



¿LA ADOLESCENCIA, DUELO O RIESGO DE DEPRESIÓN?

PIEDAD HELENA MARTÍNEZ GUERRA

Trabajo de grado presentado para optar al título de
Especialista en Problemas de la Infancia y la Adolescencia
Tercera Cohorte - Medellín

Asesor:

MAURICIO FERNÁNDEZ ARCILA

Doctor en Psicoanálisis y Psicopatología Fundamental

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS
DEPARTAMENTO DE PSICOANÁLISIS

2019

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	1
1. ENFOQUES HISTÓRICOS Y BIOMÉDICOS	5
1.1. LA DEPRESIÓN	5
1.1.1 Antecedentes históricos	5
1.1.2 Criterios psiquiátricos	8
1.1.3 Depresión en adolescentes: epidemiología, diagnóstico	14
1.2 LA ADOLESCENCIA	18
1.2.1 Evolución del concepto sobre la adolescencia	18
1.2.2 Las ciencias de la adolescencia	22
La visión biomédica	23
Enfoque de la psicología tradicional	24
2. VISIONES PSICOANALÍTICAS	27
2.1 La adolescencia en el psicoanálisis	27
2.2 La depresión desde el psicoanálisis	31
2.3 Los trastornos del ánimo en la adolescencia	35
2.4 ¿Depresión “normal” o estado de duelo?	37
3. FACTORES PSICODINÁMICOS EN LA DEPRESIÓN ADOLESCENTE	45
REFLEXIONES Y CONSIDERACIONES FINALES	51
REFERENCIAS	57

¿LA ADOLESCENCIA, DUELO O RIESGO DE DEPRESIÓN?

RESUMEN

Esta monografía estudia la depresión en la adolescencia, con énfasis en la perspectiva psicoanalítica, buscando reflexionar si ella debe tomarse o no como una condición propia de este proceso, sobre todo si se lo asume como un momento en el que se realizan múltiples duelos. En primer lugar, se revisan los antecedentes históricos del concepto de depresión, la manera como han incidido en su actual definición y en la forma como ha sido tratada. Luego se aborda la concepción de la depresión según los criterios psiquiátricos, y sus características en la adolescencia de acuerdo con la OMS. En segundo lugar, se revisan aspectos del desarrollo histórico de la adolescencia, así como las visiones biomédica y psicológica tradicional acerca de ella. Seguidamente, se examinan las concepciones de la adolescencia y de la depresión desde el enfoque psicoanalítico a través de algunos autores representativos. Por último, se identifican y describen los principales factores psicodinámicos que intervienen en la depresión de los adolescentes, para sustentar con ello la discusión acerca de su eventual tendencia a la depresión y su relación con los duelos inherentes a la adolescencia. Se concluye que es importante pensar la depresión adolescente más allá de lo sintomático; criticar las posiciones que la han estigmatizado como una condición patológica que impide el progreso, y que no ven las potencialidades que conlleva la depresión para la resolución de las problemáticas adolescentes ni su condición transitoria.

Palabras-clave: Depresión, adolescencia, psicoanálisis, duelo.

THE ADOLESCENCE, MOURNING OR RISK OF DEPRESSION?

ABSTRACT:

This monograph studies depression in adolescence, with emphasis on the psychoanalytic perspective, seeking to reflect whether or not it should be taken as a condition of this process, especially if it is assumed as a time when multiple duels are performed. First, this study reviews the historical background of the concept of depression, how it have influenced its current definition and how it has been treated. Then the conception of depression is approached according to psychiatric criteria, and its characteristics in adolescence according to the WHO. Second, aspects of the historical development of adolescence are reviewed, as well as the traditional biomedical and psychological visions about it. Next, the conceptions of adolescence and depression are examined from the psychoanalytic approach through some representative authors. Finally, the main psychodynamic factors that intervene in the depression of adolescents are identified and described, in order to support the discussion about their eventual tendency to depression and their relationship with the duels inherent in adolescence. It is concluded that it is important to think of teenage depression beyond its symptomatic condition; criticize the positions that have stigmatized it as a pathological condition that prevents progress, and that they do not see the potentialities that depression entails for the resolution of teenage problems or their transitory condition.

Keywords: Depression, adolescence, psychoanalysis, mourning.

INTRODUCCIÓN

Dentro de las manifestaciones contemporáneas más frecuentes relacionadas con la salud mental de los adolescentes está la depresión, trastorno que se ha incrementado de manera copiosa en los últimos años. Él afecta a más de 300 millones de personas en todo el mundo y es una de las principales causas de discapacidad, según la OMS en 2018 ¹. En Colombia de acuerdo con El Sistema Integral de Información de la Protección Social del 2017 ², se encontró un incremento considerable en las atenciones por depresión desde el año 2009, en donde la mayor proporción de casos se presentaban en mujeres y la tendencia mostró que desde los 10 años en adelante el número de casos se hizo mayor, incluso se reportaron casos de depresión a edades muy tempranas, como en menores de 5 años y en los adolescentes se encontró la mayor prevalencia de síntomas depresivos. El Departamento de Antioquia ocupó el primer lugar en número de atenciones realizadas por esta causa.

Innumerables investigaciones se han dirigido a encontrar sus causas: desde explicaciones estrictamente biológicas hasta posiciones que revelan lo social y lo familiar como un elemento explicativo de importancia. Para mencionar algunas, se encuentran las realizadas por Segal, Williams y Teasdale³ cuyos desarrollos se orientan a evitar la recurrencia en la depresión y plantean un nuevo modelo para pensar sus causas y recurrencia, además plantean una estrategia para la prevención de las recaídas, por citar algunos de los más relevantes.

En la adolescencia se responde de manera temporal a muchas de las situaciones y factores que ella trae consigo como proceso del desarrollo humano. Entre ellos están los cambios corporales, psíquicos y sexuales, además de las

¹ OMS, 2018. "Depresión" (Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 22 marzo 2018).

² J. D. Teasdale, Z. V. Segal J. M. Williams, 2000. "Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, No. 68 (2000) :615-623. Citados por Mark A. Lau & Amanda R. Yu, "Terapia Cognitiva basada en la Conciencia Plena: Pasado, Presente y Futuro", (sf): 2.

³ J. D. Teasdale, Z. V. Segal J. M. Williams, 2000. "Prevention of relapse/recurrence in major depression ...".

transformaciones en los vínculos, tanto con los padres como con el mundo. Pero en algunos casos estas respuestas son más profundas, configurando auténticas alteraciones y afectando de manera directa las relaciones y los roles de los adolescentes, especialmente en la familia, la escuela y la sociedad, llevándolos en muchos casos a tener estados permanentes de depresión.

De igual manera, la adolescencia es importante en cuanto se le considera una transición entre el mundo infantil y la madurez, además de ser un período decisivo para la salud o para la enfermedad mental. Trabajar en ello para lograr un bienestar en estos sujetos significa poder prevenir y ayudar a proyectar mejores perspectivas de futuro.

El interés por abordar esta problemática, surge de la experiencia en la práctica profesional y el incremento de adolescentes que son remitidos a consulta por los profesores de los colegios a los que asisten o en la mayoría de los casos por los padres o familiares cercanos que notan en ellos cambios en su comportamiento relacionados con irritabilidad, agresividad, mal humor y desinterés o desmotivación por actividades que antes les eran placenteras. Dicha condición genera en un alto porcentaje de estos individuos conflictos al interior de sus familias y de sus aulas de clase, trayendo consigo consecuencias como deserción escolar o conflictos familiares de importancia.

En el presente estudio, entonces, se hará hincapié en la depresión, en un primer momento. Se explorarán algunas de las aproximaciones teóricas e investigaciones realizadas en la historia, para tener un referente comparativo respecto a los criterios psiquiátricos actuales, que han ido cambiando con el pasar de los años. De igual manera se hará una revisión de algunas perspectivas psicoanalíticas a través de diferentes autores con el fin de identificar los procesos psíquicos que concurren para favorecer el surgimiento de la depresión, en general, y en el adolescente en particular.

El propósito final, sin embargo, será el de esclarecer la relación existente entre la depresión y la adolescencia.

Para efectos de la presente monografía, la “adolescencia” se aborda desde diferentes miradas y desde las perspectivas de distintos autores para intentar integrarlas y de esta manera conocer lo que se gesta en esta transición al mundo adulto, al igual que comprender el potencial creativo y la capacidad transformadora que en ella predominan.

Es un hecho que los cambios sociales, políticos y culturales producen a su vez transformaciones en la subjetividad del adolescente. Estos cambios provocan de manera inevitable que la adolescencia no sea un concepto universal, ya que será significada de acuerdo a los discursos que cada época y que cada cultura sostiene. Es así como en el siglo XIX los adolescentes deprimidos no eran sujetos de atención o intervención por su condición de salud se daba por sentado que la depresión era una característica propia de este momento de la vida.

Desde las perspectivas contemporáneas, se insinúa, en cambio, que existe una relación entre la depresión y la adolescencia. En efecto, para muchos autores, la adolescencia conlleva una serie de duelos por los vínculos primarios infantiles; sin desconocer que a causa del empuje pulsional propio de la adolescencia, se reviven situaciones traumáticas que impiden la elaboración de los duelos, necesaria para el desarrollo del proceso adolescente, por lo que en su lugar posiblemente adviene un duelo patológico.

Finalmente, a partir de la revisión de estos distintos aportes teóricos, se intentará esbozar una respuesta a la pregunta planteada, por medio de la identificación de los factores y procesos psíquicos que pueden favorecer la depresión en los adolescentes, con el ánimo de acopiar elementos que faciliten la comprensión e intervención de estas problemáticas adolescentes.

1. ENFOQUES HISTÓRICOS Y BIOMÉDICOS

1.1. LA DEPRESIÓN

1.1.1 Antecedentes históricos

Dentro de los trastornos psiquiátricos más antiguos que existen está la depresión; existe quizás desde la aparición del ser humano. A través de la historia ha sido motivo de inspiración para reconocidos literatos y artistas que la han plasmado en sus obras, pero también, desde antes de que existiera la Psiquiatría como especialidad médica, ya era reconocida y catalogada por los principales tratados médicos de la antigüedad. Ahora bien, sólo hasta 1725 es cuando el británico Richard Blackmore nombra tal condición con el término como actualmente se conoce: *depresión*.

Hipócrates se refirió inicialmente a la depresión como *melancolía*, término que aparece en sus escritos en los siglos V y IV a.C⁴. En la **Grecia antigua** la medicina afirmaba que *“las aberraciones mentales o constituían una enfermedad o eran síntomas de tal y, como otros síntomas y enfermedades habían de explicarse sobre una base naturalista, además que los desórdenes mentales eran reflejo de los desórdenes fisiológicos”*⁵.

Del mismo modo, explicaba todas las enfermedades y los cambios de temperamento o humor, a partir de la teoría de los cuatro humores propuesta por Hipócrates, en donde se creía que la influencia de cuatro líquidos corporales, denominados humores: la sangre, la flema, la bilis negra y la bilis amarilla, era la causa de múltiples dolencias del cuerpo y del alma. El predominio o desequilibrio de un humor sobre los otros podía explicar un temperamento según la teoría propuesta por Hipócrates, pero también la aparición de diferentes enfermedades, siguiendo

⁴ Stanley W. Jackson, *Historia de la melancolía y la depresión, desde los tiempos Hipocráticos a la época moderna*. Trad. Consuelo Vázquez de Parga (Madrid, España: Turner S.A, 1986), 38.

⁵ Jackson, *Historia de la melancolía y la depresión...*, 37.

ese modelo, los temperamentos posibles eran el sanguíneo, el colérico, el melancólico y el flemático.

Tal explicación se basaba en lo referente a la melancolía, en que un exceso de sangre provocaba comportamientos maníacos mientras que el exceso de bilis negra provocaba un comportamiento abatido, apático y un manifiesto sentimiento de tristeza. Por lo tanto, fue la cultura clásica griega la primera en abordar explícitamente este trastorno del estado de ánimo.

Posteriormente, en la **Edad Media**, las ideas acerca de la melancolía no cambiaron mucho con respecto a lo que se conocía. Se establecen diferentes clases: la hipocondríaca, ubicada en la boca del estómago, otras, en zonas profundas del cerebro. Los síntomas que esto reflejaba eran la tristeza y el temor, resaltando que la tristeza era la pérdida del objeto amado. La influencia de la medicina de la edad antigua persistió sin cambios importantes en este tiempo.

La iglesia por su parte, se unió al interés de la medicina por la curación de los malestares que acechaban al hombre y enfatizó en varias formas de curación espiritual con el nacimiento de los monasterios y las escuelas catedralicias como centros de saber médico. A la melancolía se le caracterizó como *demonio* entendido como tentación y pecado, pasando a denominarse *acedia* o *apháteia* que hacía referencia a la desidia o apatía.

Como se mencionó, el término *depresión* aparece por primera vez a fines de la **Edad Moderna**, más precisamente en el siglo XVIII, en Inglaterra, bajo la pluma del médico Richard Blackmore quien acuñó el término como un “*estar hundido en profunda tristeza y melancolía*”⁶.

Hasta la aparición de la psiquiatría, en pleno siglo XIX, la concepción del origen y tratamientos de la depresión fluctúa entre la magia y una terapia ambientalista de carácter empírico, como sucedía con el resto de los trastornos mentales.

⁶ Jackson, *Historia de la melancolía y la depresión...*, 131.

El primer médico por esta época, en rechazar la teoría de los cuatro humores, fue Thomas Willis quien atribuyó a procesos químicos del cerebro y del corazón las causas de esta enfermedad. Menciona cuatro tipos de melancolía de acuerdo a su origen: por alteración del cerebro, por mala función del bazo, otra con efecto con todo el cuerpo y una última clase de melancolía histérica, con origen en el útero.

Es considerado el pionero de la neuroanatomía, y sus trabajos en el campo de la depresión, le llevan a publicar un tratado sobre el concepto de afectación de la conciencia frente a la afectación de la conducta, dando origen a los conceptos de locura parcial y locura general.

Por su parte, William Cullen se dedicó durante la segunda mitad del siglo XVIII, a clasificar las enfermedades incluyendo a la melancolía dentro del apartado de las neurosis, o enfermedades nerviosas.

Finalmente, durante los siglos XIX y XX y con los cambios producidos por las revoluciones francesa e industrial, las concepciones que se tenían con respecto a la manera de entender a la persona enferma y en especial a la de enfermedad mental se transforman de manera significativa gracias al auge de la psiquiatría moderna con su mayor representante Philippe Pinel quien luego de un intenso estudio de las matemáticas le aporta una óptica diferente a los médicos tradicionales del momento.

