

Artículo de reflexión no derivado de investigación

El trastorno afectivo bipolar: una expresión narcisista y melancólica/maníaca en psicodinámica

Bipolar affective disorder: an expression of narcissistic structuring in internalized object relations and the pathological grief from a psychodynamic perspective

Recibido: 22 de octubre de 2019 / Aceptado: 17 de enero de 2020 / Publicado: 1 de abril de 2020

Forma de citar este artículo en APA:

Ángel Gómez, K. (2020). El trastorno afectivo bipolar es una expresión narcisista y melancólica/maníaca en psicodinámica. *Poiésis*, (38), 130-139. DOI: <https://doi.org/10.21501/16920945.3558>

Karen Ángel Gómez*

Resumen

El Trastorno Afectivo Bipolar (TAB) es una enfermedad mental que se ha adueñado de la salud de todo tipo de personas desde todos los lados y países del mundo. Por eso es de gran importancia, como profesionales de la salud mental de cualquier enfoque o rama, comprender cómo se inicia, se desarrolla y se expresa el TAB en la vida de los seres humanos. En este ensayo se pretende, a través de una revisión teórica, explicar desde una perspectiva psicodinámica esta condición y argumentar que puede surgir no solo por lo genético, sino que también se considera que puede ser una expresión de la estructuración narcisista en las relaciones objetales internalizadas y del duelo patológico explicado por Freud en su obra *Duelo y Melancolía* de 1917, en donde se especifican la melancolía y la manía como síntomas claves en el TAB. Cabe señalar que fue importante hacer una integración de conceptos psicoanalíticos, psicodinámicos y también clínicos para explicar y entender una problemática mundial de la salud mental como lo son las enfermedades mentales, especialmente el TAB.

Palabras clave:

Enfermedad mental; Psicoanálisis; Psicología; Psicología Clínica; Trastorno de la personalidad.

* Estudiante del Programa de Psicología de la Universidad Católica Luis Amigó, Medellín-Colombia.
Contacto: karen.angelgo@amigo.edu.co

Abstract

Bipolar Affective Disorder (BPAD) is a mental diagnosis that has taken over the health of people which, according to the WHO, "affects about 60 million people worldwide" (WHO, 2019, para. 2 on Bipolar Affective Disorder). That is why it is of great importance, as mental health professionals of any approach or specific field, to understand how the BPAD is initiated, developed and expressed in the lives of human beings. By means of a theoretical review, this essay intends to explain this condition from a psychodynamic perspective and argue that it can arise, not only because of the genetic predisposition, but can also be an expression of narcissistic structuring in internalized object relations and of pathological duel explained by Freud in his work *Duel and Melancholy* from 1917, where melancholy and obsession are regarded as key symptoms in BPAD. It should be noted that it was important to integrate psychoanalytic, psychodynamic and clinical concepts to explain and understand mental health problems given at world scale such as mental illness, especially BPAD.

Keywords:

Mental illness; Psychoanalysis; Psychology; Clinical psychology; Personality disorder.

Este escrito refleja una revisión teórica amplia sobre la temática del trastorno bipolar con una perspectiva psicodinámica, que explora específicamente dos aspectos fundamentales en la formación de esta, los cuales son el duelo patológico, centrando la atención en la formación y síntomas de la melancolía y la manía, y el patrón de apego narcisista en las relaciones objetales internalizadas. Con respecto a esto, se retomó la obra *Duelo y Melancolía* de Sigmund Freud (1917), para explicar el duelo patológico, es decir, la melancolía -junto a la manía- y su origen en el narcisismo; también se retomó a los teóricos posfreudianos como John Bowlby con sus conferencias plasmadas en *Aplicaciones clínicas de una teoría del apego*, tomando específicamente la conferencia N° 7 en 1989, para explicar el apego y su papel en la estructuración narcisista desde una perspectiva psicodinámica; Inés Di Bártolo (2016), con su obra *El apego: cómo nuestros vínculos nos hacen quienes somos*, capítulo 1 llamado *Bases de la teoría del apego* y capítulo 3 titulado *Apego, riesgo y psicopatología*, en el cual se retoma no solo la definición de apego y sus implicaciones, sino también su influencia en la psicopatología, enfocándose en el patrón narcisista. Finalmente, para la comprensión del Trastorno Afectivo Bipolar (TAB) se tomaron de nuevo las referencias de Sigmund Freud (1917), sobre la melancolía y la manía, en su obra *Duelo y Melancolía*; la NEL (Nueva Escuela Lacaniana) de Medellín, con su escrito digital *Bipolaridad, Manía y Melancolía* del autor Ariel Bogochvol (2013); la tesis de grado de Evelyn Méndez Donis (2018), en la Universidad de la República Uruguay, llamada *La eficacia de la terapia psicodinámica en el tratamiento del episodio maniaco de personas con trastorno bipolar*; y la tesis doctoral de José María Salmerón (2017), en la Universidad de Murcia, sobre *La inteligencia emocional en pacientes con Trastorno Bipolar y Trastorno Límite de la Personalidad*, capítulo 4 denominado *La inteligencia emocional en pacientes con Trastorno Bipolar* , entre otros artículos y textos.

