

Artículo de reflexión

DEPRESION EN ADOLESCENTES TEENAGE DEPRESSION

ABSTRACT

Adolescence is that stage, that role that every human being fulfills in a part of his life, taking into account that the changes experienced or different factors presented throughout it will vary according to each individual, it is therefore, that when speaking From adolescence we would look at it from a “growth” and from the other end of the gap and with great difference the term depression as “decay”, meaning by that, they are totally contrary concepts to bring such a complex relationship to the moment the teenager presents this state mood. Therefore, an approach to depression in adolescents will be presented in a broad way, taking into account the different positions of the authors and the psychotherapeutic modalities in this context approached from the psychodynamic approach.

KEY WORDS

Depression, adolescence, stage, individual, mood, psychotherapeutic modalities.

RESUMEN

La adolescencia es esa etapa, ese rol que cumple todo ser humano en una parte de su vida, teniendo en cuenta que los cambios experimentados o diferentes factores presentados a lo largo de ella variaran de acuerdo a cada individuo, es por tanto, que al hablar de adolescencia lo miraríamos desde un “crecimiento” y del otro extremo de la brecha y con gran diferencia el termino depresión como “decaimiento”, es decir, son conceptos totalmente contrarios para llevar una relación tan compleja al momento de que el adolescente presente este estado anímico. Por consiguiente se presentara de manera amplia un abordaje de la depresión en adolescentes, teniendo en cuenta las diferentes posturas de los autores y las modalidades psicoterapéuticas en este contexto abordado desde el enfoque psicodinámico.

PALABRAS CLAVES

Depresión, adolescencia, etapa, individuo, estado anímico, modalidades psicoterapéuticas.

¹ Nivia Judith Beltrán Correa, Facultad de Ciencias Sociales y Humanas, Fundación Universitaria del Área Andina de Valledupar, Colombia. Correo: nivijudithb@hotmail.com

Artículo de reflexión

INTRODUCCIÓN

El termino adolescencia procede del latín *adolescere*, que significa “crecer”, puesto que a su vez significa “hacia” y *elscere*, significa “completarse”. Por tanto, nos dirá (Álvarez Villar, 1975, P. 60). La adolescencia es, etimológicamente, lo que se dirige hacia la perfección, la complitud, o sea, crecer (ir hacia adelante) de un estado incompleto, carente y dependiente, a uno completo (perfecto) e independiente que sería la adultez¹.

En cuanto a la definición de depresión siendo un problema médico serio, se asociaría con un deterioro en los logros académicos y el funcionamiento interpersonal, así como con un mayor riesgo de conductas suicidas y abuso de tóxicos. Hasta la década de 1970 se decía que los niños no podían sufrir de depresión antes de la pubertad. Estudios recientes encontraron que el primer episodio depresivo frecuentemente ocurre en la adolescencia o adultos jóvenes y que el inicio prepuberal, aunque menos frecuente también puede suceder. (Ortuno, F 2009, P 409)²⁶.

Teniendo en cuenta lo amplio que puede llegar a ser la vida del ser humano y el trabajo desde diferentes campo, se tomara una percepción desde el enfoque psicodinámico, partiendo desde reconocer que “la inseguridad y el miedo en la adolescencia no constituyen una enfermedad o una psicopatología, sino que son ingredientes claves para el crecimiento”, (Andolfi & Mascellani, 2014, P 32). Teniendo en cuenta lo anterior, se puede decir que no significa que todas las personas pasen realmente a experimentar lo que es la adolescencia, en muchos casos puede existir un salto de esa fase evolutiva, siendo así, experimentar la etapa más adelante, y por tanto en su adultez los cambios serán más significativos en esa edad².

Según (Andreoli, sf, P 31), la crisis de identidad, hace que la adolescencia sea equiparable también con el tiempo de la inseguridad y el miedo. Frente a este último se activan mecanismos clásicos de defensa: 1. La fuga puede manifestarse bajo la forma de una fuga real de la casa o como una fuga psicológica más o menos

¹ Nivia Judith Beltrán Correa, Facultad de Ciencias Sociales y Humanas, Fundación Universitaria del Área Andina de Valledupar, Colombia. Correo: niviajudithb@hotmail.com

Artículo de reflexión

grave; 2. La depresión como fuga dentro de sí, el aislamiento en la escuela como fuga respecto de los otros, la propia habitación como refugio, el intento de suicidio como fuga del mundo².

REFLEXIÓN

Actualmente prevalen las cifras hacia la depresión en adolescentes, que le apuntan al no alcanzar a recibir un tratamiento para ello y, de acuerdo a la epidemiología de la depresión a nivel mundial, “la depresión se ha convertido en un problema de salud pública por la carga de enfermedad que genera la mayor carga es por la discapacidad que produce. Se calcula que en el mundo hay 350 millones de personas que se encuentran afectadas por la depresión; el peor desenlace de la enfermedad es el suicidio. Se estima que cada año se suicidan 800.000 personas en todo el mundo y el grupo de edad más afectado es el de las personas entre 15 y 29 años”, (OMS, 2017)²⁷.

