

**DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES:
*UNA MIRADA DESDE EL ENFOQUE PSICOANALÍTICO***

**DEPRESSION IN ADOLESCENTS:
*A LOOK FROM THE PSYCHOANALYTIC APPROACH***

María Karim Córdoba Mejía

Fundación Universitaria de Área Andina

RESUMEN

A lo largo de la historia, el psicoanálisis ha sido uno de los enfoques de la psicología por excelencia, el trabajo realizado por Freud, nos da a conocer perspectivas diferentes para entender al ser humano, es así, como este artículo cobra sentido, ya que en él se aborda un tópico importantes y de interés general como lo es la depresión en adolescentes, en el cual, se realizó una revisión bibliográfica para estudiar y analizar desde el enfoque psicoanalítico todo lo concerniente al tema, el cual, se inició definiendo conceptualmente la depresión y la adolescencia, para luego explicar sus generalidades, tipologías, etiología, entre otras; concluyendo con un punto de vista personal acerca del tema en cuestión.

Palabras clave: Psicoanálisis, psicología, depresión, adolescencia, etiología.

ABSTRACT

Throughout history, psychoanalysis has been one of the focuses of psychology par excellence, the work done by Freud, gives us different perspectives to understand the human being, this is how this article makes sense, since It deals with an important topic of general interest such as depression in adolescents, in which a bibliographic review was carried out to study and analyze everything related to the topic from the psychoanalytic approach, which began by conceptually defining the

depression and adolescence, to then explain their generalities, typologies, etiology, among others; concluding with a personal point of view about the subject in question.

Keywords: Psychoanalysis, psychology, depression, adolescence, etiology.

INTRODUCCIÓN

El término adolescencia proviene del latín *adolescere*, que significa crecer. En tal sentido, la adolescencia es la edad del cambio, ya que, crecer implica siempre cambiar. Las transformaciones inherentes a dicha metamorfosis se realizan en múltiples esferas, y el individuo, al final de la adolescencia cuando las condiciones interiores y del entorno son “suficientemente buenas” puede acceder a una identidad estable y a unas relaciones afianzadas y diferenciadas consigo mismo y con los otros.

La depresión, en cambio, es, por definición, el “movimiento” contrario: tendencia al desfallecimiento, al abatimiento, a la inhibición, a la inmovilidad, a la postración, al cero, en ocasiones incluso a la nada.

En ese orden de ideas, es donde se produce la fijación en la tristeza, ausencia de deseos, carencia de proyectos y de investiduras, desaparición del otro; ya que, la depresión es frecuentemente vivida como soledad extrema, pérdida de energía,

carencia de sentido y, algunas veces, abandono de la esperanza, dolor puro (Pelicier, 1985).

Como al abordar otros campos de la vida psíquica del ser humano y con la finalidad de vincular territorios tan aparentemente contradictorios, cabría destacar aquí la articulación que estas dos dimensiones suponen entre la historia del sujeto, su estructura y la coyuntura, siguiendo aquí los planteamientos de Jeammet, los cuales, hacen referencia a la psicoterapia psicoanalítica del adolescente deprimido, la manera en la cual se debe realizar la entrevista inicial para lograr de esa manera un diagnóstico adecuado teniendo en cuenta las características de adolescente y de su entorno. (Jeammet, 1997).

La historia se refiere al peso del pasado y de las relaciones establecidas con el entorno desde siempre y a la herencia transmitida de múltiples formas a través de las generaciones; la estructura designa a la organización del aparato psíquico, tal y como se fue conformando desde la primera

infancia y que caracteriza a un determinado individuo en su manera de funcionar, y la coyuntura se refiere, en este caso, a la adolescencia, con la doble dimensión que la caracteriza (fisiológica y psicosocial), que debe incluir allí además toda una serie de eventos vitales que puede marcarla (duelos, separaciones, encuentros, y en el tema que nos concierne particularmente depresiones) y, sobre todo, la naturaleza y las características del entorno del adolescente, tanto familiar como social, y las capacidades de este para brindar o no al adolescente un apoyo eficaz.

Aunque la historia y la estructura determinan en buena medida las características de la adolescencia, es un hecho que el potencial transformador de esta última es capaz, muchas veces, de modificar de manera significativa a la primera y a la segunda, en ocasiones para bien, en otras para mal. Debido a que las dimensiones de la depresión y de su eventual manejo psicoterapéutico, a las cuales hace referencia este artículo, pueden ser esenciales en todo este proceso para lograr una mejor comprensión del tópico de estudio.

Todo adolescente deprimido amerita, en principio, una evaluación cuidadosa, una atención específica y, eventualmente, la

indicación de un tratamiento apropiado. El abordaje terapéutico se organiza según modalidades y grados de intensidad variables, en función de los resultados de la evaluación clínica y de la reflexión psicopatológica que la debe acompañar siempre.