Después de esta aclaración teórica y bibliográfica es importante entender que el Trastorno Afectivo Bipolar (TAB) es una enfermedad mental que se ha adueñado de la salud de todo tipo de personas, estimando, según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019), que “afecta a alrededor de 60 millones de personas en todo el mundo” (párr. 2). Por eso, todos los profesionales de la salud mental deben, claramente, entender, comprender y estudiar a fondo este tipo de trastornos para poder intervenir adecuadamente con sus pacientes, independientemente de las diferentes teorías que tiene la psicología para hacer una intervención clínica. Con respecto a esto, el presente ensayo se enfoca en la teoría de la psicología dinámica que tuvo su origen a partir del psicoanálisis freudiano y que defiende la teoría de las relaciones objetales, es decir, de las relaciones vinculares con el objeto de amor o lo que se significa, como los padres o cuidadores del bebé, que influenciará toda la estructura psíquica de ese ser humano a través de las representaciones del sí mismo y el objeto. Esta teoría también se centra en el modelo relacional en el que ya la pulsión, que busca la satisfacción de ciertas necesidades, no es tan importante ni tan fundamental como en la teoría freudiana, sino que es la pulsión en forma de apego el que, de una forma biológica, innata e instintiva, busca afanosamente ese vínculo con el objeto amoroso para su supervivencia y protección (Bowlby, 1989). Esto precisamente tiene mucho que ver con el Trastorno Afectivo Bipolar, ya que, como se planteó en el título, puede ser una expresión del apego en las relaciones objetales que, por la forma en que los cuidadores fueron y actuaron con el bebé, se estructuraron psíquicamente de forma narcisista y como en todas estas formaciones, fue internalizado.

Con respecto a lo anterior, el apego es

un sinónimo de amor o de afecto, para referirnos al lazo que nos une a alguien, o incluso a algo. Pero (...) el término se refiere a un vínculo muy particular, el que nos une solo a personas muy cercanas (...) como a los padres en la infancia (Di Bártolo, 2016, p. 13).

Desde ese momento, organizan los procesos psíquicos determinantes en la estructura de personalidad que son la cohesión, que establece las experiencias y da un sentimiento de confianza; la diferenciación del yo con otros objetos y la integración que establece un "self unitario", los cuales en conjunto organizan y estructuran al individuo para alcanzar la separación/individuación (Osorio, 2006). A partir de esto se dice que

durante los dos o tres primeros años, la pauta de apego es una característica de la relación parental, (...) sin embargo, a medida que el niño crece, la pauta se convierte cada vez más en una característica del niño mismo, lo que significa que tiende a imponerla (...) en las nuevas relaciones (Bowlby, 1989, pp. 148-149).