Para Pinel el origen de los trastornos anímicos, está en la percepción y las sensaciones, atribuyéndole causas morales como fanatismo religioso y amores apasionados.

A medida que avanza el desarrollo de la psiquiatría, la terminología empleada para referirse a la melancolía o a la depresión va adquiriendo mayor especificidad y claridad.

Las transformaciones que se dieron a todo nivel en este momento de la historia, la crisis del modelo mercantilista y el surgimiento de la concepción

mecanicista de la ciencia, para lo cual la medicina no era ajena, determinaron una ruptura con las teorías que se conocían con relación a la melancolía.

En las primeras décadas del siglo XX, el concepto de depresión se confundía con ansiedad, histeria, hipocondría, obsesión, fobia, distimia o trastorno psicossomático⁷.

La Organización Mundial de la Salud en el 2016⁸, acota las ideas acerca de esta patología y define la depresión endógena o mayor como *“un síndrome orgánico cuya sintomatología abarca alteraciones del pensamiento y los impulsos, tristeza corporalizada y trastornos de los ritmos vitales, además de poder expresarse a través de distintos síntomas en el cuerpo”*.

La medicina contemporánea considera cualquier trastorno del humor que disminuya el rendimiento en cualquiera de las áreas de desempeño o limite la actividad habitual, independientemente de que su causa sea conocida o no, como un trastorno digno sujeto de atención médica y susceptible de ser tratado mediante farmacoterapia o psicoterapia.

1.1.2 Criterios psiquiátricos

El origen de la clasificación de los trastornos mentales tal y como se conoce hoy, se remonta a 1883 y atribuye al médico alemán Emil Kraepelin, cuando este apasionado por la psiquiatría y la psicología, publica, alentado por Wilhelm Wundt, su Manual de Psiquiatría, en donde se omitían los trastornos de la infancia. En este manual elaboró un sistema de clasificación de enfermedades mentales basado en la manifestación clínica de los sujetos con problemas mentales. Se le considera pionero de la nosología, y se asemeja a los manuales que existen en la actualidad. Es más, este Tratado ha servido de base para la elaboración durante el siglo XX de las clasificaciones diagnósticas de las últimas ediciones del DSM.

⁷ Jackson, *Historia de la melancolía y la depresión...*, 163.

⁸ OMS, sf. “Salud de la madre, el recién nacido, el niño y el adolescente. Desarrollo en la adolescencia” http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/.

Wicks Nelson & Israel⁹ afirman que *un sistema de clasificación es una forma de describir un fenómeno de manera sistemática*. En la medicina es útil para clasificar las disfunciones físicas y en la psicología y en la psiquiatría lo es para clasificar las disfunciones mentales y los trastornos de conducta.

Esta clasificación sería realizada teniendo en cuenta no solo la base de las manifestaciones clínicas sino también su etiología, dividiendo los trastornos mentales en endógenos y exógenos. Kraepelin consideraba que las causas de los trastornos psiquiátricos eran principalmente biológicas.

Europa fue la pionera de la clasificación de las alteraciones mentales, pero en América fue la Segunda Guerra Mundial la que favoreció la clasificación, ya que para la atención de los soldados afectados se necesitaba tener un lenguaje común clasificatorio. Los principales gestores fueron el Ejército y la Marina, pero la clasificación que hacía la Standard Nomenclature en 1932 fue insatisfactoria y se pidió ayuda a psiquiatras y psicólogos. Así nacieron los DSM (Diagnostic and Statistical Manual) que tuvieron muy en cuenta el IDC (International Classification of Diseases) (CIE, por su sigla en español) y pronto el DSM lo sustituyó en extensión de uso y es el sistema de clasificación más ampliamente utilizado en los Estados Unidos¹⁰.

A partir de 1952 el DSM ha sido el instrumento de referencia para la psicología clínica en lo concerniente a la clasificación de los trastornos mentales. En ese año aparece el DSM I en donde se incluía sólo dos categorías de trastornos en la niñez: reacción a la adaptación y esquizofrenia infantil.

Gracias a Meyer (psiquiatra organicista) y Menninguer (psicoanalista) y a algunos psiquiatras del Ejército quienes recopilaron del CIE (ICD, por sus siglas en inglés) de 1948 los insumos necesarios para crear el primer DSM que no tuvo la

⁹ Nelson Wicks y Allen Israel, *Psicopatología del niño y del adolescente* (Madrid: Pearson/Prentice Hall, 3a ed, 2008), 91.

¹⁰ Victoria Del Barrio, 2009. "Raíces y evolución del DSM", *Revista de Historia de la Psicología* vol. 30, N° 2-3, (junio-septiembre 2009): 90.

acogida que se pensaba y por el contrario, su uso fue limitado y utilizado básicamente para diagnóstico de psicosis con base orgánica pero malo para otras categorías por lo que tuvo que ser revisado.

El DSM II que modifica al anterior es editado en 1968 luego de que fuera revisado el DSM I y gracias a la influencia del psicoanálisis se admitió la posibilidad de innovar aplicando el modelo médico a los síndromes mentales de acuerdo con la sintomatología. Evaluaron la posibilidad de relacionar el DSM II con el ICD-8 pero fue un fracaso debido a las diferencias que se evidenciaron, especialmente en la terminología que manejaban, en especial con respecto a la esquizofrenia. Esta segunda versión del DSM añadió la categoría de trastornos del comportamiento en la infancia y la adolescencia.

Es entonces en 1980 cuando surge el DSM III. El líder de este nuevo intento por aunar esfuerzos para mejorar los trabajos anteriores fue R. Spitzer quien junto con un grupo de prestigiosos colaboradores y varias instituciones de renombre en el área de la psiquiatría, la medicina y la psicología como la *Academy of Psychiatry*, la *American Academy of Psychoanalysis* y por primera vez la *American Psychological Association* que tenía sus desacuerdos con esta última terminaron por unirse frente al propósito.

Los principales objetivos de este equipo de trabajo eran, en primer lugar, propagar el uso del DSM a todos los profesionales de la salud; en segundo lugar, distinguir los niveles de severidad de los trastornos, en tercer lugar relacionar y mantener la compatibilidad con el ICD-9, en cuarto lugar instaurar criterios diagnósticos con bases empíricas y por último, evaluar las quejas emitidas por profesionales y pacientes representativos¹¹.

Se realizaron cambios con el ánimo de mejorar la validez y volverlo más confiable para los profesionales que tenían acceso a él. Tales cambios se referían a incluir algunos criterios como la edad de inicio, permanencia, incidencia y

¹¹ Victoria Del Barrio, 2009. "Raíces y evolución del DSM", 85; citando a Theodore Millon, *Personality and Psychopathology*, (New York: John Wiley & Sons, 1996.).

prognosis. Ampliaron además, el número de categorías específicas para niños y adolescentes.

Los psicólogos tuvieron una amplia participación en la construcción del DSM III y el DSM III-R y por lo tanto su enfoque no fue orientado solo desde los síntomas físicos. Los psicoanalistas mostraron su inconformidad al darse cuenta que aunque había muchas categorías, no habían tenido en cuenta un eje en donde se incluyeran los mecanismos de defensa y funciones del ego. Por otro lado, hubo un cambio terminológico: los que antes era nombrado como “neurosis” en el actual DSM III-R son denominados ahora como “trastornos de ansiedad”.

En 1994 aparece el DSM IV. Allen Frances y algunos colaboradores interesados en correlacionarlo con el IDC, fueron los encargados de emprender la labor. Los aspectos fundamentales en los que se interesaron para la revisión, según Del Barrio, fueron: “a) *brevedad de criterios*; b) *claridad de lenguaje*; c) *declaración explícita de constructos*; d) *recolección de datos empíricos recientes*; e) *coordinación con IDC-10*”¹².

Esta nueva versión del DSM presenta cambios significativos en cuanto a la organización de determinadas categorías en cinco ejes.

La forma en que el DSM IV aborda los trastornos en el niño y en el adolescente es mucho más compleja y ofrece más subcategorías específicas que las versiones anteriores.

Posteriormente, en el año 2000 el DSM IV se convierte en DSM IV-TR. En esta edición del DSM el equipo de trabajo fue liderado igual que el anterior por Frances. Los cambios se fundamentan en algunas precisiones hechas a trastornos infantiles como en el Trastorno de Déficit de Atención y Trastorno de Hiperactividad, además sobre el Autismo y algunas alteraciones genéticas del Trastorno de Rett y aspectos diferenciales del de Asperger.

¹² Del Barrio, 2009. “Raíces y evolución del DSM”, 86.

En la nosología psiquiátrica actual, la depresión se considera una entidad clínica definida. Se define por un conjunto de manifestaciones observables que las agrupa como una entidad clínica diagnóstica, entre cuyas principales características las retoma Ezpeleta del DSM IV:

A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo, o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer. Nota: no incluir los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). Nota: en los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.

2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás).

3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5% del peso corporal en un mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: en niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables.

4. Insomnio o hipersomnia casi cada día.

5. Agitación o ralentización psicomotora casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar ralentizado).

6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día.

7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).

8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).

9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o ralentización psicomotor ¹³.

De acuerdo con Hornstein¹⁴, el uso recurrente y aislado del DSM en los hospitales o lugares donde se atienden enfermos impide contemplar las múltiples realidades que inciden en la aparición y en el curso de la depresión, ya que a través de la nosología se focaliza esencialmente en dos puntos: *lo descriptivo y lo clasificador* y se intenta determinar el origen biológico de una patología.

Haciendo referencia a lo anterior y en lo que respecta a la depresión, el autor retoma a Winograd, quien sostiene que “las dudas acerca de la depresión como enfermedad, síndrome o incluso como vivencia normal ante los acontecimientos de la vida influyen en el momento de elaborar una clasificación” ¹⁵.

Los DSM no tienen en cuenta individuos sino “síndromes”, no tienen en cuenta al individuo de una manera holística, sino por el contrario, en su interés por describir síntomas deja de un lado lo ambiental y lo psicológico.

Hay un punto importante que ha generado controversia entre la manera como se aborda la depresión y es la relación entre las nociones de *fidelidad y validez*.

La fidelidad permite que dos clínicos que examinen a un paciente puedan arribar a un mismo diagnóstico. Se habla de validez cuando se puede establecer la relación entre un síndrome y un proceso patológico que se encuentra en su causa. El DSM aunque es construido para cierta

¹³ Lourdes Ezpeleta, 1999. *La entrevista diagnóstica con niños y adolescentes* (España: Síntesis, 1999), 98-99.

¹⁴ Luis Hornstein, 2006. “De la psiquiatría al psicoanálisis y viceversa”, en *Las depresiones*, (Buenos Aires: Paidós, 1a reimp., 2007), 128.

¹⁵ Luis Hornstein, 2006 “De la psiquiatría al psicoanálisis y viceversa”, 128; citando a Ben Zion Winograd, 2005, *Depresión: ¿Enfermedad o crisis? Una perspectiva psicoanalítica* (Buenos Aires: Paidós, 2005).

investigación estadística también es utilizado por la clínica, y las necesidades del investigador y del clínico son diferentes ¹⁶.

Para resumir, el concepto de enfermedad está creado por el hombre. No hay una única forma de pensar la enfermedad, por lo tanto, una clasificación de estas es desde ya una creación humana. Las clasificaciones tienen como objetivo general ser instrumentos para comunicar información. Cada una de estas categorizaciones responde a una lógica de pensar la enfermedad.

Los psiquiatras y algunos psicólogos, dependiendo de su orientación teórica, suelen diagnosticar en su mayor parte mediante las categorías utilizadas por el DSM-IV. Principalmente para clasificar la depresión se utiliza el DSM-IV, debido a que es el manual más utilizado dentro de los profesionales que utilizan un sistema diagnóstico.

Para definir la enfermedad, el DSM-IV recurre a la categoría de trastorno mental, un concepto que no tiene límites precisos y que carece de una definición operacional. El término “trastorno mental” implica, desafortunadamente, una distinción entre trastornos “mentales” y “físicos” (un anacronismo reduccionista del dualismo mente-cuerpo). Los conocimientos actuales indican que hay mucho de “físico” en los trastornos “mentales” y mucho de “mental” en los trastornos “físicos”¹⁷.

1.1.3 Depresión en adolescentes: epidemiología, diagnóstico

Si bien la depresión ha sido considerada desde sus inicios como una condición principalmente manifestada en los adultos, en la actualidad existe evidencia a través de las estadísticas de que puede aparecer en niños. Sin embargo, su manifestación más clásica tiende a surgir principalmente en la adolescencia. Esto ha generado que los modelos psiquiátricos para tratar la depresión en el adulto sirvan como modelos de trabajo para la intervención con niños y adolescentes, en los que lo farmacológico adquiere un papel central, dejando las psicoterapias en un segundo plano.

¹⁶ Hornstein, 2006. “De la psiquiatría al psicoanálisis y viceversa”, 138.

¹⁷ APA, 1994. “ Introducción”, en *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.DSM IV*. (Barcelona: MASSON, S.A. 1995) XXI.

Según la OMS en el 2018 ¹⁸, la prevalencia de depresión en la población mundial se estima que bordea un 9,5%, porcentaje que se ve incrementado cuando se analiza al asociarse con otras patologías, especialmente aquellas de curso crónico como el VIH, lupus eritomatoso, epilepsia o cáncer entre otras. La depresión afecta a unos 350 millones de personas, siendo considerada como la principal causa de discapacidad a nivel mundial.

En cuanto a grupo etario, uno de cada diez adultos sufre de depresión, y aproximadamente el 60% de ellos no recibe el tratamiento correspondiente. En referencia a sexo, afecta aproximadamente al doble de mujeres en relación con los hombres y en el caso específico de los adolescentes se estima que entre el 10 y el 20% de la población mundial experimentan problemas de salud mental.

En el informe de 2014 de la OMS titulado “Salud para los adolescentes del mundo”¹⁹, la depresión es la principal causa de morbilidad y discapacidad en los niños y niñas de 10 a 19 años, y el suicidio, junto a los accidentes de tráfico y el SIDA, es una de las 3 principales causas de muerte en este grupo de edad.

En Colombia, el 4.7% de sus habitantes sufren de depresión, el 80% de los colombianos ha presentado entre uno y tres síntomas de depresión en algún momento de su vida, siendo un 25% de ellos niños y adolescentes. El Departamento de Antioquia ocupó el primer lugar en atenciones de este tipo ²⁰.