En este campo, así como al enfrentar tantas otras perturbaciones psicológicas del adolescente, importa evitar los dos extremos representados, primero, por las posiciones expectantes y banalizadoras que se suelen abstener por principio de cualquier forma de intervención y, segundo, por las actitudes que tienden a volver patológico todo comportamiento del adolescente de manera harta indiferenciada y a prescribir tratamientos de distintos tipos en forma indiscriminada.

Del mismo modo, siguiendo los planteamientos de Freud sobre las series complementarias hoy día llamadas en este campo etiologías multifactoriales, consideramos que el origen de las depresiones en la adolescencia es siempre multideterminado, aprehendemos el tratamiento de este tipo de trastornos y debemos tener en cuenta toda una serie de medidas terapéuticas de distinto orden que

abarca los terrenos biológicos, psicológico y del entorno.

Lo anterior no implica, sin embargo, que situemos las distintas modalidades de intervención en un mismo plano. En efecto, mientras no todas las depresiones del adolescente requieren que el psiquiatra prescriba un tratamiento farmacológico o la instrumentación de una acción directa sobre el entorno, sea este familiar o escolar, todas las depresiones del adolescente necesitan si no de una psicoterapia estructurada intervenciones que incluyan siempre una dimensión psicoterapéutica, incluso en el solo marco de las consultas espaciadas o únicas.

Las características que se presentarán sobre la depresión en los adolescentes intentan recortar a través de distintos autores la conflictiva; ya que, funcionan como guía teniendo en cuenta que los síntomas pueden ser diferentes en cada sujeto, según su singularidad; donde, los estados depresivos durante el proceso adolescente son variados y fluctuantes, como lo es la etapa, conformando los cambios de humor.

Por otra parte, Laufer, (1998). Sostiene que estos son parte de las tensiones ante las nuevas situaciones que se deben enfrentar, pero sin embargo cuando el

sentimiento depresivo es permanente y afecta el funcionamiento normal se puede pensar en una conflictiva depresiva. Cuyos aspectos más visibles son: evitar el contacto social y con los pares, mostrarse indiferente con su aspecto físico y perder la capacidad en cuidarse. Además, las fantasías de suicidio pueden ser recurrentes y en algunos casos llegar a la acción.

Rojtenberg, (2006). Presenta dos modalidades en la depresión y sus características:

1. Similar al cuadro depresivo adulto, el cual con la edad se parecerá cada vez más:

* Inhibición psicomotora, bradipsiquia, humor depresivo, dolor moral, desvalorización, trastornos fisiológicos como anorexia, astenia e insomnio y culpabilidad con autorreproches o en un aspecto más narcisista: vergüenza y autodesprecio.

2. Depresión enmascarada, sucede cuándo la depresión del joven está oculta en determinados síntomas o trastornos del comportamiento:

* Quejas somáticas: Astenia, cefaleas episódicas, dolores abdominales, fatiga

intensa, abulia, preocupaciones hipocondriacas y dismorfofobias.

* Trastornos del comportamiento: Conductas impulsivas, fugas, comportamientos delictivos menores, tendencias antisociales y suicidio o tentativas de suicidio.

Agregando los planteos de Cobo, (2006). Los jóvenes con depresión pueden manifestar:

- * Aburrimiento.
- * Pérdida de interés.
- * Desmotivación y/o tendencias a actuaciones antisociales o apatía en las actividades que antes eran atractivas.
- * Bajo rendimiento académico.
- * Irritación constante y problemas para dormir.
- * Son más frecuentes los comportamientos agresivos, descalificadores y desafiantes que la tristeza y abatimiento.

Rey, (1978). Determina que las siguientes manifestaciones son producto de desviaciones del proceso normal adolescente y agrega que muchas veces estas pasan desapercibidas y/o consideradas como rasgos de carácter:

- * Menor capacidad de atención y concentración en la tarea del momento.
- * Irritabilidad con padres.
- * Aparición de hábitos que habían sido superados como comerse las uñas, fobias, ticks y rituales compulsivos.
- * Regresiones a fases libidinales, vocabulario de carácter anal, aspiraciones sadomasoquistas, lenguaje y conductas desvergonzadas y gusto por el riesgo.
- * Evitación de contacto físico con padres y descaro frente a figuras de autoridad.
- * Despreocupación del entorno, debido a la intensidad de lo que se vive interiormente junto a la soledad y sentimiento de incompreensión.
- * Pena y aburrimiento con ideas de muerte, deseos de aclarar misterios de la vida y la muerte.
- * El adolescente también puede tener actitudes soñadoras que lo mantengan en la cama y sufrir de insomnio.

En los conflictos inconscientes de índole melancólicos el adolescente no sabe que es lo que le pasa, siente que le falta vida y que perdió algo. Siente culpa por ciertos

deseos o actos de origen sexual como la masturbación. Sufre de la aparición de angustia con miedo sin causa aparente específicamente en temas de salud, sexualidad o el cuerpo. A veces esta puede encontrarse enmascarada en agresividad, rechazo, rebeldía, irritabilidad o retraimiento.