En este contexto, los expertos han definido que en personas de 18 años y más, quienes tienen mayor riesgo de sufrir depresión

son: personas con historia previa de episodio depresivo; personas con historia familiar de depresión; personas con problemas psicosociales (pérdida del empleo, separación conyugal, privación de la libertad, ser habitante de calle); eventos vitales estresantes; abuso y dependencia de sustancias incluidos alcohol y cigarrillo; personas que consultan a menudo al sistema de salud; quienes tengan enfermedades médicas crónicas, especialmente, cuando hay compromiso de la funcionalidad (enfermedad cardiovascular, diabetes, las que involucran dolor crónico y trastornos neurológicos); personas con otros trastornos psiquiátricos (trastornos de ansiedad, trastornos de personalidad); quienes pasan por cambios hormonales (embarazo, postparto y menopausia); personas con historia de intentos de suicidio y quienes son sedentarias. (Ministerio de Salud y Protección Social y Colciencias, 2013)²².

Como resultado a esto, la situación actual del país y el Sistema Integral de Información de la Protección Social

¹ Nivia Judith Beltrán Correa, Facultad de Ciencias Sociales y Humanas, Fundación Universitaria del Área Andina de Valledupar, Colombia. Correo: niviajudithb@hotmail.com

Artículo de reflexión

(SISPRO, 2017) reporta que las atenciones por depresión se han incrementado desde el año 2009 y el diagnóstico de depresión moderada se realizó en 36.584 atenciones en 2015²⁹.

Teniendo en cuenta estas estadísticas, es necesario comprender uno a uno los conceptos que encierran la temática, permitiendo así darle un mayor abordaje desde el contexto deseado.

¿QUÉ ES DEPRESIÓN?

El concepto de depresión recoge la presencia de síntomas afectivos, esfera de los sentimientos o emociones: tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida, aunque, en mayor o menor grado, siempre están también presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo, o incluso somático. Se podría hablar de una afectación global de la vida psíquica, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva”. (Alberdi, Taboada, Castro & Vásquez, 2006)⁴.

CARACTERÍSTICAS

Dentro de las características de la depresión se encuentran: estado de ánimo bajo, pérdida del interés por situaciones o actividades que antes le producían placer, sentimientos de culpa, insomnio y otros trastornos del sueño en la depresión, disminución de energía, agitación psicomotriz y ansiedad psíquica, malestares físicos, alteraciones gastrointestinales y pérdida de peso así como disminución del deseo sexual (Salin-Pascual, 2009, P 2)²⁸.

Por tanto, entrar en la etapa de la adolescencia, resulta un periodo de crisis que inicia, en general, hacia los diez años y que puede durar dos o tres años aproximadamente. En el mismo, los padres se sienten desorientados, porque no reconocen ya a sus hijos. El adolescente, deja de ser un niño, comienza por tener una crisis de emancipación. Debido a que no quiere formar parte del mundo de los infantes, no quiere ser tratado como un niño, generando una conducta irritable ante todo. Este deseo de emancipación es

¹ Nivia Judith Beltrán Correa, Facultad de Ciencias Sociales y Humanas, Fundación Universitaria del Área Andina de Valledupar, Colombia. Correo: niviajudithb@hotmail.com

Artículo de reflexión

la manifestación de un progreso natural en vías de evolución¹¹.

Es común en este periodo cambios de humor, actitudes poco razonables, desigualdad en sus labores, sucesión de ideas imposible de prever, alegría ruidosa y gesto nebuloso. Éste no puede llegar a comprender lo que pasa en él; siente más o menos emociones encontrada algo en sí más fuerte que él mismo, pero difícilmente lo afirmará. No acepta con gusto críticas o reconvenciones, lo que origina una sensación de ser incomprendido ante los que le rodean (Dirino. L, 2015, P 259)¹¹.

A continuación se presentan las características de acuerdo a (Bosch & Barrero, 2008, P 263)¹¹ para la comprensión de la adolescencia como tiempo de crisis y de transiciones:

- **Abstracción e idealización:** los adolescentes empiezan a pensar de forma abstracta e idealista, cuando se les pide que se describan a sí mismos.
- **La diferenciación:** comprensión del sí mismos o autodescripciones de los adolescentes.

- **El yo fluctuante:** en la adolescencia el yo fluctúa de unas situaciones a otras y a lo del tiempo, tal como pasar de ser alegre a ser sarcásticos.

- **Las contradicciones internas:** incremento de las autovaloraciones contradictorias en los adolescentes. Ejemplo: feo – atractivo,

- **El yo real y el ideal, verdadero y falso:** capacidad de los adolescentes de construir un yo ideal aparte del yo real. El falso yo refleja aquella personalidad que tiende a manifestarse en situaciones de grupo, en contraposición al yo real que solo se muestra en relaciones muy íntimas.

- **La comparación social:** se tienden a utilizar la comparación social para evaluarse a sí mismos.

- **La introspección:** los adolescentes se sienten inseguros o preocupados al tratar de comprenderse a sí mismos. Esta intensa preocupación por el yo refleja el egocentrismo adolescente.

- **La autoprotección:** Se trata de un mecanismo para proteger al yo, en el contexto de confusión y conflictos motivados por los esfuerzos introspectivos.