En nuestro país, según la Encuesta Nacional de Salud Mental de 2015 ²¹, los trastornos mentales tienen una prevalencia de 7,2%, y específicamente los trastornos depresivos aparecen con un 2,4%. La ideación suicida y los intentos de

¹⁸ OMS, 2018. “Depresión”

¹⁹ OMS, 2014. “Salud para los adolescentes del mundo (resumen)” (Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2014).

²⁰ SISPRO, 2017. *Boletín*, N° 1 (marzo de 2017), 6.

²¹ Ministerio de Salud y Protección Social, Colciencias, Pontificia Universidad Javeriana, Datos, Procesos y Tecnología SAS, 2015. “Encuesta Nacional de Salud Mental de 2015”.
<https://www.minsalud.gov.co/>

suicidio que están asociados con la patología depresiva tienen un 6,6% y 2,5% de prevalencia respectivamente.

En hallazgos anteriores, en el “Estudio Nacional de Salud Mental en Colombia - Situación mental del adolescente”,²² sobre la base de los criterios del DSM-IV, la prevalencia de vida para cualquier trastorno mental en los adolescentes es de un 16,1%, siendo mayor esta proporción para los adolescentes de sexo femenino (17,4% frente a 14,8% en varones). La situación se vuelve más relevante respecto al reporte de “haber pensado seriamente en la posibilidad de suicidarse” (11%), pues para las mujeres la proporción es dos veces la de los hombres (14,3% frente a 7,6%).

En el ámbito local, en el “Segundo estudio de salud mental adolescente - Medellín 2009”, se encontró que la prevalencia de depresión pasó del 12,1% en el primer estudio del 2006 al 13,1% en el segundo estudio del 2009. Concretamente, de cada 100 adolescentes estudiados en el 2009, 13,5 cumplen con los criterios para depresión clínica. Esta misma investigación muestra que “casi uno de cada cuatro adolescentes —alguna vez ha pensado seriamente en suicidarse; más de 13 de cada cien —alguna vez ha realizado un plan para suicidarse; 14.4% —alguna vez ha intentado suicidarse, y finalmente 3.5% —alguna vez ha intentado suicidarse y requirió atención médica o atención en salud por este evento ²³.

Convergen en este sentido los datos del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses ²⁴, según los cuales, en Colombia, la tasa de suicidios de menores entre 5 y 18 años pasó de 1,57 en el 2008 a 1,75 en el 2012, mientras que la tasa general en los últimos 5 años se ha mantenido entre 4 y 4,1.

²² CES, MINPROTECCION & UNODC, 2010. *Estudio Nacional de Salud Mental en Colombia Situación mental del adolescente* (Medellín: Ces, 2010).

²³ CES & Alcaldía de Medellín, 2009. *Segundo estudio de salud mental adolescente* (Medellín: Grupo Salud Mental Fac. Medicina CES, 2009).

²⁴ INMLCF, 2013. "Quitarse la vida cuando ésta aún comienza" *Boletín epidemiológico trimestral*, Bogotá, Vol. 6, No 8 (diciembre 2013):2

El reconocimiento de la depresión como una condición que puede aparecer en la infancia y la adolescencia ha supuesto gran interés dentro de la psiquiatría y esto ha llevado a su reconocimiento y tratamiento de forma particular.

La sintomatología depresiva en estas edades se suele presentar de forma polimorfa, comórbida, y muy variable, por esto se convierte en objeto de numerosos debates, al no tener una clínica tan delimitada como la de otros trastornos mentales específicos de la infancia y la adolescencia²⁵. Las manifestaciones clínicas en estos momentos de la vida son distintas a la de los adultos y no existen criterios de clasificación específicos para estas edades.

Sumando a lo anterior, muchos de los niños y adolescentes que presentan depresión tienen dificultades para identificar como depresión lo que les ocurre. Además, los adultos que son figuras representativas para ellos niegan tal condición al pensar que es imposible que a edades tan tempranas se presente.

Como se ha anotado, no existe un criterio diagnóstico propio para el abordaje de la depresión en los adolescentes porque dentro de la clínica se acude a los criterios que existen para los adultos. Sin embargo, hay ciertas manifestaciones clínicas más evidentes y características de los adolescentes relacionadas con este trastorno:

El estado de ánimo disfórico y deprimido se presenta de forma más volátil, con gran aumento de las reacciones de ira, pudiendo llorar sin motivo, con una expresión continua seria y malhumorada. En el área cognitiva, se aprecian cambios en la actitud frente al esfuerzo y responsabilidad en sus tareas y aumenta la baja autoestima, sintiéndose defraudados a sí mismos y a los demás e intentan defenderse de este sentimiento con la negación, fantasías omnipotentes, o evadiéndose mediante consumo de sustancias. Pueden mostrar nulo interés por el comportamiento sexual o promiscuidad

²⁵ Estas mismas consideraciones están presentes en el DSM, como se vio más arriba, y las confirma: Elena Guillén, , M^a José Gordillo Montaña, Isabel Ruiz Fernández, M^a Dolores Gordillo Gordillo, , Teresa Gordillo Solanes, 2013. “¿Depresión o evolución? Revisión histórica y fenomenológica del concepto aplicado a la infancia y adolescencia”, *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, (2013): 2.

como defensa del sentimiento de vacío y soledad, teniendo en ocasiones calidad autodestructiva ²⁶.

Es importante poder diferenciar en este periodo en el que los adolescentes tienden hacia la depresión, entre el estado normal de ánimo depresivo y la depresión patológica. Numerosos autores han señalado que muchas de las depresiones adolescentes no son diagnosticadas porque se confunden con la crisis adolescente y por lo tanto las consecuencias negativas que esto conlleva se hacen más difíciles de prevenir.

1.2 LA ADOLESCENCIA

1.2.1 Evolución del concepto sobre la adolescencia

La transición de la infancia a la edad adulta, no es una condición universal determinada por la naturaleza de la especie humana; no se la entiende de la misma manera en todas las épocas y sociedades. Esta transición se ha significado y contextualizado de múltiples formas tanto histórica como socialmente. Por lo tanto no pueden generalizarse a otras culturas los rasgos de la adolescencia occidental contemporánea.

Le Breton ²⁷ plantea que no existe solo un modelo de adolescente porque este es determinado a partir de diferentes variables como la preferencia sexual, la clase social, el lugar donde vive, su origen y el de sus padres, también por la historia personal y la manera como se relaciona.

Feixa por su parte, se ha dado a la tarea de reflexionar sobre el tema, examinando el concepto de adolescencia, encontrando que esta es más una construcción cultural, con presencia de gran variedad de situaciones, dependientes

²⁶ Guillen et al, 2013. “¿Depresión o evolución?...”, 2

²⁷ David Le Breton, 2013. *Una breve historia de la adolescencia* (Buenos Aires: Nueva Visión, 2014).

de su sitio de origen y cultura²⁸. Es decir, no puede mirarse a este momento de la vida solamente como un acontecimiento vital que está determinado en un sentido fisiológico o psicológico, sino que está incluido en un ámbito social en la que los grupos, la cultura, la política, la publicidad y las nuevas tecnologías juegan un papel importante en la estructuración de ese momento de transición. Por tanto, la posibilidad de ver al adolescente como un sujeto activo y capaz de transformar, de construir o de reevaluar las explicaciones que existen sobre su condición, sólo surge en el siglo XX.

La juventud aparece entonces, como una “*construcción cultural*”, en donde cada sociedad determina la manera como se realiza la transición de la infancia a la vida adulta encontrando grandes diferencias durante este proceso entre una sociedad y otra, sin dejar de un lado que es a través de una serie de condiciones sociales que deben darse alrededor de las normas, valores, atributos y ritos, que los adolescentes pueden establecerse como tal.

“Algunas sociedades se preocupan por delimitar las clases etarias y las responsabilidades que les están ligadas. Otras no las tienen en cuenta, y la maduración social se da de forma insensible, sin ceremonias ni atención particular”²⁹.

Entonces, es innegable que siempre ha habido individuos adolescentes en el sentido biológico del término y desde tiempos inmemoriales se ha hablado de juventud, se puede rastrear la existencia de grupos de jóvenes por consideraciones de edad desde las sociedades primitivas a las primeras civilizaciones de la Antigüedad, como Grecia y Roma, o analizar la existencia de ideas o modelos sobre las “edades del hombre” desde el Bajo Imperio Romano.

²⁸ Carles Feixa, 2011. “ Past and present of adolescence in society: the ‘teen brain’ debate in perspective ». *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. Vol. 35, No. 8 (february 2011):1634-1643. Citado en Carlos Iván García Suárez y Doris Amparo Parada Rico, 2018. “Construcción de adolescencia: una concepción histórica y social inserta en las políticas públicas” *Universitas Humanística*, No. 85 (enero-junio 2018): 357.

²⁹ David Le Breton, 2013. *Una breve historia de la adolescencia*, 5.

Según lo describe Le Breton³⁰, los espartanos imponían a sus jóvenes una rigurosa educación física y moral. Los jóvenes eran sometidos a un largo entrenamiento basado en el respeto y la obediencia que los preparaba para la guerra, para proteger la ciudad e ignorar el miedo. Los ritos de iniciación hacían parte de la cultura, en donde los ancianos eran los encargados de enseñar al adolescente las prácticas que debían seguir para convertirse en hombres.

Por otro lado, se destaca también el papel de los jóvenes por consideraciones de edad en diferentes procesos históricos, desde la Revolución francesa (1789-1799) a la Revolución de Austria (1848), pero se considera que la juventud, como grupo social definido, no cobró importancia hasta el siglo XIX ³¹.

En Europa las sociedades no establecían una clara distinción entre la infancia y otras fases de la vida preadulta: en la Edad Media y a principios de la Edad Moderna y durante mucho más tiempo entre las clases populares, a partir de los siete años *“los niños entraban de golpe en la gran comunidad de los hombres”*³². Incluso la terminología utilizada para definir a los diferentes grupos de edad era diferente de la actual: la “adolescencia” llegaba hasta los 21-28 años según los distintos esquemas y la “juventud” se alargaba hasta los 40-50.

Históricamente, el concepto *“adolescencia”* nació como tal en la sociedad en los medios burgueses europeos a lo largo del siglo XVIII. En Europa, no existían restricciones etarias para determinadas actividades, pues los niños y adultos laboraban por igual en las diferentes fábricas y sitios de producción. Es a partir de los cambios que se dieron al interior de las familias, a la influencia de la Revolución Industrial y por la propuesta de Rousseau de organizar por grupos de edad las personas que asistían a las escuelas para que hubiese más homogeneidad, que aparecieron los grupos etarios o lo que hoy conocemos como franjas de edad: infancia, adolescencia, juventud y adultez.

³⁰ David Le Breton, 2013. *Una breve historia de la adolescencia*, 19.

³¹ Philippe Ariés, 1960. *El niño y la vida familiar en el antiguo régimen* (Madrid: Taurus, 1987), 38.

³² Philippe Ariés, 1960. *El niño y la vida familiar en el antiguo régimen*, 539.

De igual manera, Rousseau con el *Emilio* (escrito entre 1757 y 1762) pone de manifiesto la particularidad de ese período de la existencia que sucede a la infancia y prepara para la entrada en la edad de hombre y refuerza la utilización del término en diferentes contextos de la sociedad.

Luego, en el siglo XIX, se fue posicionando el concepto con la instauración de diferentes prácticas y leyes, según los países, que obligaba al Estado a proporcionar la educación pública y gratuita a los niños en edades entre los 6 y los 13 años, influenciado especialmente por la necesidad de organizar a una población joven que se encontraba en las calles y en la escuela secundaria.

De esta manera, el reconocimiento del rol de estudiante como rasgo distintivo para esta franja de edad instauro el valor simbólico de la escolaridad y culmina el proceso histórico que crea la adolescencia: un grupo de edad *protegido y dependiente económicamente de los padres bajo la coerción de los maestros*, dedicado exclusivamente a prepararse para la vida e incitado a posponer de manera indefinida responsabilidades y compromisos sociales, lo cual explica a este grupo como aquel que se encuentra en una fase de moratoria social.

En el siglo XX, la adolescencia se fue afianzando en la sociedad. Alrededor de los años sesenta se relacionó el concepto con lo revolucionario y consumista. El cine, la música, la moda, periódicos y revistas dieron un lugar propio a los adolescentes, los cuales se fueron instalando socialmente como un grupo particular de edad.

Actualmente, la adolescencia concierne a aquel que padece de algo denominado “síndrome de Blade Runner”, caracterizado por dependencia económica, falta de espacios y de responsabilidad, y una creciente madurez intelectual ³³.

³³ Carles Feixa, 2006. “Generación XX. Teorías sobre la juventud en la era contemporánea”, *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, Vol 4, N° 2 (julio-diciembre, 2006): 12.

1.2.2 Las ciencias de la adolescencia

El primer psicólogo en formular una teoría de la adolescencia fue G. Stanley Hall quien hizo su doctorado en Fisiología y por lo tanto tenía los argumentos teóricos para en 1904 plantear que los cambios físicos más importantes de la adolescencia, causan a su vez cambios psicológicos significativos. Los esfuerzos de los jóvenes para adaptarse a su cuerpo en proceso de cambio llevan a un periodo de tormenta y estrés, el cual es inevitable y del que emergerá moralmente más fuerte. Así mismo, Hall sostenía que "...los jóvenes experimentaban agitación tanto en sus emociones como en sus relaciones, hasta el punto de que este período era una época de oscilación continua de tendencias contradictorias"³⁴.

Por consiguiente y

de acuerdo a la visión de la disciplina que la defina, la adolescencia ha sido vista de diferentes maneras como: "un periodo de metamorfosis" (Freud, 1905); "una entidad semipatológica" (Cadavid, 1924); "un duelo del cuerpo infantil, un nuevo cuerpo de características inéditas en cuanto a responsabilidades y creatividad" (Aberastury y Knobel, 1971); "una etapa de crisis" (Erickson, 1971); "una etapa biológica con características específicas por grupos etarios en la cual se alcanza la madurez sexual" (Organización Mundial de la Salud, 1995); "el logro de la madurez sexual y posibilidad de reproducirse" (Papalia, Wendkoss y Duskin, 2005) o "un proceso universal de cambio con connotaciones externas particulares de cada cultura" (Aberastury, 2006)³⁵.