Cuando la depresión es acentuada, la persona se siente culpable y que hizo o pensó algo malo. Muchas veces está relacionado a un mal manejo en las pérdidas infantiles o sentimientos agresivos hacia los padres. Es frecuente que aparezcan estos estados de ánimos frente a inconvenientes en la vida sentimental o intelectual, que pueden producirse junto a intentos de suicidios, fugas, robos, mentiras, drogadicción y otros.

Roca de Dañino, (2008). Clasifica la depresión en el joven en tres grupos:

- * El primero es el trastorno depresivo mayor el cuál interfiere en la vida cotidiana, en el ámbito escolar y en el comer y dormir. En este existen probabilidades de suicidio.
- * El segundo es la llamada distimia, que presenta síntomas de larga duración. No inhabilitan como el anterior, pero impiden un normal funcionamiento.

* En el tercer grupo se encuentra el trastorno bipolar. Se caracteriza por tener síntomas de depresión y manía, los cambios en estos humores pueden ser dramáticos y rápidos. Se afecta frecuentemente el pensamiento, el juicio y el comportamiento social.

La autora encuentra que los síntomas, generalmente, consisten en:

- * Tristeza continúa con tendencias al llanto, se pueden presentar crisis de llanto.
- * Sentimientos de desesperanza, los adolescentes pueden sentir que la vida no tiene sentido y se sienten pesimistas respecto a su futuro.
- * Sentimientos de inutilidad o culpa, excesivos o inapropiados casi todos los días.
- * Decaimiento de interés en las actividades que se realizan y su disfrute.
- * Falta de energía y disminución de su motivación que llevan a ausencias en el liceo.
- * Comunicación pobre, con disminución en la sociabilidad con amigos y familia.
- * Baja autoestima y culpa, piensan que no son lo suficientemente buenos.

- * Irritabilidad aumentada, hostilidad y cólera. Pueden desahogarse con la familia ya que inconscientemente creen que los quieren agredir a ellos primero.
- * Trastornos de tipos psicósomáticos: Como dolores de cabeza, dolores de estómago y otros.
- * Pobre concentración que puede afectar los rendimientos escolares.
- * Cambio en los hábitos alimentarios desde cambios de apetito hasta problemas de bulimia, anorexia u obesidad.
- * Abuso de alcohol y drogas.
- * Pensamientos o expresiones de querer suicidarse.

Además, la autora destaca que uno de los síntomas más caracteriza a la depresión en un joven es la utilización de la acción, específicamente en los varones. Porque prefieren no utilizar una forma de defensa pasiva que pueda herir su masculinidad. Los episodios de violencia pueden estar relacionados a situaciones de dolor en las cuáles se tienen dificultades para enfrentar.

Es importante tener en cuenta que, un estado depresivo con baja autoestima puede llevar a actos delictivos. Asimismo, la

labilidad emocional adolescente es amplia, así como los riesgos de que caigan en drogadicción, alcoholismo, liberalidad sexual, abandono del estudio, delincuencia y suicidio. Por otro lado, las adolescentes cuándo necesitan apoyo y seguridad porque se sienten solas tienden a buscar una forma de reaccionar relacionada a las actividades sexuales.

Según los planteamientos de Baldicera & Rohnelt, (2012). 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 incorporan otras para una nueva subjetividad adolescente. Las pérdidas infantiles tienen como consecuencias ansiedades depresivas, paranoicas, de aniquilación y despersonalización, partes de la complejidad del proceso que pueden confundirse con la patología.

Para Rojtenberg, (2006). Es normal que en el proceso adolescente se presenten oscilaciones depresivas ligadas a sentimientos de pérdidas y a su vez tener la capacidad de movilidad hacia otros estados

mentales. En el caso del deprimido este queda fijado en su dolor.

El autor diferencia las alteraciones del estado de ánimo del proceso adolescente de los jóvenes que sufren depresión (duelo patológico) o quienes tuvieron depresión infantil. Sostiene que muchas veces es difícil precisar estas fronteras y que por ello algunos autores se apoyan en la historia familiar o niñez para obtener un diagnóstico y pronóstico.

Marty, (2012). También sostiene que la depresión es parte del proceso adolescente. Rescata sus aspectos positivos visualizándola como un trabajo psíquico y forma particular del tratamiento de la angustia ante la pérdida del objeto o el amor del mismo mediante el duelo. Los duelos en la neurosis proveen de determinadas conductas y estrategias antidepresivas, permitiendo la ausencia del objeto primario y su superación mediante la identificación con él. Además, el autor sostiene que deprimirse es una solución para el sujeto ante la desestructuración psicótica, en una forma más lenta pero que lo mantiene dentro del registro neurótico.

El autor considera la enfermedad depresiva cuando el sujeto ante la pérdida

del objeto no puede encontrar una solución reparadora ni una restauración narcisista.

Baldicera & Rohnelt, (2012). Toman conceptos de Winnicott para dar una explicación a la depresión desde las problemáticas de los vínculos y el apego. Esta aparece cuando no es posible crear nuevas representaciones que sustenten una nueva subjetividad o conectarse con los afectos, debido a fallas en la estructura de las personalidades provenientes de las relaciones primarias con la madre. A partir de esta relación se construye la imagen mediante la mirada en espejo, así el infante comienza a reconocerse a sí mismo y a sentirse como una unidad.