¹ Nivia Judith Beltrán Correa, Facultad de Ciencias Sociales y Humanas, Fundación Universitaria del Área Andina de Valledupar, Colombia. Correo: niviajudithb@hotmail.com

Artículo de reflexión

(Gero, 1936, P 47), publica un trabajo titulado “La construcción de la Depresión” el cual consiste en el análisis de dos casos, constatando en ellos la gran intensidad de las exigencias narcisistas, intolerancia a la frustración, rabia, hostilidad y finalmente introyección del objeto amoroso. Es decir, a partir de estas evidencias se cuestiona la universalidad de las estructuras obsesivas en la depresión¹⁵.

Además se revisa la utilización del concepto “oralidad”. El cual para (Gero, 1936, P 47) en la depresión la oralidad no se limita a la satisfacción de la zona oral, sino que alcanza a la satisfacción de todas las demandas de calor afectivo, contacto, cariño; pero eso no niega que el punto de fijación de los depresivos sea el erotismo oral; "La necesidad de ser acariciado y amado está dirigida a un objeto. Incluso si se trata de niños pequeños o bebés tales demandas exigen siempre un objeto"¹⁵.

Para (Bibring, 1953, P 49). “La Depresión es un conflicto o tensión dentro del Sistema del Yo, y no un conflicto con el entorno: Toda Depresión es causada por

una tensión intrasistémica: la culpabilidad”⁷.

(Jacobson, 1953, P 49), considera que la pérdida de autoestima es el eje de la Depresión. Así cualquier factor relevante para la autoestima lo será para la Depresión. Los principales componentes determinantes son:

- Las autorrepresentaciones: la influencia de una imagen corporal deteriorada, devaluada, con bajos rendimientos.
- El Super-Yo: (p.ej. el SuperYo primitivo, arcaico, mero reflejo de percepciones rígidas y fantásticas sobre las expectativas paternas, que le conducirá al fracaso ante la realidad).
- El Yo ideal: cuanto más fácilmente alcanzable es, mejora la autoestima; cuanto más irreal sea la meta para sus capacidades y entorno tanto menor será la estima y más probable la Depresión.
- Las Funciones críticas del Yo: (maduración del Yo con capacidad

¹ Nivia Judith Beltrán Correa, Facultad de Ciencias Sociales y Humanas, Fundación Universitaria del Área Andina de Valledupar, Colombia. Correo: nivijudithb@hotmail.com

Artículo de reflexión

para discriminar lo razonable de lo no razonable)¹⁸.

Otro concepto que nos permite ampliar nuestra perspectiva es el de (Bleichmar, H, 1976) menciona que la depresión depende tanto del elevado ideal narcisista, 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 construyen estructurándose a lo largo de la vida del sujeto. Los acontecimientos en sí no tienen importancia, sino en el modo en que fueron codificados, significados por el sujeto. No se trata de aislar los sucesos reales depresivógenos, sino cómo el sujeto los percibió y como los elaboró posteriormente. (Bleichmar, 1976), subraya que predisponen a una Depresión Narcisista Crónica 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 sí.⁸

La construcción de un modelo de Depresión basado en la expresión emocional de un conflicto por desvalimiento e impotencia del Yo (la destrucción de la autoestima), y sus modulaciones por influencia social y cultural va ser desarrollada por (Bibring 1953 & Jacobson 1971), entre otros. En esta dirección el papel explicativo de la agresión en el desencadenamiento de la Depresión va a ser crucial para posteriores desarrollos.¹⁷

Algunos aspectos dinámicos no han podido ser abordados en profundidad. Habrá ocasión de ello en otros trabajos. Resalto por ejemplo la crítica a la afirmación de que las defensas obsesivas recubran la Depresión. Esto sucede en la Distimia, pero no en la Depresión Unipolar, y tampoco puede confundirse con los rasgos obsesivos que se observa en los procesos esquizofrénicos. También me parecen apresuradas las concepciones que consideran a la Depresión como un "estado del Yo", más bien se trata de una respuesta compleja sobredeterminada que se da en el sujeto ante la inadecuación de sus recursos

¹ Nivia Judith Beltrán Correa, Facultad de Ciencias Sociales y Humanas, Fundación Universitaria del Área Andina de Valledupar, Colombia. Correo: nivijudithb@hotmail.com

Artículo de reflexión

con las exigencias del entorno. (Ávila, A, 1990, P 55)³.

Es decir, el depresivo pierde la fuerza vital cuando se siente herido en su ideal del yo. Las heridas narcisísticas que desencadenan la depresión conllevan la pérdida de la autoestima. Como el ideal mediatiza la autopercepción del yo, y esta función mediadora es en gran medida inconsciente, todo lo que aflige al ideal afecta la conciencia que el yo tiene de sí mismo. Por esa razón, el sentimiento de desvalorización personal del depresivo es el resultado de la desnarcisización de su ideal del yo. (Bogaert. H, 2012, P 188)⁶.