Sin embargo, no puede generalizarse de acuerdo con dichas definiciones, ya que las diferencias entre adolescentes existen claramente y este momento de la vida logra ser transitado de diferentes maneras, aunque tengan rasgos que los asemejen y por lo tanto no debe desconocerse la importancia de los aspectos históricos, políticos, sociales y culturales que nos envuelven para tal definición.

³⁴ John C. Coleman y Leo B. Hendry, *Psicología de la adolescencia* (Madrid: Ediciones Morata, 2003), 220.

³⁵ Carlos Iván García Suárez y Doris Amparo Parada Rico, 2018. "Construcción de adolescencia: una concepción histórica y social inserta en las políticas públicas". *Universitas Humanística*, No 85 (enero-junio 2018): 349.

Por otra parte, las ideas sobre la adolescencia han ido y venido entre un momento lleno de angustias y duelos y una condición idealizada como plenitud de la vida.

La visión biomédica

Según el enfoque biológico derivado básicamente de la medicina, el concepto de *“adolescencia”* tiene como determinante el *“proceso de pubertad”* que se refiere fundamentalmente a la aceleración en los cambios físicos durante una determinada época de la vida y gracias a los cuales suceden a su vez cambios relevantes en el comportamiento. De acuerdo con el enfoque anterior la adolescencia está relacionada con la edad y esta a su vez referida con la pubertad.

En relación con lo anterior, uno de los signos para reconocer la adolescencia es el inicio de la maduración sexual y la potencialidad para la procreación. Comienza en la pubertad con los cambios físicos. El cuerpo del niño desarrolla los caracteres sexuales y se encuentra listo para la sexualidad y la reproducción. Sin embargo, no se debe suponer que la adolescencia se caracteriza únicamente por ese hecho, pues así concebida habría muy poco por hacer y los adolescentes quedarían ajenos a su propia existencia como agentes pasivos a la espera de que el cambio a la adultez ocurra, recrudesciendo la crisis con una disminución de las opciones para el establecimiento de una ideología de vida que en el futuro le sería garante de la confianza en sí mismos.

Además de los cambios físicos se produce un proceso de transición psicológica y social, de asimilación de los cambios corporales y de identidad que requieren que los sistemas públicos se interesen por acogerlos desde las áreas de la salud, la educación y los servicios públicos en general.

Finalmente, la Organización Mundial de la Salud en el 2016 retoma conceptos y establece una franja de edad entre los 10 y los 19 años para delimitar este grupo de personas, caracterizándolas a su vez como sujetos que presentan

cambios en los procesos biológicos y sociales, pero que a su vez considera importante las experiencias del sujeto al plantear la siguiente idea:

La adolescencia es un periodo de preparación para la edad adulta durante el cual se producen varias experiencias de desarrollo de suma importancia. Más allá de la maduración física y sexual, esas experiencias incluyen la transición hacia la independencia social y económica, el desarrollo de la identidad, la adquisición de las aptitudes necesarias para establecer relaciones de adulto y asumir funciones adultas y la capacidad de razonamiento abstracto. Aunque la adolescencia es sinónimo de crecimiento excepcional y un gran potencial, constituye también una etapa de riesgos considerables, durante la cual el contexto social puede tener una influencia determinante ³⁶.

Enfoque de la psicología tradicional

La psicología tradicional intenta explicar los fenómenos que ocurren durante este momento de la vida, tal como lo explica Anna Freud:

Según una primera teoría, este borrascoso tránsito de la vida se debería a cambios químicos directamente resultantes del despertar funcional de las glándulas sexuales. La adolescencia no sería sino el concomitante anímico de modificaciones fisiológicas. La otra teoría rechaza la relación entre lo físico y lo psíquico y acepta que esta conmoción producida en la esfera anímica es simplemente la señal de que el individuo ha alcanzado su madurez anímica, así como los cambios corporales paralelos son los signos de la madurez física ³⁷.

Por otro lado, la teoría psicoanalítica sostiene que la adolescencia es un fenómeno genético y universal. Su nacimiento está marcado por la maduración sexual y la potencialidad de procreación. Durante la pubertad se producen los cambios corporales asociados con las funciones propias de la reproducción y al mismo tiempo se activa la pulsión sexual, elemento psicológico correspondiente a las energías libidinales que necesitan la descarga de la tensión. Los cambios fisiológicos que se producen, se relacionan con los procesos corporales por un lado y con cambios psicológicos y de la autoimagen por otro, como lo corrobora Anna

³⁶ OMS, 2018. "Depresión" (Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 22 marzo 2018).

³⁷ Anna Freud, 1935. "El yo y el ello en la pubertad", en *El yo y los mecanismos de defensa*. (Buenos Aires: Paidós, 1965), 153.

Freud, *“el desarrollo psíquico es enteramente independiente de los procesos glandulares e instintivos”*³⁸.

Sin embargo, se puede encontrar un punto en que tanto la psicología tradicional y el psicoanálisis coinciden: La adolescencia es el lapso del desarrollo del ser humano más importante para el individuo ya que es allí en donde “reside el principio y raíz de la vida sexual, de la capacidad de amar y de la totalidad del carácter”³⁹.

³⁸ Anna Freud, 1935. “El yo y el ello en la pubertad”, 153.

³⁹ Anna Freud, 1935. “El yo y el ello en la pubertad”, 153.

2. VISIONES PSICOANALÍTICAS

2.1 La adolescencia en el psicoanálisis

Para efectos del presente trabajo se considera de vital importancia hacer un recorrido por algunos de los autores psicoanalíticos que más han estudiado la adolescencia.

Freud abordó por primera vez los procesos psíquicos de la adolescencia en 1905 en los *Tres ensayos de una teoría sexual*⁴⁰. Se interesó por estudiar los cambios consecutivos a la aparición de la pubertad en el tercer de esos ensayos que lleva por título “Las metamorfosis de la pubertad”. Allí Freud, aunque utilizaba el término “pubertad” apuntaba específicamente a las tareas psíquicas que debía cumplir el adolescente.

Así mismo, Freud propone que el segundo tiempo de elección de objeto se lleva a cabo durante la pubertad, cuando se producen los cambios que dan forma a la vida sexual que ya fue iniciada en las primeras elecciones de objeto de la infancia, proceso que se lleva a cabo entre los 2 y 5 años. “La elección de objeto de la pubertad tiene que renunciar a los objetos infantiles y empezar de nuevo como corriente sensual”⁴¹.

En la pubertad se instaura la supremacía de la zona genital y el objetivo de la reproducción y se manifiesta por la excitación de la zona erógena, por la intensa tensión interior, la urgente necesidad de descarga y por la gran excitación sexual psicológica que lleva a la masturbación, debido al gran poder del impulso y la imposibilidad de solucionarlo adecuadamente.

⁴⁰ Mauricio Fernández-Arcila, “Sucesivos aportes al concepto de adolescencia en la obra freudiana”, *Katharsis*, N°17 (enero-junio, 2014): 115-145.

⁴¹ Sigmund Freud. 1905c. “Tres ensayos de una teoría sexual”, en *Obras completas*. vol. 07, trad. José Luis Etcheverry (Buenos Aires: Amorrortu Editores, 2ed., 1976-80), 153.

Aberastury y Knobel⁴² sostienen que la juventud tiene su exteriorización característica de acuerdo a un marco cultural particular en el que se desarrolla la persona, pero subrayan que el proceso adolescente es un fenómeno que ocurre en todo ser humano más allá del lugar de ubicación geográfica y del momento histórico social que viva. Consideran que existe una base psicobiológica universal que se despierta en la pubertad con un cambio psicológico que hace que el individuo se reformule acerca de sí mismo para abandonar su autoimagen infantil y proyectarse hacia una adultez y para ellos esto tienen en común los adolescentes de todas las zonas geográficas en alguna medida. Las características de la cultura en la que vive favorecerán o dificultarán este proceso de distintos modos.

Para estos autores, este momento no puede transcurrir sin parecer anormal o patológico ya que en los duelos que se atraviesan y las defensas de tipo psicopático, fóbico o contrafóbico, maniático y esquizoparanoide despiertan comportamientos que a veces pueden parecer anormales.

La condición del adolescente se caracteriza por la pérdida y la renovación. Un estado en el que gradualmente tiene que ir abandonando el funcionamiento infantil, las relaciones infantiles con los padres, un cuerpo infantil y unas vivencias psíquicas de tipo infantil. Podría agruparse la labor de duelo del adolescente en tres ámbitos fundamentales: duelo por el cuerpo infantil perdido en donde el adolescente no pocas veces ve sus cambios como algo externo, como espectador impotente de lo que sucede en su propio organismo; el duelo por el rol y la identidad infantil que le obliga a una renuncia de la dependencia infantil y a una aceptación de responsabilidades, que en muchas ocasiones desconoce; y el duelo por los padres de la infancia a los que persistentemente trata de retener en su mundo interior, buscando el refugio y la protección que ellos significan.

Esta situación se ve complicada por la actitud de los propios padres que también tienen que aceptar su envejecimiento y el hecho de que sus hijos ya no son niños y sí en cambio adultos o como mínimo están en proceso de serlo. A estos

⁴² Arminda Aberastury y Mauricio Knobel, 1970. *La adolescencia normal: un enfoque psicoanalítico* (México: Paidós, 1999), 36.

duelos hay que añadir el duelo por la bisexualidad infantil que también se perderá en aras de conseguir una identidad sexual clara y definida.

En relación con lo anterior valdría afirmar que la adolescencia es el período entre la triste despedida de la infancia, del self y de los objetos del pasado, y una gradual entrada en el mundo adulto, lo que requiere una reorientación, transformaciones energéticas y estructurales y una drástica recomposición de toda la organización psíquica como lo expresa Louise Kaplan, la adolescencia es "*el adiós a la infancia*"⁴³.

Para comprender cabalmente el significado profundo y el dolor del duelo que tiene que efectuar el adolescente ante esas pérdidas, cabría decir que: "Aceptar la pérdida de la niñez, significa aceptar la muerte de una parte del yo y sus objetos para poder ubicarlos en el pasado"⁴⁴.

La adolescencia es una realidad evolutiva que arrastra una desorganización del estado anterior, difícil de sobrellevar. Se producen cambios en el comportamiento de tipo afectivo, fisiológico y psicológico, que alteran la percepción del tiempo y del espacio, la manera de ver el mundo y de relacionarse con los otros. Los sucesos los viven todos, pero de ninguna manera la adolescencia es vivida igual por todos.

El estado de potencialidad que conlleva en sí la adolescencia se relaciona con la actividad psíquica que se moviliza de acuerdo con Palazzini con los cambios corporales, al mismo tiempo que hace recomposición de lo existente, instala funciones nuevas: crece la capacidad de pensar, se complejiza el universo emocional, el encuentro sexual es orientado por la genitalidad, instalando nuevos sentidos y formas de vinculación, se potencia la creatividad junto a la apropiación simbólica de la capacidad reproductiva y se afirma la identidad sexual. De allí, la consecuencia de trastorno o patología cuando este proceso no encuentra espacio y condiciones apropiadas para su instauración. Es determinante haber podido ser

⁴³ Louise Kaplan, 1984. *Adolescencia: el adiós a la infancia* (Buenos Aires: Paidós, 2004).

⁴⁴ Aberastury y Knobel, 1984. *La adolescencia normal: un enfoque psicoanalítico*, 71.

adolescente. Françoise Dolto⁴⁵ lo destaca al describir la adolescencia como un segundo nacimiento en el que individuación y vulnerabilidad van de la mano.

Las dificultades que poseen los adolescentes para adaptarse a sus nuevas condiciones son comunes ya que la sexualidad se opone a su seguridad, por lo tanto pueden surgir síntomas histéricos, neuróticos y hasta enfermedades mentales graves.

La exacerbación del impulso sexual durante este período, revive la tendencia hacia los objetos incestuosos provocando una segunda situación edípica, aunque mitigadas por el desarrollo del Superyó que reprimirá esas tendencias.

Freud no manifestó un marcado interés en este momento de la vida debido a su idea revolucionaria de que la sexualidad comienza en la primera infancia y no en la pubertad y que la capacidad de amar y la normalidad o anormalidad están determinadas por las experiencias de las etapas pregenitales.

Para Luis Kancyper la adolescencia es tanto un punto de partida como de llegada, ya que es a partir de la adolescencia como punto de llegada que se puede desprender retroactivamente las “inscripciones y traumas que en un tiempo anterior permanecen acallados de una forma caótica y latente y adquieren en esta fase significación y efectos patógenos”. Por lo anterior, el autor afirma que “aquello que se silencia en la infancia suele manifestarse a gritos durante la adolescencia”⁴⁶.

A su vez, como punto de partida, la adolescencia puede describirse como el tiempo que posibilita la apertura hacia nuevas significaciones y logros a conquistar, dando origen a imprevisibles adquisiciones. En efecto, la adolescencia representa el “segundo apogeo del desarrollo”⁴⁷ sexual, la etapa privilegiada de la resignificación y de la alternativa en la que el sujeto tiene la opción de poder efectuar transformaciones inéditas en su personalidad.

⁴⁵ Françoise Dolto, 1988. *La causa de los adolescentes* (Barcelona: Seix Barral S.A., 1990), 36.

⁴⁶ Luis Kancyper, “Adolescencia: el fin de la ingenuidad”, *Querencia. Revista de Psicoanálisis*. N° 14 (Febrero-2013): 45.

⁴⁷ Sigmund Freud. 1925k. *Psicoanálisis (Artículo en la Enciclopedia Británica)*, en *Obras completas*. vol. 20, (Buenos Aires: Amorrortu Editores, 2ed., 1976-80),255.

La adolescencia es “el momento más importante y más dramático de la vida; representa un momento trágico: el fin de la ingenuidad”, como decía Balthus⁴⁸.

2.2 La depresión desde el psicoanálisis

A diferencia de la Psiquiatría, en el psicoanálisis la depresión es vista de otra forma. Los modelos psicodinámicos se encuentran fundamentalmente constituidos por hipótesis causales, mientras que los modelos psiquiátricos, se enfocan en la descripción de los síntomas.

El psicoanálisis ha dado lugar a diversas conceptualizaciones de lo que es la depresión. Desde esta perspectiva se suelen llevar a cabo tratamientos enfatizando los aspectos etiológicos de la enfermedad. Si bien no todos los autores desarrollaron marcos teóricos propios, sus aportes contribuyen al psicoanálisis desde la perspectiva clínica y también a los diversos tipos de psicoterapias de orientación psicoanalítica. Con posterioridad a las primeras propuestas teóricas de Freud, se destacan los aportes de Karl Abraham y Melanie Klein.