Lo anterior quiere decir que cuando el bebé tiene la capacidad de representar al objeto y a sí mismo en interacción con este, empieza a verse un tipo de, como lo llama Bowlby, pauta de apego que puede ser segura o insegura y que puede organizar la estructura psíquica de distintas maneras. De acuerdo con esto, cuando hay una falla en este proceso, puede darse no solo una estructura psíquica problemática o patológica sino que también puede darse un apego inseguro, de los cuales retomaremos el *apego ansioso elusivo* o como lo llama Inés Di Bártolo, el *apego inseguro evitativo*, "en el que el individuo no confía en que cuando busque cuidados recibirá una respuesta servicial sino que, por el contrario, espera ser desairado" (Bowlby, 1989, p. 146), por eso,

intenta volverse emocionalmente autosuficiente y (...) puede ser diagnosticado como *narcisista* o como poseedor de un *falso sí mismo*. Esta pauta (...) es el resultado del constante rechazo de la madre cuando el individuo se acerca a ella en busca de consuelo y protección (Bowlby, 1989, p. 146).

Además, como lo señala Inés Di Bártolo (2016), "los niños cuyo patrón de apego es inseguro evitativo (...) parecen estar (...) menos interesados en la presencia de su figura de apego. (...) En forma más o menos sutil evitan a la figura de apego" (p. 27). Por eso, según la psicología dinámica, los procesos psíquicos como la cohesión, la diferenciación, la integración y la posterior organización psíquica adaptativa que conlleva a la fase de separación/individuación quedan completamente afectados y, por esta razón, añade que "la independencia no proviene de un entrenamiento en la independencia sino de la experiencia de contar con una figura de apego sensible y disponible" (p. 34), ya que en este apego se forma una autosuficiencia patológica. Cabe decir que una persona con este tipo de apego se desarrollará de una forma desadaptativa y patológica, por lo que se formará la *patología narcisista del carácter*.

Es así como se retoma la obra *Duelo y melancolía* de Freud donde se menciona el nexo entre la melancolía (la depresión freudiana), la etapa oral de la libido, un yo escindido, la patología narcisista del carácter y el ideal del yo, es decir, el superyó. En primer lugar, es preciso entender que

la melancolía es el duelo freudiano que se da en un sujeto cuando pierde un objeto de amor; sin embargo, se considera patológico ya que se cancela el principio de realidad, la investidura o catexia del objeto no puede pasar a otros objetos y se genera una agresión, humillación y castigo sobre el yo, dejándolo empobrecido. En segundo lugar, la etapa oral de la libido influencia la fase de la *identificación*, que se define como la manifestación más temprana de un vínculo afectivo con un semejante (Freud, 1917), en el que en un sujeto narcisista tendrá un fallo en la diferenciación ya que se menciona que hubo una identificación narcisista con el objeto, en la cual el yo es el objeto y el objeto es el yo. En la oralidad de esa identificación se construye, según Freud, un deseo por incorporar y devorar al objeto; y en la problemática narcisista, el sujeto realmente lo hace. Por consiguiente, en la etapa de la elección de objeto, un sujeto sano hará esa elección con los padres o cuidadores que se mencionó anteriormente -específicamente con la madre- y empezará a pasar por las diferentes etapas libidinales. Sin embargo, la elección de objeto de un sujeto narcisista, a pesar de que se da hacia el mundo exterior también se da con el yo/objeto, por lo que el yo se escinde entre la parte del ideal del yo y la parte del yo identificado con el objeto.

Esto, desde una perspectiva psicodinámica, se da porque en la infancia el sujeto no tuvo un apego seguro con sus padres o cuidadores y si ese apego inseguro afecta al sujeto de una forma en que se logre estructurar el narcisismo, cuando tenga una pérdida objetal, como lo dijo Osorio (2006), lo sentirá como una pérdida del objeto de amor y es muy probable que pueda llegar a tener un duelo patológico, es decir, una melancolía. Es por ello que Freud explica en su obra, que el sujeto narcisista al tener una pérdida de objeto tiene, por ende, una regresión infantil ya que como ellos se relacionan a través de un falso self, ponen una imagen representativa de esos padres *abandónicos*, pero idealizados hacia objetos espejos, es decir, hacen una proyección de su vínculo original con los cuales tienen y hacen demandas infantiles de amor y atención. Esto quiere decir que exponen a los demás su forma de relacionarse a través de estas demandas y estas idealizaciones para con él mismo y con los demás influenciado por su superyó, ya que este

no tolera el apartamiento de las representaciones del self respecto a las ambiciones o ideales (...) de modo que cada conducta es juzgada para ver si se ajusta o no a las metas, a las ambiciones e ideales (...) y que ante el no cumplimiento de esos mandatos determina el surgimiento en el sujeto de sentimientos de inferioridad (Osorio, 2006, pp. 14-15).