Según (A. Vergote, 1976, P 188), la falla narcisística del depresivo tiene su origen en la represión y sobrecompensación del desprecio que el sujeto experimentó durante su infancia hacia el padre del mismo sexo. El resultado de esto fue la idealización defensiva de ese progenitor y, en consecuencia, la fragilidad del ideal del yo que el sujeto pudo constituir en su medio familiar. Aun cuando la teoría del complejo de Edipo plantea la formación del ideal del yo de un modo diferente

según el sexo del individuo, tanto en el varón como en la hembra una regresión conduce al duelo no realizado de la madre en tanto primer objeto investido. No obstante, mientras la depresión femenina resulta de una relación desafortunada con la madre, la depresión masculina es consecuencia de la debilidad psicológica de la figura paterna y de la prevalencia del modelo materno en términos de identificación.³¹

(Freud. S, 1917 P 185), planteó que la depresión es una reacción a una pérdida sobre la base de una elección narcisista del objeto.²⁰ Desde esta fórmula inicial, el psicoanálisis ha propuesto hipótesis en las que experiencias traumáticas del infante, de carencias tempranas e interferencias en la relación de apego pueden constituirse en un factor asociado con ciertos tipos de depresión. Las experiencias adversas generan déficits psíquicos que predisponen negativamente a las personas para enfrentar una nueva situación de pérdida o estrés (Fonagy, 1999)¹³.

¹ Nivia Judith Beltrán Correa, Facultad de Ciencias Sociales y Humanas, Fundación Universitaria del Área Andina de Valledupar, Colombia. Correo: nivajudithb@hotmail.com

Artículo de reflexión

Se han diseñado distintas intervenciones partiendo de supuestos psicoanalíticos. En este artículo presentamos una de las más recientes formulaciones, la Terapia Dinámica interpersonal (TDI), la cual ha sido desarrollada en Inglaterra a partir del “Marco de Competencias psicoanalíticas/dinámicas” (Lemma, Roth & Pilling, 2008)²⁰.

Estos desarrollos recientes surgen de la sistematización de las intervenciones psicoanalíticas/dinámicas que han mostrado mayor evidencia empírica de eficacia en ensayos clínicos. La TDI formula los síntomas de depresión como respuestas a dificultades interpersonales, amenazas percibidas a vínculos (pérdida/separación) y por lo tanto como amenazas para el sí mismo (self). Conceptualmente la TDI se sustenta en ideas provenientes de la teoría del apego, la teoría de las relaciones objétales y el psicoanálisis interpersonal de Sullivan. Desde este marco las premisas principales son (Lemma, Target, & Fonagy, 2010):

1. Los orígenes y naturaleza social de la subjetividad individual.
2. La importancia de los vínculos como los bloques de construcción de la mente, y como el contexto para desarrollar capacidades cognitivas cruciales. Fallas en la comprensión propia y de los otros están relacionadas con patrones de interacción que evolucionan a partir de experiencias infantiles.
3. El impacto de las representaciones internalizadas e inconscientes de ‘uno mismo’ y de los ‘otros’ en el funcionamiento interpersonal actual.
4. La importancia de la capacidad de mentalizar la experiencia sin la cual hay una reducción de la capacidad para resolver dificultades interpersonales.

Un rasgo distintivo de la TDI es que explora los patrones interpersonales problemáticos focalizándose en los estados mentales del paciente (creencias, sentimientos, deseos y pensamientos). El propósito es proveer al paciente una experiencia de estar con otra persona que está interesada en pensar con el paciente

¹ Nivia Judith Beltrán Correa, Facultad de Ciencias Sociales y Humanas, Fundación Universitaria del Área Andina de Valledupar, Colombia. Correo: nivajudithb@hotmail.com

Artículo de reflexión

acerca de lo que le molesta, para así estimular la propia capacidad del paciente para reflexionar sobre su experiencia (Lemma et al., 2010)²¹.

La TDI tiene dos propósitos:

1) ayudar al paciente a entender la conexión entre sus síntomas y lo que ocurre en sus relaciones, mediante la identificación de un patrón inconsciente de relacionamiento que se convierte en el foco de la terapia;

2) estimular la capacidad del paciente para reflexionar sobre sus propios estados mentales, con el fin de mejorar su habilidad para manejar sus dificultades interpersonales presentes (Lemma et al., 2010).

En la TDI el terapeuta interviene para generar, clarificar y elaborar información interpersonal relevante. La terapia busca ayudar al paciente en la comprensión de qué pasa, en su mente, cuando las cosas van mal en sus relaciones, incluyendo cómo el patrón interpersonal y afectivo de interés aparece en la relación terapéutica. Para esto la TDI recurre a técnicas de

apoyo (por ejemplo: escucha empática y reflexiva) y expresivas (por ejemplo confrontación e interpretación), así como también pueden incluirse de forma juiciosa técnicas directivas que apoyen el cambio en un marco de tiempo breve (Lemma et al., 2010)²¹.

QUÉ ES LA ADOLESCENCIA?

El modelo psicoanalítico considera la adolescencia como ese periodo de la vida individual en el cual se produce la remodelación de identidad sobre la base de diferentes procesos de identificación, de los cambios de los vínculos con los diversos objetos edípicos y de la integración en la personalidad de la pulsión genital. La perspectiva psicoanalítica se basa, además, en un postulado: la posibilidad de describir y de comprender la adolescencia en cuanto proceso psicológico relativamente homogéneo en el ámbito de una misma sociedad².