Este proceso, antes mencionado, se revive en la adolescencia: Se busca la mirada de la madre y del entorno para la construcción de las nuevas representaciones psíquicas, que requieren de la capacidad de simbolización junto a una integración de un conjunto complejo de pensamientos, motivaciones y sentimientos propios separados de los de los padres. Cuando esta capacidad de simbolización es pobre es debido a las fallas estructurales en los primeros años de vida del sujeto.

El aparato mental del adolescente depresivo falla en adecuarse a la realidad presente, no puede hacerse cargo de sus sentimientos y pensamientos. Se originan los síntomas físicos y psíquicos de la depresión. El principal conflicto que se presenta es el revivir la separación inicial con la madre, que resulta muy angustiante.

Las fallas en la simbolización se expresan en trastornos de pensamientos con dificultad en poder separar la realidad de la fantasía. Suelen tener que ver con las situaciones clínicas en donde el acto prima sobre la palabra como en las actuaciones, adicciones y la psicopatología.

Cuando falla el proceso de sustitución de representaciones adviene lo arcaico, porque sus manifestaciones se resignifican en cada etapa de la vida y se expresan de diferente manera. Por ello es necesario conocer también las vivencias pasadas del adolescente deprimido porque una patología no comienza de la nada, sino que ya podía estar presente en diferente forma durante la niñez.

Según Baldicera & Rohnelt, (2012). Otros aspectos a considerar son la autonomía y el narcisismo, los cuales pueden complementarse o ser antagónicos dependiendo de la estructuración del

psiquismo. La autonomía en la adolescencia depende de la interiorización de nuevos vínculos que permiten construir una nueva identidad. Y que a su vez depende de las nuevas representaciones incorporadas, mencionadas anteriormente. Si el sujeto se comporta de modo narcisista y rechaza los vínculos, los mecanismos de identificación quedan bloqueados e impiden la formación de la personalidad y el desenvolvimiento mental normal. Por ello el narcisismo no coopera a la autonomía.

Este antagonismo mencionado es importante para comprender cuando en la depresión el vínculo se siente amenazado por la falta de adaptación al objeto externo, que tuvo como resultado un medio interno inseguro y mecanismos defensivos contra estos objetos. El objeto externo no puede ser investido, sino que se siente como una invasión que borra las barreras entre lo interno y lo externo amenazando la identidad. La depresión en este aspecto puede verse como un problema de dependencia por la defensa contra la autonomía.

Lo antes mencionado es importante porque en la etapa adolescente comienza el verdadero proceso de individuación/separación. En un vínculo

sano y seguro el adolescente puede tolerar la separación de sus padres sin perder su identidad y autonomía. Puede individualizarse de los padres, pero en el grado justo que también le permita encontrar similitudes con las cuales identificarse y a su vez establecer relaciones en un ámbito externo, donde aprende a desenvolverse y tomar otras identificaciones.

Los adolescentes con depresión tienen vínculos de tipo inseguro. Debido a que en sus primeros años de vida los padres no supieron corresponder a sus necesidades afectivas, por lo tanto, no aprendieron a reconocerlas y dependen de un objeto exterior para su equilibrio interno. No tuvieron una crianza segura que brindara los sentimientos de existencia, seguridad y continuidad. Además, debido a las carencias afectivas es más exigente en sus relaciones con los demás.

Un ejemplo de un vínculo insano madre-hijo es cuándo sucede una inversión de roles. Esta exige al hijo que satisfaga sus necesidades, provocando culpa en el niño por la imposibilidad de cumplir la demanda.

Baldicera & Rohnelt, (2012).
Utilizan conceptos de Fonagy sobre la función reflexiva para argumentar lo referente a las interacciones madre e hijos.

Esta trata de la capacidad en la madre de reflejar un estado interno del bebe en ella misma, proporcionándole mediante los cuidados el poder comprender sus propios sentimientos y deseos. La falla en esta función equivaldría al apego inseguro, dejando al sujeto vulnerable a una estructura narcisista o falso Self con distorsiones en las representaciones del estado interno. Cuando un sujeto tiene una representación de su Self distorsionada presenta baja autoestima y autoconfianza, síntomas típicos de la depresión.

Según las autoras, Fonagy también trabaja el concepto de mentalización que es la capacidad de poder reconocer e interpretar el comportamiento humano a partir de la función reflexiva. Permite la confianza en sí mismo, la regulación y control de emociones, la autoestima, autonomía y capacidad de diferenciarse a sí mismo de los otros. Los pacientes con depresión se observan que tienen menos capacidad de mentalización que otros sujetos.