Como se dijo anteriormente, el yo por esta forma de organización estructural se escinde en dos; una parte es el ideal del yo y la otra parte es el objeto; de esta forma, si el sujeto tiene una pérdida objetal sí que puede perder el objeto en el mundo real, pero en el duelo patológico el que se pierde -de forma inconsciente en el mundo psíquico- es el yo, ya que el yo es *como* el objeto y por tanto, se siente como si el sujeto se hubiera perdido a sí mismo. Además, Freud señala que cuando hay una identificación narcisista con el objeto lo hace también con la ambivalencia característica de la libido objetal, lo que hace que, para no lastimar al objeto, retoma al odio y lo lleva al yo, y retoma al amor y lo lleva al yo identificado con el objeto, ya que el sentimiento de culpa y la conciencia moral del superyó no permiten que el odio se vaya contra ese objeto internalizado; por eso Freud (1917) señala que "se disciernen los autorreproches como reproches contra un objeto de amor, que desde

este han rebotado sobre el yo propio. (...) Todo eso rebajante que dicen de sí mismos en el fondo lo dicen del otro” (p. 246), por el contrario, en “la manía (...) todo el amor es dirigido al yo” (Rodríguez, 2013, p. 57). Esto precisamente es pulsional, ya que, aunque haya una pérdida de algún objeto, el sujeto siempre puede aferrarse a él, perdiéndose a sí mismo (Freud, 1917). Por lo tanto,

se podría entender que la pérdida es dolorosa en la melancolía, puesto que el sujeto ha elegido un objeto desde una elección narcisista; entonces más que una pérdida del objeto es una pérdida del yo mismo y es este mismo objeto que se pierde el que retorna al yo por identificación, pero retorna con la tristeza de la pérdida inconsciente que oscurece al yo y lo va dejando sin ganas de vivir, lo va matando lentamente (Alcaide, 2010, p. 28)

De ahí que, como parte de la respuesta a la tesis de este ensayo, se señala que “la melancolía resulta del cruce entre el proceso del duelo y el proceso de la regresión de la elección de objeto narcisista al narcisismo” (Ávila, 1990, p. 42), el cual es uno de los factores conformadores del TAB.

Por otra parte, además de describir una forma de duelo patológico con la melancolía en su metapsicología, también lo hizo con su contraparte, es decir, con la *manía*, que presenta los síntomas opuestos (Freud, 1917) y presenta la otra cara del TAB. Es así como, según Freud (1917):

La melancolía se singulariza en lo anímico por una desazón profundamente dolida, una cancelación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de toda productividad y una rebaja en el sentimiento de sí que se exterioriza en autorreproches y autodenigraciones y se extrema hasta una delirante expectativa de castigo (p. 242).

Sumado a lo anterior el sujeto “sabe a quién perdió, pero no lo que perdió en él” (Freud, 1917, pp. 242-243); Así, por el contrario, la manía se caracteriza por la alegría, un interés exagerado en el mundo exterior, la desinhibición de la productividad y una exaltación en el -sentimiento del sí que se exterioriza en una euforia inmotivada, en la cual tampoco se sabe lo que triunfó en él, es decir, ni en la melancolía ni en la manía se sabe ni el qué ni el porqué de su pérdida o de su ganancia por la represión y la resistencia que se encuentran en su estructura psíquica. Por esto, Freud asegura que “la manía no tiene un contenido diverso de la melancolía, y ambas afecciones pugnan con el mismo complejo, al que el yo probablemente sucumbe en la melancolía, mientras que en la manía lo ha dominado o lo ha hecho a un lado” (Freud, 1917, p. 251), lo que quiere decir que en la manía se triunfa al dominar o al hacer a un lado tanto al objeto como al ideal del yo que tenía al yo martirizado, melancólico y oprimido y en consecuencia, siguiendo el funcionamiento económico freudiano, habrá una “liberación de la energía que previamente estaba en un estado de estancamiento, quedando ahora disponible para la descarga. A partir de este movimiento se explica el estado jubiloso paradigmático de la manía” (Zanassi, Pérez y Maiola, 2016, p. 436) el cual se compara, según el autor Ariel Bogochvol, la melancolía con “un hueco por donde la libido se escosa” y en cambio la manía como si fuese “una erupción que esparrama libido” (Bogochvol, 2013, p. 11). Como último aporte sobre la manía se mencionará que para explicar cómo se da el paso entre la melancolía y la manía,