El término “depresión” no es precisamente propio de la teoría psicoanalítica, sino que proviene del campo psiquiátrico. A pesar de ello, el psicoanálisis ha desarrollado diversos modelos explicativos en relación con lo que hoy conocemos como trastornos depresivos. Freud y Abraham son los primeros en articular un modelo psicológico para intentar comprender y explicar los fenómenos melancólicos, que en la actualidad serían denominados “depresivos”.

Una de las primeras hipótesis explicativas sobre la melancolía la efectúa Freud situando sus orígenes en la sexualidad y el autoerotismo.

⁴⁸ citado en Luis Kancyper, “Adolescencia: el fin de la ingenuidad”, 45.

En la obra de Freud se encuentran una serie de referencias a lo que en la actualidad se podría denominar depresión, desde sus primeros manuscritos, pero las particularidades del fenómeno depresivo las desarrolla en *Duelo y melancolía*⁴⁹:

*El estado de melancolía se singulariza por una desazón profundamente dolida, una cancelación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de la productividad y una rebaja en el sentimiento de sí que se manifiesta como autorreproches y autodenigraciones. El rasgo particular que lo distingue del duelo sería que en este último no se observa la perturbación del sentimiento de sí*⁵⁰.

De acuerdo con Freud, el melancólico muestra algo que falta en el duelo: una extraordinaria rebaja en su sentimiento yoico, un enorme empobrecimiento del yo. En el duelo, el mundo se ha hecho pobre y vacío; en la melancolía, eso le ocurre al yo mismo.

Por lo anterior, puede decirse que la depresión no fue indiferente para Freud, fue en su ensayo *Duelo y melancolía*, en donde trabajó el tema específicamente y es en él donde desarrolló las ideas fundamentales para discernir los estados depresivos a través del esclarecimiento de los procesos psíquicos que intervienen en su génesis.

Más importante aún, *Duelo y melancolía* sienta las bases para comprender la formación de la personalidad psíquica. De un lado, la experiencia de pérdida se acompaña de la internalización en el yo del objeto perdido mediante los mecanismos de identificación, lo cual conduce, potencialmente, a la aceptación de la pérdida y al fin del duelo.

Por otro lado, el yo construye en este proceso una división en su estructura, por lo que una parte, identificada con el objeto perdido, es confrontada con otro

⁴⁹ Las referencias a los escritos de Freud se harán en adelante de acuerdo con la nomenclatura establecida en la bibliografía "*Escritos de Sigmund Freud, en orden de año de redacción, traducidos al castellano, incluye algunos hasta ahora inéditos y los publicados en las obras completas*", elaborada en 2019 por el profesor Mauricio Fernández (Medellín: manuscrito Universidad de Antioquia).

⁵⁰ Sigmund Freud. 1915g. "Duelo y Melancolía", en *Obras completas*, Vol. 14. Trad. José Luis Etcheverry (Buenos Aires: Amorrortu, 2ed., 1976-80), 242.

sector del psiquismo. Este última parte le dirige reproches, que en su origen estaban destinados al objeto, pero que ahora son vueltos contra sí mismo.

En la medida en que dicha carga de hostilidad genera los reproches, al interiorizarse expresa el sadismo superyoico que castiga al desvalido yo, ahora también culpable por la pérdida del objeto. Los diversos mecanismos puestos en juego harán la diferencia entre el duelo con su adecuada resolución y la depresión propiamente dicha. El entendimiento de la relación entre el yo y el superyó, la peculiar tensión que se establece entre estas dos instancias psíquicas, llevó a Freud a considerar, unos años más adelante en *Neurosis y psicosis* y una vez consolidada la teoría del aparato psíquico, que la melancolía es la auténtica “psiconeurosis narcisista”⁵¹.

Unos años antes del trabajo realizado por Freud con relación a la depresión, Abraham en 1911⁵², comparó los trastornos depresivos con los obsesivos diferenciándolos, a su vez, a partir de las variaciones correspondientes en su evolución libidinal: las manifestaciones más regresivas de la libido se encuentran en los trastornos depresivos, mientras que los trastornos obsesivos serán más evolucionados en términos libidinales.

Con el tiempo, Abraham⁵³ subdividió las etapas libidinales, precisamente porque reconoció el papel significativo de la agresión pulsional en la relación con el objeto y por consiguiente en la formación del yo. Con base en su esquema de la evolución libidinal, Abraham situó a la melancolía como una enfermedad fijada en la etapa oral canibalística, lo que la vuelve una afección muy primitiva, caracterizada por intensos afectos de odio y hostilidad en la relación objetal, así como con graves fallas narcisistas que se evidencian en las experiencias de frustración y decepción.

⁵¹ Sigmund Freud. 1923h. “Neurosis y psicosis”, en *Obras completas*. vol. 19, trad. José Luis Etcheverry (Buenos Aires: Amorrortu Editores, 2ed., 1976-80), 158.

⁵² Karl Abraham, 1911. “Notas sobre la investigación y tratamiento psicoanalíticos de la locura maniaco-depresiva y condiciones asociadas”, en *Psicoanálisis clínico* (Buenos Aires: Lumen/Hormé, 3a ed., 1994), 105.

⁵³ Karl Abraham, 1924. *Un breve estudio de la evolución de la libido, considerada a la luz de los trastornos mentales* (Barcelona, España: Hormé, 1980).

Por su parte Melanie Klein amplía las nociones anteriores y desarrolla una concepción psicoanalítica original que reformula la teoría freudiana y enriquece la exploración clínica del mundo interno al situar en primer plano la comprensión de la naturaleza de la fantasía psíquica.

Para Klein la depresión es estructurante del psiquismo cuando señala que la pérdida del pecho es la experiencia prototípica de toda pérdida ulterior que se elabora -no sin culpa ni dolor- mediante la recreación simbólica del pecho perdido transformado ahora en un objeto interno dentro de la realidad psíquica. El conflicto entre las pulsiones de vida y de muerte es determinante para promover el desarrollo de la personalidad y el crecimiento mental cuando logra predominar el amor sobre el odio; por el contrario, cuando éste triunfa sobre aquel, surge angustia, soledad y depresión clínica entre otras manifestaciones mórbidas.

Continuando con la mirada de otros autores postfreudianos, Hugo Bleichmar por su parte afirma que “la manifestación de la depresión depende tanto del elevado ideal narcisista como de la imagen de sí desvalorizada o de la agresividad de la conciencia crítica” ⁵⁴.

De igual manera, señala que estos factores causales no se adquieren en un momento determinado del desarrollo, sino que se estructuran a lo largo de la vida del sujeto. Los acontecimientos en sí no serían los determinantes, sino que la importancia radica en la resignificación *après-coup*.

Bleichmar, en su artículo “Algunos subtipos de depresión, sus interrelaciones y consecuencias para el tratamiento psicoanalítico”, describe los componentes que pueden ser considerados como característicos del estado depresivo así:

a) Fijación a cierto deseo que ocupa un lugar central en el mundo interno de sujeto y que es sentido como no realizable.

b) Una representación de sí mismo como impotente/indefenso para satisfacer ese deseo.

⁵⁴ Hugo Bleichmar, 1976. *La depresión: un estudio psicoanalítico*. col. Emilce Dio de Bleichmar (Buenos Aires: Nueva Visión, 2a ed., 1978), 17.

c) Los componentes afectivos y motivacionales que acompañan a las dos condiciones mencionadas (el afecto depresivo y cierto grado de inhibición psicomotriz)⁵⁵.

Así mismo, el autor afirma que bajo la denominación de depresión se designa habitualmente tanto al cuadro clínico caracterizado por la presencia de elementos diversos (tristeza, inhibición psicomotriz, autorreproches, visión pesimista de la vida), como al solo estado afectivo, aun cuando falten todos los otros elementos mencionados. Así, es común escuchar que alguien se encuentra deprimido cuando se encuentra triste⁵⁶ reflejándose así una concepción causal, en donde la tristeza es elemento que activa a los demás que serían su consecuencia.

Todos los sujetos afectados de depresión, más allá de las diferencias, sienten que algo se ha perdido, como afirma Bleichmar siguiendo a Freud, quien definió la depresión como la reacción a la pérdida del objeto, siendo esta la condición para la depresión y la esencia de la misma la imposibilidad de realización de un deseo.

2.3 Los trastornos del ánimo en la adolescencia

Es un hecho que la adolescencia sitúa al sujeto entre un entristecedor adiós a la niñez y un panorama hacia la vida adulta lleno de posibilidades desconocidas aún, que le generan un sinnúmero de ansiedades pero también de esperanzas con la superación gradual de ese pasado que ha dejado atrás. Este proceso exige una reorientación completa, con cambios estructurales y energéticos que conllevan a una reorganización psíquica.

⁵⁵ Hugo Bleichmar, 2003. "Algunos subtipos de depresión, sus interrelaciones y consecuencias para el tratamiento psicoanalítico", *Aperturas Psicoanalíticas: Revista de Psicoanálisis*, N° 14 (2003).

⁵⁶Bleichmar, 1976. *La depresión: un estudio psicoanalítico*, 11.

Una de las características más importantes de la adolescencia la constituye las oscilaciones en los estados de ánimo que son atribuidos por muchos autores a los cambios psicobiológicos que tienen que sobrellevar. La ansiedad, confusión, desorganización y un regreso a posiciones infantiles hacen parte de una gama de emociones con las que los adolescentes tienen que luchar, sin dejar de un lado el impulso que siente para seguir hacia adelante.

Por su parte, Helene Deutsch⁵⁷ caracterizó la adolescencia como *un “choque” entre fuerzas progresivas y regresivas*, por lo que se produce una disolución de estructuras y organizaciones del pasado que se unen a la formación de estructuras nuevas que ahora se vuelven dominantes. Según ella, por tanto, el adolescente se verá obligado a regresar a diversos estadios de su infancia y a “restablecer tipos narcisistas primitivos de relación de objeto y de identificación, que pueden llegar hasta una refusión con objetos”⁵⁸.

La infelicidad presente en el adolescente es la expresión de su dolor por la renuncia que tiene que hacer por los objetos de amor de la infancia, no puede volverlos a vivir y no alcanza todavía nuevos logros y placeres personales que lo motiven para alejar la tristeza y la añoranza de su vida⁵⁹.

En otros momentos el adolescente necesita de espacios de soledad para dedicarse a la introspección en beneficio de su crecimiento mental, puede tener expresiones de felicidad abrumadora causada en su mayoría por logros realizados, por intereses nuevos relacionados con el sexo opuesto o por su grupo de iguales o por triunfos narcisistas relacionados con el sexo y el amor que lo hacen sentirse posicionado en su nuevo rol.

La intensidad emocional propia de este momento que vive el adolescente, lo lleva a que transcurran períodos de tiempo en los cuales queda inmerso y distraído

⁵⁷Edith Jacobson, 1961. “Los adolescentes: sus estados de ánimo y la remodelación de sus estructuras psíquicas”, *Revista de Psicoanálisis*, Tomo XVII, N° 3 (1985): 517. Citando a Helene Deutsch, *The Psychology of Women*, Gme & Stratton, Nueva York, vol. 1. [Hay trad. cast.]

⁵⁸ citada por Edith Jacobson, 1961. “Los adolescentes: sus estados de ánimo ...” 531.

⁵⁹ Jacobson, 1961. “Los adolescentes: sus estados de ánimo ...”, 531.

en pensamientos o situaciones que los ocupan gran parte de su tiempo, situación que puede convertirse de alto riesgo para desarrollar estados depresivos o de exaltación que desaparecerán con la aparición de nuevos objetos de amor o de un nuevo y adulto sí mismo exitoso.

2.4 ¿Depresión “normal” o estado de duelo?

Para muchos autores la adolescencia es un período crítico en el desarrollo y por lo tanto conlleva cambios, angustia y aflicción. Para otros, por el contrario, es un momento lleno de oportunidades y de renovación, de nuevas adquisiciones internas dentro del aparato psíquico y externas en el cuerpo, en la familia y en la sociedad. Tales adquisiciones en ocasiones son experimentadas con alegría y júbilo desbordante. Pero para el adulto estas manifestaciones del adolescente igualmente pueden ser motivo de encasillamiento y patologizaciones, lo que vuelve a poner al adolescente en un lugar de riesgo.

La adolescencia vista como un momento fundamental de desarrollo de todo individuo, es descrita con frecuencia en términos que se aplicarían también a la descripción de una depresión. Si se habla de adolescencia, la relación que se hace automáticamente es sin duda con la tristeza, aflicción y melancolía. La observación cotidiana, dentro y fuera del quehacer clínico, nos ofrece numerosos ejemplos de adolescentes pasando largas horas invadidos por un aburrimiento o desinterés a veces difícil de movilizar y cuando se tiene un acercamiento basado en la confianza, se puede corroborar que tal impresión no es solo desde lo externo, puede confirmarse entonces, que se trata a menudo de sentimientos de culpabilidad, decepción y aislamiento, en el que la poca estima de sí mismo alterna con momentos de omnipotencia triunfante.

En las teorías psicoanalíticas se encuentran diferentes miradas a este respecto y por lo tanto diferentes miradas acerca del duelo:

En la segunda década del siglo XX, tanto Karl Abraham como Sigmund Freud dedicaron algunos de sus trabajos al duelo, a la melancolía y a otras patologías con características similares. En 1912, Abraham estableció un paralelo entre la angustia y la depresión. *La depresión será al duelo lo que la angustia es al miedo*. Para él el duelo es la emoción normal que corresponde a la depresión. Por otro lado, Freud en 1915, comparó los trastornos psíquicos narcisistas y la melancolía. *La melancolía será al duelo lo que el trastorno psíquico es a la psicología del sueño*. Así como la psicología de los sueños nos permite comprender la sintomatología de los trastornos psíquicos narcisistas, el estudio del duelo debe permitirnos comprender la melancolía ⁶⁰.

La primera referencia a la aflicción en la adolescencia la realiza Nathan Root, en 1957 ⁶¹, quien la relaciona con el desprendimiento afectivo de los padres y con la orientación hacia nuevos objetos.

En 1958, Anna Freud en su trabajo sobre adolescencia relaciona las dificultades del trabajo terapéutico con adolescentes a las de aquellos que están en duelo o han sufrido una pérdida amorosa reciente, resaltando lo que tienen en común desde lo emocional y lo comportamental estos estados: “El adolescente está empeñado en un lucha emocional de extremada urgencia e inmediatez. Su libido está a punto de desligarse de los padres para catectizar nuevos objetos. Son inevitables el duelo por los objetos del pasado y los amoríos afortunados o desafortunados” ⁶².