Es así que la depresión en la adolescencia, además, se relaciona a la falla en la función reflexiva y posteriormente a la capacidad de mentalización. No tener suficientemente desarrollada la capacidad de

mentalización impedirá al adolescente poder elaborar pérdidas y transformaciones de la etapa, así como relacionarse con otros. Finalmente obstaculizará la autonomía de la que se habló antes y sería un factor de depresión adolescente (Baldicera & Rohnelt, 2012).

En lo a que estrés se refiere, como detonante de la depresión en el adolescente y de acuerdo con Laufer, (1998). Quien propone que las preocupaciones y comportamientos adolescentes pueden ser normales o tener signos de patologías presentes y futuras, por ello es imprescindible saber cuándo un adolescente precisa ayuda y cuándo no. Argumenta que el transcurrir del proceso es crucial para la salud o enfermedad mental. Por esta razón es importante que se realice una intervención si es necesario. Esto es debido a que todos los adolescentes experimentan estrés en algún momento. Las variaciones de comportamiento son tan numerosas que es difícil saber cuándo puede ser pasajero y cuándo puede ser una señal de una alteración patológica más seria.

Para el autor los siguientes factores son fuentes de tensiones del adolescente, que en su vida adulta deben encontrar respuestas:

* La relación con sus padres: El adolescente debería sentir que sus pensamientos y sentimientos son propios y no dependientes de la reacción de los padres. Es decir que puede separarse emocionalmente de sus padres aún si estos no aprueban su proceder.

* La relación con los compañeros: Poder encontrar y escoger amigos con expectativas y demandas que promuevan el deseo y esfuerzo de convertirse en adultos.

* La visión que el adolescente tiene de sí mismo como persona físicamente madura: La actitud hacia su self como masculino o femenino, así como establecer un cambio de imagen del self como propietario de un cuerpo adulto.

La conducta y el desarrollo en la etapa adolescente no son accidentales, tienen un trasfondo relacionado a la historia de la persona. Muchas veces durante la infancia se mantuvo un conflicto en un equilibrio precario, pero con las demandas adolescentes este se liberó. En esta nueva etapa colapsan los anteriores modos de manejar el estrés y se enfrenta al hecho de que se está fracasando, de la soledad o de ideas de un desenvolvimiento anormal tanto en su relacionamiento social como sexual.

La aprobación de los padres ya no es tan efectiva y se busca más la que viene de los pares.

El autor propone determinados signos de enfermedad mental de riesgo, útiles para visualizar la depresión:

* Cuando el joven hace una regresión hacia la etapa infantil y pierde deseos o esfuerzos para progresar hacia comportamientos más adultos, y no adopta los típicos de la adolescencia. Estas regresiones pueden darse por querer seguir teniendo las satisfacciones infantiles o por miedo a madurar.

* Comportamiento rígido, no se permite una relajación en las demandas que se hace a sí mismo. Aquí estaría comportándose directamente como adulto, al contrario que en el factor anterior. Se pierde de enfrentarse a cambios en su conducta correspondientes a la etapa adolescente, quedando amortiguado en su sentir o en el pensamiento. Para éste el mundo social es algo que debe evitar, así como su cuerpo, tiende a tener pensamientos catastróficos y a querer tener el control de las situaciones.

* El tipo de relaciones sociales que el adolescente mantiene, porque puede mantenerlo en un tipo de relación infantil o al contrario ayudarlo a madurar.

* Si los amigos no son más importantes que los padres. Ahora debería preocuparse más por las opiniones, actitudes y sentimientos de sus amistades más allá de la de los padres.

* Cuando no tiene la capacidad de expresarse o experimentar sentimientos adecuados ante las situaciones que le ocurren. No se expresa o es inapropiado.

* Presenta dificultades para juzgar y comparar reacciones del mundo externo con las creaciones en su mente, por ejemplo, tener desconfianza hasta el punto de creer que confabulan contra él o es tímido y no sale de la casa. Esto un factor que refiere a problemas mentales severos. Así también cómo cuándo siente que algo grave pasa en su cuerpo y le impide hacer una vida normal.

* No puede diferenciar lo que realmente ocurre de lo que piensa, lo que podría derivar en un derrumbe emocional y ruptura con la realidad.

* La actitud que el joven tiene hacia el futuro como atractivo o atemorizante, que le permite o no visualizarse como adulto con capacidades y limitaciones.

* La preocupación por el futuro es normal en la adolescencia, pero el miedo o la no

preocupación pueden referir a una depresión o temor a fracasar como adultos (sexual o social).

* Si el joven tiene fantasías perturbadoras y extrañas que no le permiten seguir con el deseo de ser adulto porque no logra manejarlas. Fantasías sobre su cuerpo, la sexualidad, la masturbación y el relacionamiento con el sexo opuesto. Muchas veces el adolescente siente miedo de sus propios pensamientos, como por ejemplo en la masturbación e intentan controlar sus pensamientos por miedo a volverse loco (Laufer, 1998).