Algunos psicoanalistas conceptualizan la adolescencia como periodo crítico: la distinción entre las manifestaciones propias de esta fase y los trastornos

¹ Nivia Judith Beltrán Correa, Facultad de Ciencias Sociales y Humanas, Fundación Universitaria del Área Andina de Valledupar, Colombia. Correo: niviajudithb@hotmail.com

Artículo de reflexión

psíquicos permanentes es difícil, si no imposible. Otros autores conceptualizan la adolescencia como etapa del desarrollo que puede tener a su vez estadios propios diferentes y cuya función de conjunto se acerca a la de la primera infancia, en especial en la dinámica de la separación-individuación. Según esta última concepción, la adolescencia representa un proceso que implica diversas tareas que deben cumplirse para pasar a la edad adulta, acceder a la estabilidad de las relaciones de objeto y a la posibilidad de devenir, a su vez, padres de niños y de adolescentes (Ammaniti & Noveletto, 1994, P 26)².

(Erick Erikson, 1968, P 26), fue uno de los primeros psicoanalistas que consideraron la adolescencia como una etapa bien definida del ciclo vital. Él ocupa en la psicología del yo, que domino el psicoanálisis estadounidense hasta la década de 1970, una posición cultural un tanto original, al haber insertado el desarrollo del niño y del adolescente en el marco de un complejo plano de adaptación del individuo al contexto social para la

adquisición de un decidido sentido de identidad, en contacto con el mundo y capaz de construir relaciones.

Toda la vida, según (Erikson 1968, P 26), se describe como un proceso compuesto por ocho estadios o etapas. Cada estadio representa una tarea psíquica definida y se traduce en una crisis particular. (Erikson 1968, P 27), utiliza el concepto de epigenesis para indicar la organización progresiva del individuo, que es una construcción dependiente ya sea de factores genéticos, ya sea de las informaciones puestas a su disposición por parte del ambiente. La epigenesis se prolonga a lo largo de toda la vida. Con una mirada innovadora al panorama de la psicología, (Erikson 1968) observa que la crisis de la mediana edad (midlife crisis) sobreviene al mismo tiempo que la crisis de los adolescentes, provocando en ocasiones profundas conmociones familiares².

La identidad es vista como síntesis e integración entre las diversas partes de la personalidad del adolescente, como sentido de la continuidad histórica del yo y

¹ Nivia Judith Beltrán Correa, Facultad de Ciencias Sociales y Humanas, Fundación Universitaria del Área Andina de Valledupar, Colombia. Correo: niviajudithb@hotmail.com

Artículo de reflexión

la exterioridad social de los roles del sí mismo. La antítesis de la identidad alcanza es la dispersión de sí mismo, que (Erikson, 1968), define como identidad difusa, entendida como disgregación del yo en partes internas divididas, o en ámbitos relacionales imposibles de simbolizar por parte del sujeto. Este fallo obstaculiza la posibilidad del joven de acceder a una vida adulta y de experimentar la intimidad, puesto que solo cuando se ha formado el verdadero sentido de identidad puede llegarse a experimentar la intimidad con uno mismo y con el otro, adquisición que caracteriza a la parte sucesiva, postadolescente, del desarrollo individual. (Erick Erikson, 1968, P 27)².

Retomando los conceptos desarrollados por (Margareth Mahler, 1987) a partir de investigaciones sobre el recién nacido y sobre la relación madre-hijo²³. (Peter Blos, 1962-1979, P 27), ha comparado el proceso de la adolescencia con el proceso de separación del niño pequeño descrito por esta autora. Su teoría, que se considera en parte superada por el propio psicoanálisis, presenta sin embargo

diversos aspectos teóricos y clínicos de gran utilidad. El suyo fue el primer intento de aproximación al adolescente en sus diferencias según la edad².

Con especial atención a las funciones del yo y a sus procesos madurativos, Peter Blos, (1993), articula la adolescencia en varias fases secuenciales, muy diferentes entre sí. La preadolescencia se caracteriza por un aumento de la tensión pulsional ligada a la pubertad. La primera adolescencia incluye diferentes tareas: el inicio del proceso de separación de los padres, la renuncia a la ilusión infantil de la bisexualidad y la construcción de los ideales del yo. Se vuelven cruciales, en este periodo, el grupo de los pares, los modelos idealizados provistos por el deporte, la música y el espectáculo, los profesores, el amigo íntimo, los enamoramientos. La segunda adolescencia, que constituye la verdadera adolescencia, se caracteriza de forma más exquisita por la búsqueda del objeto del amor, experiencia que si para algunos adolescentes puede ser fácil, para otros puede ser mucho más problemática¹⁰.

¹ Nivia Judith Beltrán Correa, Facultad de Ciencias Sociales y Humanas, Fundación Universitaria del Área Andina de Valledupar, Colombia. Correo: nivijudithb@hotmail.com

Artículo de reflexión

La adolescencia tardía y la postadolescencia son las dos últimas fases que, en el esquema de (Peter Blos, 1993)¹⁰ aparecen poco diferenciadas y que tienen que ver con la consecución de un yo orgánico e integrado y con la constitución de un sí mismo cohesionado, entendido como principio organizador que supervisa la integración entre los diversos procesos identificatorios que definen el yo, los ideales del yo y un superyó maduro, coherente y flexible (Maggiolini y Pietropolli Charmet, 1994)²⁴.