Freud pondrá en el centro la cuestión del Ideal (...) y su funcionamiento en la economía psíquica. Esto le permite afirmar que en el pasaje de un cuadro clínico a su opuesto, lo que cambia es la relación que se establece entre el yo y el Ideal del yo. Mientras que en la melancolía el Ideal del yo se comporta de una manera muy crítica hacia el yo, en la manía el yo y el Ideal se confunden el uno con el otro (Zanassi, Pérez y Maiola, 2016, p. 436).

Ahora bien, como parte principal de este ensayo y con la comprensión de los elementos descritos anteriormente, se confirma que el Trastorno Afectivo Bipolar (TAB) es una expresión de dos aspectos hablados profundamente, los cuales son la estructuración narcisista y el duelo patológico con la melancolía y la manía. Retomando lo escrito hasta ahora, se puede confirmar esta tesis en cuanto que, desde una perspectiva psicodinámica, la estructuración patológica del carácter narcisista se da por la falta de respuesta del cuidador hacia las necesidades del niño o la niña, lo que causa una autosuficiencia e independencia inusual y patológica; y el duelo patológico con la melancolía, es decir, la depresión que se da precisamente por una identificación de objeto narcisista con regresión a la etapa oral de la libido; y con la manía, es decir, la euforia que se da como un triunfo sobre esa melancolía con un objetivo económico en la estructuración psíquica del sujeto. Por eso, Freud (1917) señala que “la pérdida de objeto de amor es una ocasión privilegiada para que campee y salga a la luz la ambivalencia de los vínculos de amor” (p. 248) ya que en la melancolía,

la relación con el objeto no es en ella simple; la complica el conflicto de ambivalencia. Esta es o bien constitucional, es decir, inherente a todo vínculo de amor de este yo, o nace precisamente de las vivencias que conllevan la amenaza de la pérdida del objeto (Freud, 1917, p. 253).

Lo anterior quiere decir que, como se planteó antes, la pérdida de un objeto saca a la luz esa patología del carácter y esa ambivalencia que tuvo con sus cuidadores en sus primeras experiencias de vida, y por ende, es un factor de riesgo para el surgimiento del Trastorno Afectivo Bipolar (TAB), y aunque el factor químico y genético es fundamental, los factores de riesgo pueden también ser parte del ambiente (Di Bártolo, 2016) así como lo expusimos con el apego inseguro. Con respecto a esto, se debe tomar en cuenta que, a pesar de que este trastorno anímico puede ser explicado a través de la teoría psicoanalítica y la teoría psicodinámica, lo neurobiológico también influye y con esto Inés Di Bártolo retoma el concepto de *susceptibilidad diferencial* del autor Belsky,

para referirse al efecto de ciertos factores genéticos y temperamentales que influyen en el desarrollo para mejor y simultáneamente para peor. Ciertas características individuales, en varios niveles, aumentan la sensibilidad de un niño a su ambiente, (...) lo que da lugar a una sensibilidad aumentada, tanto a las características positivas como a las características negativas del ambiente. El efecto de una parentalidad negativa en un niño genéticamente susceptible es desproporcionadamente malo (Di Bártolo, 2016, pp. 93-94).

Por eso es importante tomar un enfoque integral para explicar este tipo de patologías. De esta manera, el TAB será entonces *vincular y genético*, es decir, será un déficit estructural, puesto que hay una falla en la cohesión y la diferenciación, lo que causa la psicosis en la manía; y en la integración, lo cual causa la patología del carácter del narcisismo, ya que hay una regresión

infantil a la etapa oral del desarrollo libidinal; y además tiene un componente genético, lo que hace que sea fundamental el tratamiento farmacológico. Esto quiere decir que hay un nexo entre el apego y lo somático, dado que cuando hay un déficit en este vínculo, el cuerpo puede enfermar biológicamente.