Por su parte E. Jacobson⁶³ relaciona los estados de depresión y desesperanza con graves sentimientos de culpa, vergüenza y desconfianza en sí mismo y afirma que el adolescente debe renunciar a sus anteriores metas y

⁶⁰ Marcelli Daniel & Alain Braconnier, 1983. “El problema de la depresión”, en *Manual de psicopatología del adolescente* (España: Elsevier, 1983), 201-218.

⁶¹ Ana Gutiérrez López, 2002. “Duelo y adolescencia”, *Revista del Centro Psicoanalítico de Madrid*, No 5 (2004). Esta mención a Root ya la había hecho Edith Jacobson en su artículo de 1961 (p. 516), y es reiterada por Rodolfo Urribarri (1990, 46).

⁶² Ana Gutiérrez López, 2002. “Duelo y adolescencia”. La cita secundaria corresponde a : Anna Freud, 1957. “La adolescencia”, en *Psicoanálisis del desarrollo del niño y del adolescente*. Trad. Stella B. Abreu, Inés Pardo y Carlos E. Saltzmann (Buenos Aires: Paidós, 1976) ,172.

⁶³ Jacobson, 1961. “Los adolescentes: sus estados de ánimo ...”, 516

acomodarse a las nuevas más rápidamente o de manera más acelerada que en otro momento de su vida.

Peter Blos⁶⁴, expone el duelo y el enamoramiento como dos estados afectivos fundamentales dentro de la adolescencia. El duelo lo describe como el afecto siguiente al desprendimiento de las representaciones parentales infantiles, pero no desconoce el júbilo presente por sentirse independiente de sus progenitores interiorizados. De igual manera resalta los estados de egolatría, exaltación y ensimismamiento que se dan por la inundación libidinal del self y su reconexión con los nuevos objetos libidinales.

Para Fernández-Mouján⁶⁵ la pérdida en la adolescencia coexiste con un renacer y se evidencia la transformación de los objetos de amor en nuevas configuraciones: nuevos amigos, hobbies, promiscuidad sexual, entre otros. El duelo se complementa con la visión de pérdida que tiene todo cambio y con la visión de descubrimiento y desarrollo que lleva implícito. Para esto se deben realizar tres procesos: *pérdida, logro y descubrimiento*.

Así mismo, Fernández-Mouján afirma que durante el proceso de duelo que experimenta el adolescente pueden aparecer equivalentes depresivos que expresan dificultades en la elaboración de ese duelo tales como:

...problemas de piel, obesidad, cefaleas o trastornos gastrointestinales. Cuando la angustia se hace muy intensa y no se puede controlar lo más temido, que es la falta de límites, aparece como su expresión más patética el miedo a la muerte y a la despersonalización ⁶⁶.

⁶⁴ Peter Blos, 1967. "El segundo proceso de individuación de la adolescencia", en *La transición adolescente*, Trad. Leandro Wolfson (Buenos Aires: Amorrortu, 1981), 138.

⁶⁵ Octavio Fernández Mouján, 1968. "Naturaleza de la adolescencia", en *Abordaje teórico y clínico del adolescente*. (Buenos Aires: Nueva visión, 1997), 17-31.

⁶⁶ Octavio Fernández Mouján, 1984. "El trabajo de duelo durante la adolescencia", en *Adolescencia de la metapsicología a la clínica*. comp. Susana Quiroga, 239 (Buenos Aires: Amorrortu, 1984). Citado en Ana Gutiérrez López, 2002. "Duelo y adolescencia".

Quienes se han detenido específicamente a describir el proceso de duelo durante la adolescencia han sido Arminda Aberastury y Mauricio Knobel. Por una parte, consideran la adolescencia como un fenómeno específico dentro de toda la historia del desarrollo del ser humano y por otra, estudian su expresión circunstancial de tipo geográfico y temporal histórico-social. Afirman que el elemento sociocultural influye con un determinismo específico en las manifestaciones de la adolescencia, pero también tienen en cuenta que tras esa expresión sociocultural existe una base psicobiológica que le da características universales.

Para estos autores es posible encontrar rasgos de adolescentes que parecen patológicos pero que por ser tan frecuentes, pueden y deben ser normales. La mayor o menor anormalidad del “síndrome normal” como se refieren a la adolescencia, se deberá en gran parte, a los procesos de identificación y de duelo que haya podido realizar el adolescente. En la medida en que haya elaborado los duelos, que son en última instancia los que llevan a la identificación, el adolescente verá su mundo interno mejor fortificado y, entonces, esta normal anormalidad será menos conflictiva y por lo tanto menos perturbadora.

Ellos se refieren específicamente a las características presentes en los adolescentes, llamándolas “sintomatología” de la adolescencia, con relación a su mirada desde lo patológico:

*búsqueda de sí mismo y de la identidad, tendencia grupal, necesidad de intelectualizar y fantasear, crisis religiosas, desubicación temporal, evolución sexual, tendencias anti-sociales de diversa intensidad, contradicciones en la conducta, separación progresiva de los padres y constantes fluctuaciones de humor*⁶⁷.

De otro lado, consideran que el adolescente transita por tres duelos fundamentales: el duelo por el cuerpo infantil perdido, el duelo por el rol y la identidad infantiles y el duelo por los padres de la infancia. Se unen a estos, el duelo por la bisexualidad infantil también perdida. Las manifestaciones de estos duelos varían ampliamente según todo el complejo psicodinámico del duelo normal, pero

⁶⁷ Aberastury y Knobel, 1970. *La adolescencia normal: un enfoque psicoanalítico*.

en ocasiones, transitoria y fugazmente, adquieren las características del duelo patológico.

Para Louise Kaplan⁶⁸, los cambios significativos y evidentes que ocurren durante la adolescencia, tanto desde lo físico como desde lo psíquico, pueden tener un efecto más decisivo e inmediato sobre la evolución de la mente humana que los acontecimientos de la niñez. Considera que el pasado de la infancia se infiltra en el presente del adolescente y este lo utiliza como herramienta para elaborar y resolver la crisis que está atravesando y para completar ese pasaje de la infancia a la edad adulta se requiere de una clase especial de desplazamiento del deseo.

La adolescencia es el período entre la triste despedida de la infancia, del self y de los objetos del pasado, y una gradual entrada en el mundo adulto, lo que requiere una reorientación, transformaciones energéticas y estructurales, y una drástica recomposición de toda la organización psíquica. En acertada expresión de Kaplan, la adolescencia es "*El adiós a la infancia*".

Para la autora, la adolescencia presenta unas características que la describen claramente: transcurre por períodos de abstinencia y de claudicación, se presenta el ascetismo y la intransigencia en los pensamientos y las actitudes, se libra una ardua batalla contra el deseo, se transfiere el deseo incestuoso a otro objeto de amor (a veces a través de la fuga), se siente persecución por el mundo adulto, se da la reversión en odio en contra de los padres o de sí mismo y puede presentarse un absoluto sometimiento emocional a los padres⁶⁹.

Lo característico de la adolescencia es la ansiedad del yo ante la amenaza del desarrollo pulsional, un yo que quedó formado en la infancia y que tiene que desplegar las más variadas defensas para sobrevivir ante la presión instintivo-pulsional. Los deseos edípicos son experimentados dentro del contexto de una

⁶⁸ Kaplan, 1984. *Adolescencia: el adiós a la infancia*, 118.

⁶⁹ Kaplan, 1984. *Adolescencia: el adiós a la infancia*, 118.

persona que posee genitales maduros físicamente pero un Yo inmaduro todavía, por lo que aparecen defensas que alejen el peligro del incesto, buscando un equilibrio de compromiso entre lo que es deseado y lo que para el superyó es permitido. Por la renuncia del pasado, el adolescente idealiza lo perdido.

Finalmente, para Rodolfo Urribarri⁷⁰ la adolescencia es un proceso de cambio y de transformación, no la considera solo un momento dentro del desarrollo del ser humano sino que la ve como un proceso que tiene implicaciones normales y eventualmente patológicas que pueden proyectarse inclusive en la adultez, especialmente en el ámbito de la creatividad. Evita patologizar la normalidad. Para él es importante analizar tanto los procesos evolutivos, los replanteos teóricos y la relación con la clínica, como la importancia de las modificaciones y los padecimientos adolescentes con respecto a la vida y los trastornos en la adultez.

Para Urribarri, a diferencia de otros autores, el adolescente no elabora duelos sino que se reapropia del propio cuerpo, de su historia y de su vida. No hace duelo por la infancia como un paraíso perdido, sino que se da cuenta de que no volverá a ser lo que fue y esa añoranza que se genera, unida a las angustias y dificultades propias de la crisis adolescente y del tránsito a la adultez que está viviendo, puede ser confundida con la tristeza de un duelo, pero tiene un origen diferente.

Es por esto último que el autor cuestiona el enfoque clásico de Aberastury y otros autores acerca de los duelos como trabajo central en este momento de la vida. Dicho enfoque patologizaba unas conductas normales, que son resultantes del interés del adolescente por lo nuevo y favoreció el considerar a los adolescentes como cercanos a los psicópatas u opositoristas desafiantes.

El autor prioriza el entusiasmo que genera el crecimiento y la maduración puberal por sobre los sentimientos de pérdida, por lo que prefiere hablar de lo que

⁷⁰ Rodolfo Urribarri, 1990. "Adolescencia, duelo y a posteriori", en *Adolescencia y clínica psicoanalítica* (México: Fondo de cultura económica, 2015), 46-64.

el adolescente deja, resigna, cambia y transforma. Opina que la adolescencia debe ser vista y estudiada como un momento de oportunidades.

Para Urribarri la adolescencia es:

Un momento de la vida que implica nuevas articulaciones del mundo simbólico para enfrentar un plus sin significar, un momento de apropiación de la herencia deseante e identificatoria, procesos de desidentificación con el consiguiente dolor y pérdida de límites, y momentos de ruptura en que entra en el dominio del más allá del principio del placer⁷¹.

Por otra parte, no puede desconocerse, como se ha expuesto en los capítulos iniciales de este escrito, la influencia que la cultura, la familia y la sociedad tienen sobre la adolescencia. El duelo que experimentan los adolescentes no es ajeno a dicha influencia.

Vivir implica necesariamente atravesar por una serie sucesiva de duelos. El crecimiento trae consigo pérdidas de logros y de relaciones que impactan al yo como procesos del duelo, pero no en todas las culturas se experimenta de la misma forma. En algunas culturas esta transición no implica una afectación emocional devastadora, por el contrario, es un momento en donde el adolescente es ubicado en un lugar de privilegio integrándose a la sociedad de los adultos.

La adolescencia no es comparable con tensión y conmoción sino que depende de las condiciones culturales por las que esté siendo influida.

Otro de los aspectos importantes que tiene relación con el desarrollo de los duelos en la adolescencia es el cambio en las dinámicas familiares. Cada vez más los adolescentes pertenecen a familias monoparentales, son hijos de madres que asumen la crianza de sus hijos sin el apoyo de un padre, en donde en muchos casos son el único progenitor visible y hay ausencia del soporte para integrar los aspectos escindidos de la relación. En otros casos, los adolescentes son hijos únicos donde

⁷¹ Abel Mario Fainstein, 2015. "Prólogo", en Urribarri, 2015. *Adolescencia y clínica psicoanalítica*, 14.

la proyección del narcisismo de los padres se ha centrado, hijos que cargan y asumen todas las expectativas, exigencias y necesidades de sus padres que asumen esa retribución obligatoria por parte de sus hijos en contraprestación a que lo han dado todo por ellos.

Es entonces, en razón de la imposibilidad del adolescente para romper con esa relación narcisista o simbiótica con sus padres que el duelo, en esta ocasión del adolescente, se vuelve una tarea destinada al fracaso, que se proseguirá con la instalación de manifestaciones depresivas.

Es importante entonces, diferenciar los estados depresivos normales que puede llegar a tener un sujeto en su proceso adolescente, de una depresión propiamente dicha. Según lo planteado por Baldicera y Rohnelt⁷² en el proceso adolescente normal se ven implicados sentimientos depresivos debido al reordenamiento simbólico de las representaciones que se desligan del self infantil y sucesivamente se van incorporando otras para dar paso a una nueva subjetividad adolescente.

En conclusión, se ha visto cómo el duelo, la tristeza, la pérdida del objeto de amor y la agresividad, entre otras condiciones de la adolescencia, son aspectos propios de los procesos normales de este momento de la vida, pero no se puede desconocer que las situaciones psicodinámicas características de la adolescencia pueden abrir la puerta para que se desarrolle una verdadera depresión; por lo que no puede excluirse que la propensión a la depresión es inherente a la adolescencia. Al tener en cuenta esta perspectiva resulta una simplificación el diagnosticar como “depresión” las manifestaciones del adolescente solamente a partir de los criterios diagnósticos descriptivos y sintomáticos que hacen parte de lo que hoy definen los manuales psiquiátricos como “depresión”.

⁷² Baldicera, C. y Rohnelt, V. “Depressão na adolescência: uma problemática dos vínculos”, *Psicologia em Estudo*, Vol. 17, No. 1(2012): 89-91.

3. FACTORES PSICODINÁMICOS EN LA DEPRESIÓN ADOLESCENTE

Describir, comprender y explicar los procesos relacionados con la depresión es un problema complejo que ha sido, es y será uno de los elementos centrales de atención en la clínica psicológica. Desde la teoría psicoanalítica la atención de algunos autores se ha concentrado en explicar los procesos psicodinámicos desarrollados durante la adolescencia que favorecen la aparición de la depresión.

Factores como la ambivalencia, los conflictos con la agresividad, las inevitables pérdidas que sufre el adolescente, las dificultades narcisistas y la pérdida de identidad, la severidad del superyó que involucra sentimientos de culpa y vergüenza muy dolorosos para el adolescente y el resurgimiento del conflicto edípico entre otros, incluyendo los factores del desarrollo y los ambientales, hacen parte de la psicodinamia de la depresión.

Karl Abraham⁷³ insistió sobre la semejanza entre individuos deprimidos y obsesivos fundada en la profunda ambivalencia que se da en ambos hacia los demás. La búsqueda de amor queda bloqueada por fuertes sentimientos de odio, que a su vez están reprimidos debido a la incapacidad del individuo para reconocer su extrema hostilidad.