Finalmente, (Donald Winnicott D, 1965) pionero ve la adolescencia como un pasaje evolutivo de extrema importancia para alcanzar la independencia individual, presta particular atención a la relación del adolescente con el entorno social. Es en esta óptica que señala las principales necesidades evolutivas del adolescente.

Su trabajo ha enfocado su atención en la profunda angustia del adolescente, quien está obligado a vacilar entre impulsos opuestos. La ambivalencia se reconoce como una característica típica del estatus de adolescencia y necesaria para poder

alcanzar la independencia individual. Esta se manifiesta como una alternativa entre un despectivo espíritu de independencia y un espíritu regresivo hacia la dependencia infantil³³.

TRATAMIENTO PARA LA DEPRESIÓN

Hay abundante evidencia de que la psicoterapia y la farmacoterapia, sobre todo cuando se usan de forma conjunta, son eficaces en el alivio temporal de la depresión (Moras, 2006)²⁵.

Hay evidencia de que este trastorno es recurrente; un único episodio depresivo en la vida es la excepción y cada episodio incrementa el riesgo de un siguiente episodio (Moras, 2006; Bockting et al., 2005; Jarret et al, 2001).

La probabilidad de recaída es mayor si durante el tratamiento no ha habido una remisión total de los síntomas, lo cual es frecuente (Jarret et al., 2001; Judd et al. 2000)¹⁹.

A principios de la década de 1950, se usó la iproniazida para aliviar los síntomas de la tuberculosis; y, como animaba a los

¹ Nivia Judith Beltrán Correa, Facultad de Ciencias Sociales y Humanas, Fundación Universitaria del Área Andina de Valledupar, Colombia. Correo: nivijudithb@hotmail.com

Artículo de reflexión

pacientes, mejoraba su apetito y restauraba su bienestar, se empezó a utilizar con pacientes depresivos. En esa época, el único tratamiento químico para la depresión era el opio, una sustancia altamente adictiva. Sin embargo, como algunos pacientes a los que se administró iproniazida presentaron síntomas de ictericia, el medicamento dejó de utilizarse. (Bogaert, H, 2012, P 190)⁶.

Desde el punto de vista bioquímico, parece que la depresión se produce cuando el cerebro no dispone de suficientes neurotransmisores o cuando estos, por alguna razón, no pueden ligarse con los receptores. Sin embargo, aunque los fármacos antidepresivos aumentan los niveles de los neurotransmisores casi inmediatamente, la depresión no se alivia hasta semanas después de haberse iniciado la terapia medicamentosa (Turkington, 1995, P 37). Este enigma bioquímico no ha sido resuelto, y constituye un problema para la psicofarmacología de los estados depresivos³⁰.

Aumentar los niveles de serotonina en el cerebro desencadena un proceso que con el

tiempo puede ayudar a muchas personas deprimidas a sentirse mejor. Algunos efectos de los psicofármacos son positivos, pero incluso los efectos positivos deben ser potenciados por la psicoterapia. “La psicoterapia de los trastornos depresivos adquiere especial relevancia si tenemos en cuenta que el 50% de los pacientes no responde a la psicofarmacología, y otros no son susceptibles de tratamiento farmacológico por diversas razones.” (Hornstein, 2006, P 142)¹⁶.

Aunque la mejoría de los síntomas mediante la aplicación de psicofármacos es innegable, la psicoterapia concierne a la dimensión personal y singular del trastorno. La prescripción aislada de antidepresivos suele provocar una disminución de la inhibición que permite al paciente la realización de acciones aisladas, pero sin un verdadero placer de actuar. Por el contrario, la reanimación de la vida psíquica a través de la psicoterapia analítica procede desde el interior del sujeto, actuando a través del sueño y del fantasma (Fédida. P 2003, 29-30)¹⁴.

¹ Nivia Judith Beltrán Correa, Facultad de Ciencias Sociales y Humanas, Fundación Universitaria del Área Andina de Valledupar, Colombia. Correo: niviajudithb@hotmail.com

Artículo de reflexión

De ese modo, se reconstituye la personalidad del paciente gracias al descubrimiento del sentimiento de ser escuchado según el ritmo del pensamiento propio. El tacto del terapeuta hace posible el contacto.

Aun cuando la vivencia de abandono y de pérdida genera, en el depresivo, la impotencia para el contacto, el sujeto puede percibir la sinceridad de los sentimientos experimentados por el analista, quien capta las variaciones en sus actitudes y los cambios, tanto en el tono de su voz como en las expresiones de su rostro. El analista debe experimentar la recepción de los afectos elementales del paciente y permitirle acceder a las palabras requeridas para su denominación. En el curso de la psicoterapia analítica, el analizante adquiere progresivamente la capacidad de nombrar los afectos ensordecidos por la depresión; y la interpretación del analista va a permitirle recuperar el afecto que se mantiene reprimido debajo de la queja repetitiva. Si los antidepresivos tienen el poder de mejorar el estado de ánimo del sujeto, la

psicoterapia analítica le permite reconocer sus afectos. La eficacia de los medicamentos se potencializa con la metaforización subjetiva de la mejoría por ellos lograda (Fédida, 2003, P55): lo que devuelve el movimiento interno a la vida psíquica es la restitución, por parte del analista, de lo que el paciente había reprimido¹⁴.