Notemos entonces que en la clínica el Trastorno Afectivo Bipolar (TAB) ha sido llamado Psicosis Maníaco Depresiva, el cual “suele iniciarse entre los 12 y 25 años y se caracteriza por episodios de manía o hipomanía (humor eufórico o irritable) y episodios de depresión (humor triste o irritable) como los de la depresión mayor” (Esperón, Quintana, Vicario y Manglano, 2011, p. 5684) y para que un sujeto entre en tratamiento necesita no solo de una psicoterapia sino también de una psicoeducación sobre la propia enfermedad y un tratamiento farmacológico.

Por otro lado, en la psicodinámica, sabemos que en el Trastorno Afectivo Bipolar (TAB) el espectro depresivo puede ser una expresión de una pérdida objetal y el espectro maníaco psicótico se da por un triunfo y una dominación sobre ese objeto; sin embargo Freud, que es el autor principal de la teoría del duelo patológico, dice que renuncia a validar su teoría ya que por sus medios investigativos no pudieron hallar una verdadera autenticidad de lo que proponían (Freud, 1917), sobre todo del espectro maníaco. A pesar de esto, otros autores como Agorio, Garbarino, Garbarino, Lacava, Prego, y Prego, (1966), profundizaron acerca de los síntomas maníacos y su relación con el TAB, por lo que mencionaron que el sujeto para liberarse del objeto que lo tiene prisionero, lo proyecta y “desde ese momento, gran parte de la actividad y de las energías del maníaco -la hiperactividad maníaca- estarán destinadas a controlar, en forma omnipotente, este peligroso objeto, dañado y vuelto perseguidor, e instalado ahora en el mundo externo” (p. 4). Sin embargo, “esta hiperactividad, según Freud, tiene una doble función; por un lado, la demostración de goce de libertad y por otro una forma de librarse de este objeto, que lo persigue y que ahora es proyectado” (Méndez Donis, 2018, p. 17). Pero

esta libertad, así conseguida por el maníaco, lo ha sido sólo a expensas de un precio excesivo, ya que con el objeto proyectado se pierden partes muy valiosas del Yo mismo, y del Ideal del Yo, que estaban identificadas con el objeto idealizado. Esto origina una aguda sensación de vacío, sintiéndose el maníaco sin base y sin brújula, habiendo ganado libertad y alivio de sus tremendos sufrimientos, pero habiendo perdido dominio y gobierno de sí mismo. Como esta sensación de vacío se vuelve intolerable, recurre a la *negación omnipotente* (Agorio et al., 1966, p. 4).

También para estos autores, otra forma de contrarrestar la angustiada sensación de vacío es la *aceleración del tiempo psíquico*: el flujo de palabras y de ideas, el movimiento continuo, la sucesión de variados afectos e intereses, serían en parte la expresión de esa búsqueda incesante, siempre fracasada, pero constantemente renovada, del objeto y de las partes del Yo perdidas. (...) Todo esto nos hace ver que la alegría maniaca es una *alegría inauténtica*; es alegría por haberse liberado del objeto que tenía encerrado al Yo y lo sometía a tremendos sufrimientos, pero es inauténtica porque esto ha sido logrado a expensas del vacío del Yo (Agorio et al., 1966, p. 7). Como se mencionó, la negación omnipotente del yo, que es muy importante para con los síntomas maníacos, se considera como una defensa maníaca en la que hay un

desprecio en respuesta a sentimientos negativos y angustiantes producidas por el anhelo por los objetos de amor perdidos. (...) Desde una posición de negación suelen afirmar que sus síntomas no se deben a una enfermedad si no a su forma de ser (Méndez Donis, 2018, p. 24).

Además, en los estudios de José María Salmerón sobre la inteligencia emocional en pacientes con TAB, se encontró que en varios estudios de percepción emocional “los episodios de manía presentaban una mayor dificultad para reconocer el miedo y el asco” (Salmerón, 2017, p. 148), lo que podría encontrarse como una negación omnipotente tan característica de la manía en el TAB.

