vrg. diabetes).
2). No es una reacción normal a la muerte de un ser querido.
- C: No ideas delirantes ni alucinaciones fuera del contexto de la alteración anímica.
- D: No está superpuesto a una esquizofrenia, a un trastorno delirante o a otra psicosis no especificada.

PARA DEPRESION MAYOR TIPO MELANCOLICO:



Presencia de cinco de los siguientes síntomas como mínimo:

1. Pérdida de interés o de capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades.
2. Falta de reactividad ante estímulos normalmente agradables (tampoco hay mejoría si algo bueno sucede).
3. Depresión más intensa por las mañanas.
4. Despertar precoz por la mañana (mínimo dos horas antes de la hora habitual).
5. En retardo o agitación psicomotora evidentes.
6. Pérdida del apetito y baja de peso significativa (más de 5% del peso en un mes).
7. Ninguna alteración significativa de la personalidad antes del primer episodio depresivo mayor.
8. Uno o más episodios depresivos mayores previos, seguidos de una remisión completa o casi completa.
9. Buena respuesta previa a terapias somáticas antidepressivas.

PARA DISTIMIA (O NEUROSIS DEPRESIVA):

A: Estado de ánimo deprimido, comunicado por el sujeto o apreciado por los demás, que se presenta la mayor parte del tiempo y a lo largo del día, por dos años como mínimo (un año para niños o adolescentes).

B: En los períodos depresivos están presentes como mínimo dos de los siguientes síntomas:

1. Poco apetito o voracidad.
2. Insomnio o hipersomnia.

3. Pérdida de energía o fatiga.
 4. Disminución de la autoestima.
 5. Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones.
 6. Sentimientos de desesperanza.
- C: Un periodo de dos años (un año para adolescentes y niños) de duración de la alteración con ausencia del criterio A por no más de dos meses seguidos.
- D: No hay pruebas de un episodio depresivo mayor inequívoco durante los dos primeros años de la alteración (un año para niños y adolescentes).

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Postel J. y Quérel C. (1983): Historia de la Psiquiatría. Fondo de Cultura. México.
2. Freud S. (1917): Duelo y Melancolía. Obras completas, Tomo XIV, 241-255. Amorrortu Eds.
3. Kiloh L.G. y Garside R.F. (1963): The independence of neurotic depression and endogenous depression. Brit. J. Psychiatry 116:11-19.
4. Lewinsohn P.M.; Zeiss A.M. et. al. (1977): Endogeneity and reactivity as orthogonal dimensions in depression. J. of Nerv. and Mental Disease, 164:327-32.
5. Matussek P., Soldner M. y Nagel D. (1981): Identification of the endogenous depressive syndrome based on the symptoms and the characteristics of the course. Brit. J. Psychiatry, 138:361-372.
6. Andreasen N.D., Scheftner W., Reich T. et. al. (1986): The validation of the concept of endogenous depression: A family history approach. Arch. Gen. Psychiatry, 43:246-251.
7. Boyd, J.H. y Weissman M. (1981): Epidemiology of affective disorders. Arch. Gen. Psychiatry, 38:1039-1046.
8. A.P.A. (1988): Manual diagnóstico y estadístico de los



- trastornos mentales (DSM-III-R), Masson, S.A. Barcelona.
9. Link B. y Dohrenwend B.P. (1980): Formulation of hypotheses about the true prevalence of demoralization in the United States. Citado por Roberts E.R. en *Epidemiological issues in measuring preventive effects*. Pp. 45-75. En Muñoz F.R. (Ed.), (1987). *Depression prevention*. Hemisphere publishing corporation, Washington.
 10. Frank, J.D. (1973): *Persuasion and Healing*. Pp. 312-318. Citado por Roberts, E.R. (Ibid. 9).
 11. Robins L.N., Helzer J.E.; Weissman M. et. al. (1984): Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. *Arch. Gen. Psychiatry*, 41:949-958.
 12. Canino G.J., Bird H.R., Shrout P.E. et. al. (1987): The prevalence of specific psychiatric disorders in Puerto Rico. *Arch. Gen. Psychiatry*, 44:727-735.
 13. Caraveo, A.J., Calatayud A. y López M.S. (1985): Evaluación de la salud mental ocupacional. *Salud Pública Mex.*, 27:391-401.
 14. Caraveo A.J., Ramos L.L. y Villatoro V.J. (1989): Alteraciones psiquiátricas agudas en una muestra de damnificados por los terremotos en la ciudad de México. En: Lima B. y Gaviria M. (eds.). *Consecuencias psicosociales de los desastres: La experiencia Latinoamericana. Monografía Clínica # 2. Programa de Cooperación Internacional en Salud Mental 'Simón Bolívar'*. Hispanic American Family Center (Pub.). Chicago, Illinois, U.S.A.
 15. Grove W.M., Andreasen N., Young M. et. al. (1987): Isolation and characterization of a nuclear depressive syndrome. *Psychol. Medicine*, 17:471-484.
 16. Caraveo A.J., Ramos L.L. y González, F.C. (1989): Características clínicas de los pacientes en la práctica médica general. *Memorias IV Reunión de Investigación*, pág. 287-293, Instituto Mexicano de Psiquiatría, México.
 17. Cabaleiro G.M. (1970): *Aportaciones a la fenomenología psicopatológica*. Paz Montalvo, Madrid.
 18. Freud (1987): *Manuscrito N. Obras completas, Tomo I*, p. 296, Amorrortu Eds.
 19. Lloyd C. (1980): Life events and depressive disorder reviewed-I: Events as predisposing factors. *Arch. Gen. Psychiatry*, 37-529-535.
 20. Paykel E.S. (1978): Contribution of life events to causation of psychiatric illness. *Psychol. Medicine*, 8:245-253.
 21. Bemporad J.R., Ratey J. y Hallowell E.M. (1986): Loss and depression in young adults. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 14(2):167-179.
 22. Fromm E. (1953): *Etica y psicoanálisis*. Fondo de Cultura Económica. México.
 23. Fromm E. (1955): *Psicoanálisis de la Sociedad Contemporánea*. Fondo de Cultura Económica, México.
 24. Freud S. (1923): *El yo y el ello. Obras completas. Tomo XIX*, pp. 13-66. Amorrortu Eds.
 25. Szasz (1957): *Pain and pleasure*. Citado por Drellich, M.G. (1981): Theoretical and clinical considerations of affects in psychoanalysis. Part I, Classical theories of affect. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 9(3):399-414.
 26. Kovacs M. (1980): *Cognitive therapy in depression*. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 8(1):127-144.
 27. Bebbington P. (1985): *Three cognitive theories of depression*. *Psychological Medicine*, 15:759-769.
 28. Erikson E. (1981): *La adultez*. Pp. 14-57. Fondo de Cultura Económica, México.
 29. Fromm E. y Maccoby M. (1970): *Sociopsicoanálisis del campesino mexicano*. Fondo de Cultura Económica, México.
 30. Suzuki, D.T., Fromm E. (1974): *Budismo zen y psicoanálisis*. Pp. 104-123. Fondo de Cultura Económica, México.