En la mayoría de las depresiones mayores, lo indicado es intervenir terapéuticamente mediante fármacos y psicoterapia, sobre las dos dimensiones de la pulsión. Si no se trata el trastorno psicológico, puede mantenerse la perturbación neurobiológica; y, si no se interviene farmacológicamente, se dificulta el contacto requerido para iniciar la psicoterapia (Vergote, A. (1993), 124)³².

Además, cuando la depresión exige del recurso a la medicación, los fármacos adecuadamente administrados no cierran el acceso al inconsciente que la psicoterapia persigue.

La pulsión es un concepto híbrido que representa la unidad biosíquica del

¹ Nivia Judith Beltrán Correa, Facultad de Ciencias Sociales y Humanas, Fundación Universitaria del Área Andina de Valledupar, Colombia. Correo: niviajudithb@hotmail.com

Artículo de reflexión

organismo humano. A diferencia del instinto, es histórica. En consecuencia, es normal que las vicisitudes psíquicas de la pulsión afecten la dimensión biológica del organismo. En toda depresión, lo orgánico y lo psíquico están en una relación de causalidad circular. El aspecto biológico de la pulsión influye sobre el polo psíquico del organismo; y el aspecto psíquico de la pulsión influye sobre el polo biológico del organismo. Como hemos indicado en un artículo publicado en la Revista Dominicana de Psiquiatría (Bogaert, 2004, P: 6), el reservorio biológico de las pulsiones es el sistema activador ascendente con sus conexiones límbicas. La dimensión pulsional del psiquismo se sustenta en neurotransmisores que se originan en los núcleos de este sistema. Sobre esos neurotransmisores actúan los agentes farmacológicos que alivian los síntomas de la depresión⁹.

CONCLUSIÓN

El desequilibrio que caracteriza las depresiones es consecuencia de la acción conjunta de la herencia, las condiciones histórico-sociales y la situación personal

del paciente. Ningún abordaje clínico o terapéutico aislado puede enfrentar eficazmente la depresión. El reduccionismo biológico solo sirve para desmentir la dimensión social y subjetiva del problema (Bogaert, 2012)⁶.

Es importante resaltar que los adolescentes desafían el ambiente familiar del que dependen y, al mismo tiempo, provocan a la sociedad como si buscaran la ruptura en el mismo momento en que aspiran profundamente a conservar lazos, aunque estos deben adoptar la de una revuelta. No hay nada peor para un adolescente que rebelarse contra nadie. Con esto lo que nos quiere decir (Winnicott, D, 1965) es que el desafío del adolescente sea recibido, de otro modo que la propia ruptura total de las relaciones lleve al joven a confrontarse con el vacío o con una regresión que, la mayoría de las veces, le costara superar.³³

Se puede rescatar que al pasar el tiempo, autores italianos intentaron darle una sintonía a las características del adolescente, para esto lo primero que se hizo fue sistematizar durante la década de 1980, el trabajo con los adolescentes,

¹ Nivia Judith Beltrán Correa, Facultad de Ciencias Sociales y Humanas, Fundación Universitaria del Área Andina de Valledupar, Colombia. Correo: nivijudithb@hotmail.com

Artículo de reflexión

Senise. T, fue quien construyó el modelo de intervención denominado consulta y psicoterapia breve de individualización (Aliprandi, Pelanda & Senise, 1990). Es importante resaltar de esto que por primera vez, en el ámbito psicoanalítico, se habla de consulta, atribuyéndole un valor a lo que, hasta ese momento siempre había sido poco considerado. El sentido de la psicoterapia breve es inferir lo menos posible con los procesos evolutivos naturales del adolescente, con el único objetivo de reactivarlos con rapidez, si es posible, para luego reasignarlos a su impulso natural interno⁵.

BIBLIOGRAFÍA

1. Agullo, E. (1997). Jóvenes, trabajo e identidad. España. Universidad de Oviedo.
2. Andolfi & Mascellani. (2014). Historias de la adolescencia. Barcelona. GEDISA.
3. Ávila, A. (1990). Psicodinámica de la depresión. Madrid. Universidad Complutense.
4. Alberdi, Taboada, Castro & Vásquez. (2006). Depresión. España. Guías Clínicas.
5. Aliprandi M., Pelanda E., Senise T: (1990), Psicoterapia breve de individuación. La metodología de Tommaso Senise en consulta con el adolescente, Milán, Feltrinelli.
6. Bogaert, H. (2012). La depresión: etiología y tratamiento. Ciencia y sociedad. República Dominicana. Vol. XXXVII, núm. 2, abril-junio, 2012, pp. 183-197.
7. Bibring, E. (1953). The mechanism of Depression. En P. Greenacre (Ed.), Affective Disorders (pp. 14-47). New York: International University Press. (Trad. Castellana: Perturbaciones de la Afectividad. Buenos Aires: Hormé).
8. Bleichmar, H. (1976). La Depresión: Un estudio psicoanalítico. Buenos Aires: Nueva Visión.
9. Bogaert, H., 2004, "Hacia la definición de un modelo teórico integrador en psiquiatría", en Revista Dominicana de Psiquiatría, vol. 14, n.º 1, pp. 10.
10. Blos, P (1993). Los comienzos de la adolescencia. Buenos Aires: Amorrortu editores.