La ambivalencia presente en la adolescencia hace referencia a lo deprimido, en donde la pérdida del objeto supone sentimientos de amor y odio: de amor porque desea continuar con la unión libido-objeto y de odio porque desea la pérdida del objeto, desligando la libido de él. El odio recae sobre su yo como sustitución de objeto "*insultándolo, denigrándolo, haciéndolo sufrir*"⁷⁴. Esta lucha entre el amor y el odio permanece a nivel inconsciente.

La ambivalencia puede referirse también a la elección de objeto y esto hace al adolescente vulnerable frente a la promiscuidad, a relaciones afectivas inestables

⁷³ Abraham, 1911. "Notas sobre la investigación y tratamiento de la locura maníaco - depresiva y condiciones asociadas", 108-9.

⁷⁴ Sigmund Freud. 1915g. "Duelo y Melancolía", 248-9.

y a relaciones conflictivas con sus padres y con las figuras de autoridad. Tal conflicto puede vincularse con síntomas depresivos.

Puede decirse que la agresividad es inherente a la adolescencia, no existe adolescente que dentro de sus comportamientos y actitudes no haga uso de ella para expresar la hostilidad y el resentimiento de manera abierta. En la infancia, el niño interioriza una representación del objeto amado y lo introyecta. Como consecuencia, la ira y la agresividad que se dirigía al objeto de la infancia, en la adolescencia, al perderlo, aquella es dirigida hacia una parte del propio yo.

Cabe anotar, de acuerdo con Bleichmar que *“No hay acuerdo en el psicoanálisis acerca del papel que la agresión desempeña en el origen de la depresión y de las relaciones entre ambas”*. Así mismo, las posiciones al respecto difieren ampliamente:

a) La agresión como condición universal y necesaria en todas las depresiones, y como causa fundamental de las mismas. (M. Klein 1935, 1940) es la representante más radical de esta línea de pensamiento. b) La agresión como presente en ciertos casos pero siendo la causa central y universal un descenso en la autoestima debido a fijación a experiencias de impotencia/indefensión (Bibring, 1953). c) La agresión como una defensa, un fenómeno secundario que es respuesta a una falla del objeto externo, falla que genera dolor y rabia narcisista (Kohut 1971, 197). d) La agresión está presente en ciertos casos, pero la dinámica central de la depresión se relaciona más específicamente con las experiencias de impotencia y pérdida de la autoestima (Bibring, 1953) ⁷⁵.

De igual manera, Jocelyn Catty citando a Bleichmar considera que:

...el enfoque que las teorías psicoanalíticas le otorga a la agresión en relación con la depresión, ha sido especialmente importante para ayudar a comprender los severos niveles de auto-reproche y autocrítica que se pueden encontrar en muchos pacientes deprimidos, aunque hay debates en curso dentro del psicoanálisis sobre el papel que la agresión juega en la génesis de la depresión ⁷⁶.

El narcisismo juega un papel importante en las respuestas emocionales de los adolescentes. Dentro del curso de la adolescencia, el narcisismo se ve

⁷⁵ Bleichmar, 2003. “Algunos subtipos de depresión...”.

⁷⁶ Jocelyn Catty, 2017. “Psychoanalytic views of adolescent depression”, in Catty, Jocelyn — editor—. *STPP for adolescents with depression* (Londres: Karnac Books, 2017), 13.

acentuado contribuyendo a un proceso regresivo. Marcelli⁷⁷ afirma que no hay depresión sin regresión narcisista, pero le da gran importancia al hecho de que sea esta regresión lo que origina otros procesos propios de la adolescencia tales como la ira, la venganza, el sentimiento de inferioridad y la minusvalía, inicio en muchos casos, de comportamientos agresivos en contra de los demás o de sí mismo.

Para Hugo Bleichmar la depresión depende tanto del elevado ideal narcisista como de la imagen de sí desvalorizada o de la agresividad de la conciencia crítica, pero señala que estos factores causales no se adquieren en una época determinada del desarrollo, sino que se estructuran a lo largo de la vida.

Los acontecimientos en sí no tienen importancia, sino en el modo en que el sujeto les da un significado. No se trata de minimizar los sucesos que aparentemente originan la depresión, sino cómo el sujeto los percibe y cómo los elabora posteriormente.

Bleichmar subraya que predisponen a una depresión narcisista todos los factores que tienden a crear un elevado ideal narcisista, más aspiraciones del yo ideal como metas inalcanzables, todo ello junto a la construcción de una representación desvalorizada de sí⁷⁸.

Es así como se puede relacionar a la depresión con el narcisismo y el ideal del yo. El adolescente se toma a sí mismo como el objeto de amor pero con un ideal inalcanzable y cuando este ideal no se logra ocurre el colapso narcisista o la depresión asociados a la culpa y al objeto perdido⁷⁹. El adolescente se siente culpable y se auto reprocha por no haberlo podido conservar.

Puede entonces relacionarse la depresión adolescente con la fijación de un deseo inconsciente por un objeto de amor perdido que se quiere recuperar pero que es inalcanzable e irrecuperable. Ante la prohibición que tiene el adolescente para

⁷⁷ Marcelli & Braconnier, 1983. "El problema de la depresión", 207.

⁷⁸ Alejandro Ávila, 1990. "Psicodinámica de la depresión", *Anales de Psicología*, Vol. 6 N° 1 (1990): 51, citando a Hugo Bleichmar, 1976. *La Depresión...*

⁷⁹ Inicialmente este objeto de amor se encontraba fuera del sujeto pero luego se internalizó en el yo.

acceder a ese objeto de amor y así evitar el incesto, se instala una instancia de vigilancia en el interior del yo conocida como superyó para que se vuelva inaccesible la satisfacción del deseo y se debilite la agresividad. Así se forma la conciencia moral, al introducir el primer sentimiento de culpa por el parricidio.

Posteriormente aparece la angustia frente al superyó en donde a pesar de la renuncia por ese objeto de amor hay una necesidad de castigo, siendo una desventaja para la economía libidinal. Lo cual se puede relacionar con las dos categorías del superyó; por un lado un superyó moralista, de valores ideales y por el otro, un superyó tiránico bajo la exigencia de un sadismo arcaico.

Es en la adolescencia donde el sujeto se ve confrontado a renunciar a su mundo infantil, lleno de ilusiones, sueños y esperanzas, contenidas en no pocas ocasiones en el amor parental. Es ese amor el que en la adolescencia se transforma, obligando al adolescente a realizar esa transición a la adultez, a ingresar poco a poco en un mundo que muchas veces se muestra hostil y altamente demandante.

En la adolescencia, el objeto de amor de la infancia ahora ya no está y ese deseo por acceder a él que reaparece en las fantasías inconscientes que acompañan la masturbación, puede generar una pesada culpa en el adolescente.

La culpa a su vez lo sumerge en un estado de angustia tal que no le permite otra cosa que denigrarse, criticarse y reprocharse a sí mismo, no entiende lo que le pasa, siente que le falta vida y que perdió algo. A veces esta angustia puede encontrarse enmascarada en agresividad, rechazo, rebeldía, irritabilidad o retraimiento.

Por otro lado, durante la adolescencia con frecuencia el sujeto se ve inmerso en un sin fin de separaciones, rupturas y a la pérdida del objeto de amor. Quizás la separación de su familia es la manifestación de pérdida más evidente que el adolescente enfrenta. Dicha separación no se relaciona solamente con alejarse de los miembros de su familia, sino con el rol, con el lugar que ocupaba en ese momento de la vida y con los lazos de dependencia que tenía con sus padres. De

igual manera, hay cambios significativos en cuanto a la vida social, los amigos, la escuela, los gustos e intereses que se modifican de acuerdo con las nuevas circunstancias, responsabilidades y proyectos.

Las teorías psicodinámicas postulan la pérdida del objeto amado como un factor clave de la depresión, pero no comparten la hipótesis de la ira interiorizada. Las pérdidas tempranas han hecho que la autoestima dependa de la aprobación y el afecto de los demás. Así, se ven incapaces de superar la frustración cuando son rechazados, criticados o abandonados.

Hay dos pérdidas fundamentales que debe asumir el adolescente y que se presentan de manera simultánea: la pérdida de objeto y la pérdida narcisista. Según Marcelli dichas pérdidas pueden resumirse en cuatro niveles: "a nivel del cuerpo, a nivel de los padres, a nivel del grupo y a nivel de sí mismo, de sus movimientos y de sus formaciones psíquicas"⁸⁰.

Tales pérdidas obligan al adolescente a tomar decisiones frente a su nueva condición, por ejemplo en lo que concierne a su sexualidad eligiendo objetos nuevos, remodelando sus formaciones psíquicas (yo, ideal del yo), o en el desligamiento de la moral recibida de sus padres para empezar a gestar la propia; todo lo cual genera en él angustia y frustración.

Por otra parte, cuando el yo del adolescente se enfrenta a la frustración aparece como consecuencia de ello la pérdida de la autoestima y sentimientos depresivos, expresados en sentimientos de inutilidad, culpa, fracaso y una sensación de pérdida de autonomía o de control. Los adolescentes tienen un poderoso anhelo de perfección, por lo que se hacen vulnerables a las críticas de los demás y de ellos mismos.

Las experiencias de pérdida que vive el adolescente los lleva a tener sentimientos de impotencia y de minusvalía, como lo cita Catty "lo que ha perdido el depresivo no es necesariamente un objeto de amor sino también un conjunto de

⁸⁰ Marcelli & Braconnier, 1983. "El problema de la depresión", 205.

aspiraciones o una visión de sí mismo”⁸¹. Esta condición permite al adolescente deprimido identificarse con el objeto perdido y con un superyó severo.

Según Catty, “Freud describió cómo, en una melancolía, la destructividad se encuentra concentrada en el superyó”⁸². La composición entre el superyó severo y la identificación narcisista podría relacionarse directamente con la pulsión de muerte, que se ve claramente en el pensamiento adolescente en el que prevalecen la fuerte tendencia hacia la autodestrucción, lo que puede resultar en un suicidio cuyo objetivo principal sería aliviar el dolor de la vida y obtener la paz que no se tiene sino después de la muerte.

⁸¹ Catty, 2017. “Psychoanalytic views...”, 16.

⁸² Catty, 2017. “Psychoanalytic views...”, 18.

REFLEXIONES Y CONSIDERACIONES FINALES

A lo largo de este escrito se ha intentado mostrar de qué manera la depresión, específicamente en la adolescencia, puede ser entendida y abordada desde perspectivas diferentes al enfoque psiquiátrico centrado exclusivamente en los aspectos sintomáticos o biológicos del problema. Esto no significa que a la hora de aproximarse al problema de lo depresivo en la adolescencia, haya que descuidar la dimensión biológica.

En el presente estudio se abordó la depresión en la adolescencia desde diferentes teorizaciones psicoanalíticas, que identifican los procesos psicodinámicos subyacentes a su probable aparición en algunos adolescentes, vulnerables a la depresión o a la posibilidad de sufrir una depresión continua.

La intención, al comparar las concepciones de las distintas disciplinas, fue poner en evidencia tanto sus diferencias como algunos elementos que pudieran articularse o complementarse a la hora de comprender e intervenir la depresión en la adolescencia .

La adolescencia es un momento de la vida lleno de cambios y transformaciones atravesada por el júbilo, la euforia de la novedad y el anhelo de lograr autonomía e independencia, junto con la añoranza del pasado. Los objetos de amor primarios parecen tener un papel predominante para la conformación del psiquismo en el proceso adolescente y en la depresión.

De acuerdo con gran parte de los autores referidos en este trabajo, puede afirmarse que las manifestaciones de tipo depresivo en el adolescente tienden a confundirse con el trastorno como tal, cuando en realidad hacen parte del desarrollo psíquico de este momento de la vida. Tales manifestaciones son utilizadas para tramitar la angustia que generan las pérdidas de la infancia y el revivir la pérdida del objeto de amor.

Las señales emocionales características en el adolescente son variables y en general pueden ser rápidamente gestionadas. Si la adolescencia es un proceso de estructuración psíquica y por ende de inestabilidad yoica, cabe esperar a que en ella se presenten con frecuencia un vaivén en los estados de ánimo entre la tristeza, la euforia, la ira y la exaltación. A tal efecto es importante diferenciar entre el adolescente “normal” que enfrenta y padece los duelos propios de su estado y aquellos adolescentes que atraviesan un período de duelo con dificultades en su elaboración.

La depresión “normal” del adolescente está relacionada con los acontecimientos que corresponden a ese período del desarrollo, al origen difuso o poco claro que tiene el adolescente de la condición que le genera tristeza y angustia, pero a la vez se ocupa e interesa por otras cosas, busca, crea otros vínculos, aprovecha situaciones nuevas, realiza actividades sublimatorias y se proyecta al futuro como lo menciona Urribarri citando a Jacobson:

*...no solo hay cierta tristeza por el alejamiento de la infancia, sino también júbilo por la paulatina concreción de la esperanza de ser adulto, y que el énfasis está más en lo que progresa y desarrolla, que en lo que se pierde*⁸³.

La enfermedad depresiva, a diferencia de la tristeza adolescente, tiene clara relación con acontecimientos recientes, con pérdidas específicas y reales, no hay proyección al futuro y hay resistencia al cambio.

Como se explicó anteriormente, las características que presenta el adolescente son polimorfos y variadas tanto en el plano emocional como en la esfera corporal y social: tristeza, desgano, irritabilidad, rabia, cambios inesperados de humor, aburrimiento, culpa, vacío interior, autorreproches y aislamiento, entre otros. Por lo tanto, no siempre puede ser claramente detectable y diferenciable lo normal de lo patológico debido a lo sutil de su expresión y por las características estos “síntomas” tienden a desaparecer a medida que el proceso adolescente avanza.

⁸³ Urribarri, 1990. “Adolescencia, duelo y a posteriori”, 49.

En el mismo sentido Aberastury y Knobel proponen el “síndrome de la adolescencia normal”, en el que lo relevante para ellos es el duelo por las pérdidas de la adolescencia, que si no se tramita de manera adecuada puede desencadenar en muchas ocasiones en duelo patológico. Pero esto no siempre es así, porque existe una realidad ineludible: los adolescentes presentan diversidad de emociones y comportamientos relacionados con las pérdidas que son inherentes a su condición y por lo tanto no se puede patologizar ni catalogar a la adolescencia como enfermedad.

La mayoría de los autores mencionados en este trabajo, al igual que Aberastury y Knobel, plantean los duelos como condiciones propias de la adolescencia. En esta dirección predominando varias estudios.