REFLEXIÓN

Existen diferentes enfoques que han tratado de explicar las causas de la depresión. Entre ellos se encuentra el modelo psicoanalista, desde el cual, se puede explicar que, antes que Freud, Abraham, (1912). Estudió la depresión y lo hizo de una forma más extensa. Sin embargo, ambos coincidieron al señalar algunos rasgos comunes en los pacientes con depresión. Entre ellos se encuentran: la reacción a la pérdida de un ser amado o de una abstracción equivalente, un estado de ánimo profundamente doloroso, cese del interés por el mundo exterior, pérdida de la

capacidad de amar, e inhibición de todas las funciones (Polaino-Lorente, 1985).

En cierto sentido, todas las reacciones depresivas adultas son respuestas diferidas con el precipitante inmediato en la vida adulta poniendo de manifiesto sentimientos que pueden rastrearse hasta la niñez temprana. Puesto que todo niño experimenta pérdida y sentimiento de inadaptación, y desamparo, todo adulto posee la capacidad para desarrollar respuestas depresivas (Mackinnon & Michels, 1971).

Freud desarrolló un trabajo llamado “duelo y melancolía” en el cual, sugirió que, así como el duelo resulta de la pérdida por muerte, la melancolía surge por la pérdida de otro tipo. Como no todos los deprimidos habían sufrido una pérdida real, Freud explica que existen otras pérdidas internas a lo que llamó “pérdida de objeto” (Gelder, Gath & Mayou, 1993). El remedio consistía entonces, en explorar la mente inconsciente mediante la asociación libre y estudiando las reacciones del paciente ante su analista con lo cual se identificaban y reconstruían esas primeras experiencias vitales y se resolvían sus influencias en la vida adulta (Gold, 1988).

Según Freud, la causa de muchas depresiones es psicológica. Considera el estado de ánimo depresivo como una forma de adaptación, que funciona como mecanismo de defensa. Él y sus seguidores formularon el concepto de la depresión como una manifestación de hostilidad contra la persona amada a la que se perdió en la infancia. Existe una reacción de odio contra el objeto de amor perdido, por haber desaparecido. Este odio a la persona amada provoca excesivos sentimientos de culpa y, para defenderse contra esta culpa, el individuo revierte contra sí mismo los sentimientos de odio (Vallejo-Nágera, 2005).

Freud explicó que las personas deprimidas pueden ser críticos de sí mismos y señaló además que la depresión se presentaba cuando el enfermo experimentaba en el mismo momento sentimientos de amor y hostilidad (ambivalencia). De esta forma, cuando el paciente pierde un “objeto” amado, el paciente se desespera, y así, cualquier sentimiento hostil vinculado a este “objeto” se dirige en contra del enfermo mismo, como un autorreproche (Gelder, Gath & Mayou, 1993).

Freud sugiere que la depresión normal es el resultado de una pérdida simbólica. Los eventos son vistos de algún modo como si se estuviera quitando el amor o la estima de individuos importantes (Bennett, 2003).

Freud estableció una teoría en la cual la neurosis se originaba por experiencias claves del niño, según iba pasando de una etapa a otra del desarrollo predecible (Gold, 1988). Propuso que el deprimido retrocede a una etapa anterior del desarrollo, la oral, en la cual son potentes los sentimientos sádicos. (Klein, 1934; citado por Gelder, Gath & Mayou, 1993). Desarrolló esta idea al sugerir que el infante debe adquirir la confianza en que, cuando su madre lo deja, volverá aun cuando él se haya enojado. Esta etapa de aprendizaje fue llamada posición depresiva. Klein sugirió que si esta etapa no se rebasa con éxito es muy posible que el niño desarrolle depresión en la vida adulta (Gelder, Gath & Mayou, 1993).

De la misma forma, según (Fenichel, 1945; citado por Davison & Neale, 1983). Freud señaló que el potencial depresivo tenía su origen en la primera infancia. Él afirma que, durante la etapa oral, las necesidades orales del infante pueden ser

insuficientes o excesivamente satisfechas. La persona permanece por lo tanto fijada en esta etapa y depende de la satisfacción de las necesidades características de la misma. Al estar detenida la maduración psicosexual, se puede formar en ella una tendencia a depender excesivamente de otras personas en cuanto al mantenimiento de la propia estimación.

Bibring, (1953) & Jacobson, (1953). Modificaron posteriormente la teoría de Freud. Ellos sugieren que la pérdida de dignidad es de importancia central en los trastornos depresivos. Además, señalaron que la dignidad depende no sólo de experiencias en la etapa oral, sino también de fracasos en periodos posteriores del desarrollo. Sin embargo, aunque la baja autoestima sin duda forma parte del síndrome de trastornos depresivos, no hay evidencia clara en cuanto a su frecuencia antes de que se inicie la enfermedad (Gelder, Gath & Mayou, 1993).