¹ Nivia Judith Beltrán Correa, Facultad de Ciencias Sociales y Humanas, Fundación Universitaria del Área Andina de Valledupar, Colombia. Correo: nivijudithb@hotmail.com

Artículo de reflexión

11. Dirino, L. (2015). Adolescencia, tiempo de crisis y transiciones. Venezuela. Universidad de Carabobo.
12. Freud, S. (1917) Duelo y melancolía. En Obras Completas, Tomo XIV. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
13. Fonagy, P. (1999) Persistencias transgeneracionales del apego: una nueva teoría. Aperturas Psicoanalíticas, 3. Obtenido el 15 de Agosto del 2017 en: <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=000086&a=Persistencias-transgeneracionales-delapego-una-nueva-teoria>.
14. Fedida, P. (2003). Des bienfaits de la dépression: Éloge de la psychothérapie, Odile Jakob, París.
15. Gero, G. (1936). The construction of Depression. International Journal of Psychoanalysis, 17, 423-461.
16. Hornstein, L., 2006, Las depresiones: Afectos y humores del vivir, Paidós, Buenos Aires.
17. Jacobson, E. (1971). Depression. New York: International Univers. Press.
18. Jacobson, E. (1953). Contributions to the metapsychology of cyclothymic depression. En P. Greenacre, op. cit., pp. 49-53.
19. Jarrett, R., Kraft, D., Doyle, J., Foster, B., Eaves, G. & Silver, P. (2001). Preventing Recurrent Depression Using Cognitive Therapy With and Without a Continuation Phase: A Randomized Clinical Trial. Archives of General Psychiatry. 58(4):381-388. doi: 10.1001/archpsyc.58.4.381.
20. Lemma, A., Roth, A., & Pilling, S. (2008). The competences required to deliver effective psychoanalytic/psychodynamic therapy. Obtenido en Agosto del 2017 en: http://www.ucl.ac.uk/pals/research/cehp/research-groups/core/pdfs/PsychoanalyticPsychodynamic-Therapy/PPC_Clinicians_Background_Paper.pdf.
21. Lemma, A., Target, M., & Fonagy, P. (2010). The development of a brief psychodynamic protocol for depression: Dynamic Interpersonal Therapy (DIT).

¹ Nivia Judith Beltrán Correa, Facultad de Ciencias Sociales y Humanas, Fundación Universitaria del Área Andina de Valledupar, Colombia. Correo: niviajudithb@hotmail.com

Artículo de reflexión

Psychoanalytic Psychotherapy, 24(4), 329-346. doi: 10.1521/psyc.2011.74.1.41.

22. Ministerio de Salud y Protección Social y Colciencias. (2013). Guía de Práctica Clínica, Detección temprana y diagnóstico del episodio depresivo y trastorno depresivo recurrente en adultos. Atención integral de los adultos con diagnóstico de episodio depresivo o trastorno depresivo recurrente. Bogotá.

23. Mahler, M. (1987). El desarrollo psicoafectivo e intelectual del niño. Buenos Aires, Masson.

24. Maggionili, A & Pietropolli G. (1994). Manuale di psicologia dell'adolescenza: compiti e conflitti, Franco. Angeli, Milan.

25. Moras, K. (2006). Twenty-five years of psychological treatment research on unipolar depression in adult outpatients: Introduction to the special section. *Psychotherapy Research*, 16(5), 519-525. doi:

<http://dx.doi.org/10.1080/10503300600919398>.

26. Ortuno, F. (2009). Lecciones de psiquiatría. España. Editorial medica panamericana.

27. Organización Mundial de la Salud, OMS, disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/> [Consultado el 14 de febrero de 2017].

28. Salin-Pascual, R. (2009). La depresión: tristeza llevada a sus extremos y los medicamentos que la controlan. Monografía.

29. SISPRO. (2017). Boletín de salud mental Depresión Subdirección de Enfermedades No Transmisibles. Bogotá. MINSALUD.

30. Turkington, C., 1995, Prozac: Guía de los antidepresivos, Ediciones Obelisco, Barcelona.

31. Vergote, A. (1976). "Névrose depressive", en *Topique*, n.º 17, pp. 97-126.

32. Vergote, A. 1993, Dépression et mélancolie, en *Psychanalyse. L'homme et ses destins*, Editions Peeters, Louvain.

33. Winnicott, D. W. (1965). *Adolescenza: il dibattersi nella bonaccia, en la familia e lo sviluppo dell'individuo*, Armando Roma, traducción italiana, 1968. Buenos Aires.

¹ Nivia Judith Beltrán Correa, Facultad de Ciencias Sociales y Humanas, Fundación Universitaria del Área Andina de Valledupar, Colombia. Correo: nivajudithb@hotmail.com

Artículo de reflexión

¹ Nivia Judith Beltrán Correa, Facultad de Ciencias Sociales y Humanas, Fundación Universitaria del Área Andina de Valledupar, Colombia. Correo: niviajudithb@hotmail.com