Así, Peter Blos⁸⁴ sugiere que el trabajo de duelo en el adolescente es una tarea psicológica importante. Así mismo, se refiere a la reedición del Edipo que se da en el inicio de la pubertad y en el posterior abandono de sus figuras paternas como objetos primarios de amor, los cuales el sujeto vivencia como pérdida.

Del mismo modo, Blos⁸⁵ define la separación de los padres edípicos como el segundo proceso de individuación, tornándose doloroso, produciendo en el adolescente un estado de vacío y confusión por el abandono de sus objetos de identificación paternos, siendo fundamental la correcta elaboración del trabajo de duelo para el desligamiento de dichos objetos y permitir así la búsqueda de otros nuevos con los cuales identificarse.

Otra postura es la de Fernández Mouján, cuya perspectiva del duelo define “como un periodo donde se viven las vicisitudes de pérdidas manifestadas en todas

⁸⁴ Peter Blos, 1962. *Psicoanálisis de la adolescencia* (México: Joaquín Mortiz S.A., 1971)

⁸⁵ Peter Blos, 1978. “Modificaciones en el modelo psicoanalítico clásico de la adolescencia”, en *La transición adolescente*. Trad. Leandro Wolfson (Buenos Aires: Amorrortu, 1981), 383-401.

las áreas de relación: con el cuerpo, con los objetos externos (familia y medio ambiente) y con los objetos internos (las identificaciones y sus configuraciones)”⁸⁶.

Con respecto a esta perspectiva, Urribarri enfatiza el valor de la pérdida que le otorgan estos autores. Propone en cambio mirar el proceso adolescente como una transformación. Si bien es cierto que al adolescente le cuesta dejar algunos aspectos infantiles, también desea este proceso de crecimiento y desarrollo.

Rodolfo Urribarri, asume una propuesta distinta. En donde para él, el adolescente “...no pierde, sino que cambia, se transforma”⁸⁷.

Es importante reflexionar entonces, frente a la manera convencional de cómo se mira a la adolescencia en términos de pérdidas y duelos. Resulta claro pensar que cada uno de los desarrollos relaciona la problemática del duelo a un proceso tan difícil, como necesario para la reacomodación del ser adolescente en diversos planos. El adolescente ingresa sin saberlo en un proceso de crisis o de cambios intempestivos de maduración sexual-genital, estructuración psíquica y modificaciones en sus relaciones interpersonales.

Si bien, la palabra “*crisis*” aduce a una connotación negativa por el momento de incertidumbre por el cual atraviesa el adolescente, es un momento de reacomodamiento fundamental y necesario, aunque tan fundamental y necesarios deberán ser los recursos que vaya incorporando para lograr una progresión en su desarrollo.

Por tanto “la crisis de la adolescencia” además de necesaria, constituye un tránsito normal de pasaje y apertura hacia la adultez, momento en el cual el adolescente puede y debe decidir cómo transitar este camino que marcará su vida futura.

Finalmente, el concepto de normalidad de la crisis adolescente no debe ser tomado desde la contraposición al concepto de patología devenido de los conceptos

⁸⁶ Fernández Mouján, 1984. “El trabajo de duelo durante la adolescencia”, 128. Citado en Urribarri, 1990. “Adolescencia, duelo y a posteriori”, 48.

⁸⁷ Urribarri, 1990. “Adolescencia, duelo y a posteriori”, 52.

salud y enfermedad. Los mismos son utilizados a la luz de la teoría psicoanalítica, considerando el proceso de estructuración psíquica que se ha venido desarrollando. Y si bien es un tránsito que todos los sujetos debieran atravesar, no se puede dejar de lado la singularidad del proceso transformador que convierte a cada adolescente en un ser único y original.

REFERENCIAS

- Aberastury, Arminda y Knobel, Mauricio. 1970. *La adolescencia normal: un enfoque psicoanalítico*. Buenos Aires: Paidós, 1989.
- Abraham, Karl. 1911. "Notas sobre la investigación y tratamiento psicoanalíticos de la locura maníaco-depresiva y condiciones asociadas". En *Psicoanálisis clínico*, 104-118. Buenos Aires: Lumen/Hormé, 3a ed., 1994.
- Abraham, Karl. 1924. *Un breve estudio de la evolución de la libido, considerada a la luz de los trastornos mentales*. Barcelona, España: Hormé, 1980.
- Ariés, Philippe. 1960. *El niño y la vida familiar en el antiguo régimen*. Madrid: Taurus, 1987.
- Asociación Americana de Psiquiatría. 1994. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM IV*. Barcelona: Masson, 1995.
- Ávila, Alejandro, 1990. "Psicodinámica de la depresión", *Anales de Psicología*. Vol. 6, N° 1 (1990): 37-58.
- Baldicera, C. y Rohnelt, V. "Depressao na adolescencia: uma problemática dos vínculos", *Psicologia em Estudo*, Vol.17, No.1 (2012): 89-91. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722012000100010
- Bleichmar, Hugo. 1976. *La depresión: un estudio psicoanalítico*. col. Emilce Dio de Bleichmar. Buenos Aires: Nueva Visión, 2a ed., 1978.
- _____. 2003. "Algunos subtipos de depresión, sus interrelaciones y consecuencias para el tratamiento psicoanalítico", *Aperturas Psicoanalíticas: Revista de Psicoanálisis* N° 14 (2003). <http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=245>
- Blos, Peter. 1962. *Psicoanálisis de la adolescencia*. Traducido por Ramón Parres y Rosa Witemberg. México: Joaquín Mortiz S.A., 1971. {Edición original: *On adolescence. A Psychoanalytic Interpretation*. New York: The Free Press of Glencoe Inc, 1962}.

- _____.1978. “Modificaciones en el modelo psicoanalítico clásico de la adolescencia” , en *La transición adolescente*. 383-401. Buenos Aires: Amorrortu, 1981.
- Carvajal, Guillermo. 1994. *Adolecer: la aventura de una metamorfosis*. Santafé de Bogotá: Tiresias.
- Catty, Jocelyn.2017. “Psychoanalytic views of adolescent depression”. En Catty, Jocelyn —editor—. *STPP for adolescents with depression*, 11-35. Londres: Karnac Books.
- CES y Alcaldía de Medellín. 2009. *Segundo estudio de salud mental adolescente*, Medellín: Grupo Salud Mental Fac Medicina CES.
- CES, MINPROTECCION & UNODC. 2010. *Estudio Nacional de Salud Mental en Colombia Situación mental del adolescente*, Medellín: Ces.
- Coleman, John C. y Hendry, Leo B. 2003. *Psicología de la adolescencia*. Madrid: Morata.
- Del Barrio, Victoria. 2009. “Raíces y evolución del DSM”, *Revista de historia de la psicología*. vol. 30, N° 2-3 (junio-septiembre). Valencia, España.
- Deutsch, Helene. 1944. *The Psychology of Women*. Vol. 1.Nueva York : Gme & Stratton,1944. {versión castellana *Psicología de la mujer*, Vol. 1. Traducido por Felipe Jiménez de Asúa. Buenos Aires: Losada, 5a ed, 1973}.
- Dolto, Françoise. 1988. *La causa de los adolescentes*. Barcelona: Seix Barral S.A., 1991.
- Ezpeleta, Lourdes.1999. *La entrevista diagnóstica con niños y adolescentes*. España: Síntesis, 1999.
- Feixa, Carles. 2006. “Generación XX. Teorías sobre la juventud en la era contemporánea”, *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, Manizalez, Vol. 4, N° 2, (julio-diciembre 2006). <http://revistaumanizales.cinde.org.co/rllcsnj/index.php/Revista-Latinoamericana/article/view/394>
- _____. 2011. “Past and present of adolescence in society: the ‘teen brain’ debate in perspective”, *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. Vol. 35, No. 8 (february 2011):1634-1643.

Fernández Arcila, Mauricio. 2014. "Sucesivos aportes al concepto de adolescencia en la obra freudiana" *Katharsis*, N°17 (enero-junio 2014): 115-145.

Fernández Mouján, Octavio. 1968. "Naturaleza de la adolescencia". En *Abordaje teórico y clínico del adolescente*. Buenos Aires: Nueva visión, 1997.

_____. 1984. "El trabajo de duelo durante la adolescencia". En *Adolescencia de la metapsicología a la clínica*. comp. Susana Quiroga, (Buenos Aires: Amorrortu, 1984).

Freud, Anna. 1935. "El yo y el ello en la pubertad". En *El yo y los mecanismos de defensa*. 151-167. Buenos Aires: Paidós, 1965.

Freud, Sigmund. 1905c. "Tres ensayos de teoría sexual". En *Obras completas*: Vol.7. Traducido por José Luis Etcheverry, 123-222. Buenos Aires: Amorrortu, 2ed, 1976-80.

_____. 1915g. "Duelo y Melancolía", en *Obras completas*, vol. 14. Traducido por José Luis Etcheverry, 241-255. Buenos Aires: Amorrortu, 2ed., 1976-80.

_____. 1923a. "El yo y el ello", en *Obras completas*, vol. 19. Traducido por José Luis Etcheverry, 15-66. Buenos Aires: Amorrortu, 2ed., 1976-80.

_____. 1923h. "Neurosis y psicosis", en *Obras completas*. vol. 19, traducido por. José Luis Etcheverry, 155-159. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 2ed., 1976-80.

_____. 1925k. *Psicoanálisis (Artículo en la Enciclopedia Británica)*, en *Obras completas*. vol. 20, traducido por. José Luis Etcheverry, 251-258. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 2ed., 1976-80.

García Suárez, Carlos Iván y Parada Rico, Doris Amparo. 2018. "Construcción de adolescencia: una concepción histórica y social inserta en las políticas públicas". *Universitas Humanística*, No. 85 (enero-junio 2018): 347-373. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.uh85.cach>

Guillén, Elena, M^a José Gordillo Montaña, Isabel Ruiz Fernández, M^a Dolores Gordillo Gordillo, Teresa Gordillo Solanes, "¿Depresión o evolución?: Revisión histórica y fenomenológica del concepto aplicado a la infancia y adolescencia", *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, Vol. 2, No. 1 (2013): 499-506.

- Gutiérrez López, Ana. 2002. "Duelo y adolescencia" (Conferencia leída en el II Congreso Regional de la Asociación Murciana de la Salud Mental, noviembre 2002), *Revista del Centro Psicoanalítico de Madrid*, No 5 (2004). ISSN: 1989-3566.
<https://www.centropsicoanaliticomadrid.com/publicaciones/revista/numero-5/>
- Hornstein, Luis. 2006. "De la psiquiatría al psicoanálisis y viceversa". En *Las depresiones*. 127-138 Buenos Aires: Paidós, 1a reimp., 2007.
- INMLCF. 2013. "Quitarse la vida cuando ésta aún comienza", *Boletín epidemiológico trimestral*, Bogotá, Vol. 6, No 8 (diciembre 2013).
- Jackson, Stanley W. 1986. *Historia de la melancolía y la depresión, desde los tiempos Hipocráticos a la época moderna*. Traducido por Consuelo Vásquez de Parga. Madrid, España: Turner S.A., 1986.
- Jacobson, Edith. 1961. "Los adolescentes: sus estados de ánimo y la remodelación de sus estructuras psíquicas", *Revista de psicoanálisis*, tomo XVII, N° 3 (1985):515-534.
- Jones, Ernest. 1922. "Algunos problemas de la adolescencia". Traducido por Mauricio Fernández-Arcila. *British Journal of Psychology*, Vol 13, N° 1 (1922): 31-47.
- Kancyper, Luis. 2013. "Adolescencia: el fin de la ingenuidad". *Querencia. Revista de Psicoanálisis*. N° 14 (febrero 2013):45-55. ISSN 1688-0129.
<https://revista.psico.edu.uy/index.php/querencia/article/view/158>
- Kaplan, Louise. 1984. *Adolescencia: el adiós a la infancia*. Buenos Aires: Paidós, 2004.
- Lau, Mark A. & Yu, Amanda R. "Terapia Cognitiva basada en la Conciencia Plena: Pasado, Presente y Futuro" (sf).
https://www.apra.org.ar/pdf/Articulos/Julio/Mindfulness_t.pdf
- Le Breton, David. 2013. *Una breve historia de la adolescencia*. Traducido por Víctor Goldstein. Buenos Aires: Nueva Visión, 2014.
- Marcelli, Daniel & Braconnier, Alain. 1983. "El problema de la depresión", en *Manual de psicopatología del adolescente*, 201-2018. España: Elseiver, 1983.

- Millon, Theodore. 1996. "The DSM-III: Some historical and substantive reflections", en Th. Millon, *Personality and Psychopathology*. New York: John Wiley & Sons, 1996.
- Ministerio de Salud y Protección Social, Colciencias, Pontificia Universidad Javeriana, Datos, Procesos y Tecnología SAS. 2015. "Encuesta Nacional de Salud Mental de 2015".
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/encuesta-nacional-salud-mental-ensm-2015.zip>
- OMS, 2018. Organización Mundial de la Salud. "Depresión"
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression> (consultada el 10 de septiembre de 2018).
- OMS.s.f. Organización Mundial de la Salud. "Salud de la madre, el recién nacido, el niño y el adolescente. Desarrollo en la adolescencia."
<http://www.who.int/maternal-child-adolescent/topics/adolescence/dev/es/> (consultada el 8 de febrero de 2019).
- Quiroga, Susana. 1984. comp. *Adolescencia de la metapsicología a la clínica*. Buenos Aires: Amorrortu, 1984.
- SISPRO. 2017. Sistema Integral de Información de la Protección Social, Ministerio de Salud, *Boletín*. N° 1, marzo de 2017.
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-depresion-marzo-2017.pdf> (consultado el 10 de septiembre de 2018).
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M. G. 2000. "Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, No 68 (200):615-623.
- Urribarri, Rodolfo. 1990. "Adolescencia, duelo y a posteriori", en *Adolescencia y clínica psicoanalítica*. 46-46. México: Fondo de cultura económica. 2015. [ed. original: *Revista de psicoanálisis*, Tomo XLVII, N°4 (1990): 785-805].
- Wicks, Nelson e Israel Allen. 2008. *Psicopatología del niño y del adolescente*. Madrid: Pearson/Prentice Hall, 3a ed, 2008.

Winograd, Benzion.2005. *Depresión: ¿Enfermedad o crisis? Una perspectiva psicoanalítica*. Buenos Aires: Paidós,2005.