Todos los individuos tienen representaciones mentales de quienes son importantes en su vida, incluidos ellos mismos. Asimismo, además de la representación de quienes somos, existe el ego ideal, que es la imagen mental de lo que quisiéramos ser. De esta forma, el grado en

que la autoimagen corresponda con el ego ideal, contribuye y constituye parte del amor propio. Así, la disminución en la confianza y en la autoestima son síntomas importantes de la depresión. Según el psicoanálisis, la autoestima de la mayoría de los individuos que son propensos a sufrir una depresión, se basa en una aportación continua de cariño, respeto y aprobación por parte de las personas importantes en sus vidas. De esta forma, el distanciamiento o ruptura de una relación con estas personas crea una amenaza para la fuente de abastecimiento narcisista del cariño y la satisfacción de dependencia del paciente. Esto tiene consecuencias en la autoestima del paciente y, por lo tanto, puede conducir a una depresión (Mackinnon & Michels, 1971).

La conducta de los individuos ha sido regida por el principio del placer. De esta forma, el individuo busca el placer, evitando el dolor. La conducta masoquista es otro de los puntos centrales dentro del psicoanálisis. Según esta corriente, dicha conducta, constituye una excepción en la regla (ibid).

El paciente masoquista, parece evitar el placer e inclusive, buscar el dolor. Según el psicoanálisis, el masoquismo es un rasgo

de carácter central de las personas deprimidas. Una de sus formas es cuando el paciente es incapaz de evitar su desdicha. Otra, más grave, es la conducta autodestructiva, como, por ejemplo, el suicidio. Desde otro punto de vista, el masoquismo puede servir como defensa de la depresión, si es así, el paciente puede sentir orgullo por el estado en el que se encuentra. Esto se acompaña de la negación que el paciente expresa de sus dificultades y su proyección hacia el mundo exterior (ibid).

CONCLUSIONES

La adolescencia es una etapa de cambios y transformaciones atravesada por el júbilo de la novedad y la añoranza del pasado con el resultado de lograr la autonomía, donde los objetos de amor primarios parecen tener un papel predominante para la conformación del psiquismo, en el proceso adolescente y en la depresión; es ahí, donde se resalta la importancia de estos procesos vistos de una mirada psicoanalítica en el manejo de la depresión adolescente.

De acuerdo con Marty, (2012). El fenómeno depresivo en el adolescente es parte del trabajo psíquico en este periodo utilizado para tratar la angustia que generan los duelos infantiles y el revivir la pérdida

del objeto de amor después. El estado depresivo normal en el joven es variable y puede ser rápidamente olvidado.

La capacidad en el manejo del estrés puede fracasar por el irrupción de la pubertad y las exigencias del ambiente, el adolescente que no tiene un Yo flexible y fuerte como para enfrentar los nuevos retos puede sentir que fracasa en esta tarea y abandonarse en su crecimiento, según Laufer, (1998). Ante este panorama el joven se encierra en sí mismo y pierde contacto con los demás, se queda fijado en su dolor. Lo que le impide el proceso de exogamia y refuerza su dependencia.

La autonomía también se ve dificultada, porque el sujeto está ocupado en su sufrimiento y no en averiguar quién es. Aspecto importante de la etapa adolescente porque esta consta en la separación progresiva de los padres y el descubrimiento de un Yo independiente, debido a que según Zermoglio, (2013). El adolescente necesita ser él para evitar la enajenación.

Asimismo, Klein, (2014). Expone que para la independencia es necesario que las cargas libidinales sean orientadas desde los objetos de amor al Yo, pero en el

adolescente deprimido, como ya se vio, estas cargas están dirigidas al objeto de amor perdido en el Yo.

El objeto de amor perdido tiene relación con las primeras figuras de apego. Por ello la depresión adolescente tiene su origen en la calidad de los vínculos desde el nacimiento, en particular la relación con la madre.

Del mismo modo Baldicera & Rohnelt, (2012). Plantean que la construcción del psiquismo se realiza a partir de la mirada de la madre en espejo, que se vuelve a buscar en la adolescencia. Incluso antes de nacer ya se está influenciado por el ambiente mediante la herencia familiar (Grassi & Cordova, 2010).

Posteriormente al nacimiento debe existir en el vínculo madre-bebe una separación progresiva para la individuación del infante, que luego es retomada en la etapa adolescente para el proceso de la autonomía e integrado en lo social.

Finalmente, a partir de estos vínculos con el otro se aprende a procesar la angustia para simbolizarla y sirve de base para reelaborar duelos y vivencias infantiles. Un conflicto en la relación madre-bebe podría

llevar a una incapacidad en adquirir la función reflexiva, la mentalización y simbolización, necesarias en el proceso adolescente y para la integración de nuevas representaciones vinculadas a la etapa (Baldicera & Rohnelt, 2012). Además, de acuerdo con los autores y; desde el punto de vista psicoanalítico, la calidad de los vínculos incorporados durante el procesamiento psíquico en la infancia es importantes en el proceso de autonomía, si en la adolescencia el sujeto se comporta de modo narcisista y pierde contacto con los demás es debido a que el objeto externo no fue debidamente incorporado y su acercamiento es vivido como una amenaza para la integridad. Las vivencias infantiles de los vínculos repercuten en la adolescencia cuándo el sujeto tiene que salir al mundo.