Para concluir, es importante señalar que, sabiendo que el Trastorno Afectivo Bipolar (TAB) es una enfermedad o una condición crónica, se deberá tomar en cuenta que “el tratamiento en este trastorno tendrá como objetivo el disminuir el número y la gravedad de las crisis, y mejorar las condiciones de vida del paciente” (Méndez Donis, 2018, p. 17), por lo que se trabaja la estructuración narcisista, el déficit psíquico del paciente, la regresión infantil a la etapa oral de la libido y la pérdida del objeto en el duelo. Con todo y lo anterior, ha sido comprobado y argumentado que el Trastorno Afectivo Bipolar (TAB) es, definitivamente, una expresión de una estructuración narcisista en las relaciones objetales internalizadas en consecuencia de la identificación y elección objetal narcisista, y del duelo patológico en donde la melancolía y la manía son dos caras de una misma moneda. Hay que reconocer que es importante hacer una integración de conceptos psicoanalíticos, psicodinámicos y clínicos para explicar y entender una problemática mundial de la salud mental como lo son las enfermedades mentales, especialmente el TAB.

Conflicto de intereses

La autora declara la inexistencia de conflicto de interés con institución o asociación comercial de cualquier índole.

Referencias

- Agorio, R., Garbarino, M., Garbarino, H., Lacava, M., Prego, V. M., y Prego, L. (1966). *Relato oficial sobre el tema “Manía”*. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*. Recuperado de <https://www.apuruguay.org/apurevista/1960/168872471966080106.pdf>
- Alcaide, I. (2010) Duelo y melancolía, complemento del narcisismo. *Revista de psicología GEPU*, 1(1), 25-31. Recuperado de <http://bibliotecadigital.univalle.edu.co/bitstream/10893/2224/1/Duelo%20y%20Melancolia%2C%20Complemento%20del%20Narcisismo.pdf>

- Ávila, A. (1990). Psicodinámica de la depresión. *Anales de psicología*, 6(1), 37-58. Recuperado de https://www.um.es/analesps/v06/v06_1/04-06_1.pdf
- Bogochvol, A. (2013). *Bipolaridad, Manía y Melancolía 2*. Medellín, Colombia: NEL (Nueva Escuela Lacaniana). Recuperado de <http://nel-medellin.org/bipolaridad-mania-melancolia-2/>
- Bowlby, J. (1989). Conferencia 7. *Aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Londres: Paidós Ibérica.
- Di Bártolo, I. (2016). Apego, riesgo y psicopatología. En *El apego: Cómo nuestros vínculos nos hacen quienes somos*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial.
- Di Bártolo, I. (2016). Bases de la teoría de apego. En *El apego: Cómo nuestros vínculos nos hacen quienes somos*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial.
- Esperón, C., Quintana, A., Vicario, F. M., y Manglano, P. (2011). Enfermedad bipolar o maníaco depresiva. *Revista Medicina* 10(84): 5684-92. Recuperado de <https://www.medicineonline.es/es-estadisticas-X0304541211256256>
- Freud, S. (1917). *Duelo y melancolía*. Vol. XIV. Amorrortu editores.
- Méndez Donis, E. (2018). *La eficacia de la terapia psicodinámica en el tratamiento del episodio maníaco de personas con trastorno bipolar*. Montevideo, Uruguay: Universidad de la República de Uruguay.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2019). *Trastornos mentales*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- Osorio, J. (2006). Sistema categorial de la psicología dinámica. *Categorías teóricas de la psicología dinámica*. Medellín, Colombia: Universidad de Antioquia.
- Rodríguez, S. E. (2013). La melancolía ¿Neurosis o psicosis? *Realitas, Revista de Ciencias Sociales, Humanas y Artes*. 1(1), 56-58. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6984238>
- Salmerón, J. M. (2017). Inteligencia emocional en pacientes con trastorno bipolar. En *Inteligencia Emocional en Pacientes con Trastorno Bipolar y Trastorno Límite de la Personalidad*. Murcia, España: Universidad de Murcia.
- Zanassi, S., Pérez, J., y Maiola, F. (2016). *Tesis freudianas sobre la solidaridad clínica entre manía y melancolía*. En V Congreso Internacional de Investigación de la Facultad de Psicología. Recuperado de <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/54052>