Del mismo modo, puede pensarse que la patología depresiva aparece mayormente cuando se revive la pérdida del objeto de amor ocasionada por la separación madre-hijo en la psiquis infantil y en la pubertad se retoma la perdida; ya que los vínculos que no pueden ser procesados en la psiquis podrían ser debido a vivencias de ausencias y/o violencias que marcaron al Yo y no permitieron su completo desarrollo,

marcas que en el proceso adolescente regresan y dificultan su adaptación al medio y desarrollo como adulto.

En consecuencia, es un Yo que no puede procesar las relaciones primarias, ni establecer otras nuevas en su lugar; donde

las fallas en lo vincular provocan la inhibición del proceso adolescente, perpetuando la dependencia y perdiendo sucesivamente su autoestima, lo que le trae sentimientos de culpa y autorreproches, sintomatologías depresivas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abraham, K. (1948). *Investigaciones sobre la Primera Fase Pre-genital de la Libido*. En: Garma A & Rascovsky, L. (Compiladores). *Psicoanálisis de la Melancolía*. Asociación Psicoanalítica. Argentina, Buenos Aires, Argentina.
- Baldicera, C & Rohnelt, V. (2012). Depressao na adolescencia: Uma problemática dos vinculos. *Psicologia em Estudo*; 17(1), 89-91. Recuperado de: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=1&sid=fd9b7995-edf6-46a8-a5c5-83b9891652af%40sessionmgr101&hid=111&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1lZHMtbGl2ZQ%3d%3d#AN=edssci.S1413.73722012000100010&db=edssci>
- Bennett, W. (2003). *Psicosis en niños y adolescentes*. En Psicopatología del niño y del adolescente. Segunda Edición. Santiago, Chile: Ed. Mediterráneo.
- Bibring, L. (1953). *Adolescencia, trauma, identidad*. En: *Adolescencias: Trayectorias turbulentas*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós.
- Cobo, P. (2016). La depresión en los adolescentes. *REMO*; 4(8), 29-33. México.
- Davison, H & Neale, T. (1983). *Los dos conceptos fundamentales: el inconsciente y el goce*. En Cinco lecciones sobre la teoría de Jacques Lacan. Barcelona, España: Ed. Gedisa.
- Fenichel, A. (1945). *Preliminares, problemática, situación*. En: *Melancolía y verdad*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Manantial.
- Gelder, A; Gath, H & Mayou, R. (1993). *El objeto freudiano*. En: *Melancolía y verdad*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Manantial.
- Grassi, A & Córdova N. (2010). *Entre niños, adolescentes y funciones parentales*. Psicoanálisis e interdisciplina. Buenos Aires: Editorial Entreideas.

- Gold, F. (1993). Discurso psicopatológico y subjetividad contemporánea. *En Revista de Psicología Universidad de Chile*; XIV, N° 2, 111-122.
- Jacobson, B. (1953). *El estadio del espejo como formador de la función del yo tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica*. En: Escritos 1. Ciudad de México. México: Editorial Siglo XXI.
- Jeammet, P. (1997). Dynamique de l'adolescence. En: Encyclopédie Médico Chirurgical Psychiatrie. Paris: *Editions Techniques*; 37-213-A20.
- Klein, A. (2004). *Adolescencia: Un puzzle sin modelo para armar*. Montevideo: Psicolibros – Waslala.
- Klein, K. (1934). *La operación adolescente y el límite del niño al adulto*. En: El pasaje adolescente: de la familia al vínculo social. Barcelona, España: Ed. Serbal.
- Laufer, M. (1998). *El adolescente suicida*. Madrid: editorial Biblioteca Nueva.
- Laufer, M & Laufer, M. (1984). *Adolescence and developmental breakdown: A psychoanalytic view*. New Haven: Yale University Press.
- Mackinnon, J & Michels, P. (1971). Figuras de la depresión y figurabilidad melancólica. Precisiones fenomenológicas y psicopatológicas de la melancolía y la depresión. En *Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental*; Vol. 16, pág. 398-410. Sao Paulo, Brasil.
- Marty, F. (2012). *Dependencia y depresión en la adolescencia*. En *Cuestiones de infancia*. (15) p. 106-116. Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales (UCES). Recuperado de: <http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/handle/123456789/1921>
- Pelicier, Y. (1985). *Angoisse et tranquillité*. Paris: Ed. Roger Dacosta; 6. 2 Vol.
- Polaino-Lorente, S. (1985). *Depresión: Síntoma y lazo social*. En *Literatura, Cultura y Enfermedad*. Wolfgang Bongers y Tanja Olbricht, comp. Buenos Aires, Argentina: Ed. Paidós.
- Rojtenberg, S. (2006). *Depresiones; bases clínicas, dinámicas, neurocientíficas y terapéuticas*. Buenos Aires: Polemos.
- Vallejo-Nágera, G. (2005). Teoría psicoanalítica de la depresión: Una revisión de distintas propuestas para su comprensión y clasificación. En *Revista Gaceta de Psiquiatría Universitaria*; 2, 4, 473-481.