

INTRODUCCIÓN

La adolescencia puede pensarse como una etapa del desarrollo o bien como un estado mental que actualmente suele extenderse más allá de lo cronológicamente esperado. Como etapa se caracteriza por un conjunto de fenómenos psicológicos, ligados a transformaciones físicas y fisiológicas así como también a un cambio en el posicionamiento social.

Las frecuentes alteraciones del ánimo que se expresan en la adolescencia dan cuenta de la dura prueba que debe atravesar la precaria estabilidad yoica de los jóvenes.

La adolescencia presentaría la especificidad de: ser el momento privilegiado del paso de una respuesta a una vivencia o a una situación depresógena con **equivalentes depresivos**, a una respuesta con **una depresión propiamente dicha**.

Para una mejor comprensión de estos fenómenos es necesario hacer algunas consideraciones entre el adolescente “normal” en comparación con los jóvenes que atraviesan un duelo patológico o que en sus antecedentes figura la historia de un niño deprimido.

En la clínica adolescente, la diferenciación de estos dos estados afectivos, el “normativo” y el psicopatológico, no siempre resultan fáciles de establecer y puede haber cuadros patológicos subdiagnosticados. Para algunos autores la presencia o ausencia de trastornos significativos del estado de ánimo durante la niñez y los antecedentes familiares tiene importancia para el diagnóstico y pronóstico.

Resulta fundamental el cuadro patológico del “síndrome adolescente” es lo estereotipado, persistente y la falta de movilidad y enriquecimiento del primero.

El término depresión en la adolescencia es uno de los más ambiguos de la nosología. Siguiendo a Malmquist (1971) se utiliza en cuatro acepciones diferentes: como síntoma que refleja un estado emocional interno, como conjunto de respuestas fisiológicas, como síndrome clínico y como entidad nosológica

El adolescente no concurre a la consulta quejándose de estar deprimido como podría hacerlo un adulto, se presenta con un polimorfismo expresivo cambiante.

Si consideramos que ciertas expresiones depresivas son naturales y esperables en la evolución del adolescente, a partir de cuando es necesario hacer una intervención específica, o abstenerse clínicamente?

Propongo pensar este capítulo tratando de dar lugar a esta pregunta en interacción permanente **con la clínica actual**, como manera de evitar caer en rotulaciones generales que no tengan en cuenta **la singularidad del paciente** o por lo contrario dejar pasar una **oportunidad privilegiada de abordaje terapéutico**.

Hacia el final del capítulo se dará cuenta de la psicopatología depresiva con un material clínico de una adolescente y se describirán algunas pautas sobre suicidio adolescente.

Anna Freud en *La adolescencia* (1957) señaló que hay: “una llamativa semejanza entre las respuestas de los adolescentes y el tratamiento de pacientes que atraviesan períodos de duelo o infortunios amorosos”.

Los adolescentes están comprometidos en una lucha con las ansiedades y preocupaciones que el tránsito hacia la adultez les depara, incluida la labor de duelo no fácil de tramitar, con evidencias de sentimientos de nostalgia y añoranza.

No hay adolescencia normal sin oscilaciones depresivas, ligadas a sentimientos de pérdida, esto no necesariamente significa "enfermedad depresiva".

Por otra parte, los adolescentes muestran una extraordinaria movilidad emocional hacia otros estados mentales de interés en: situaciones nuevas, personas o actividades más allá de sus pesares y transitorios períodos de tristeza y retracción.

Aquel que duela siente que perdió a alguien o algo que identifica claramente y que pena por no tener, mientras que el joven no conoce el motivo de su penar, e ignora las razones de su tristeza.

Podríamos decir que el primero sufre un revés en el mundo externo que no quería que le ocurriese y le pasó, que le significa una pérdida por la cual se entristece y duela, mientras que el adolescente sufre por un proceso interno inconsciente, que promueve la renuncia, que tiene un carácter más activo en la búsqueda de independencia de los padres y apartamiento de su autoridad.

El adolescente no tiene una noción clara de este proceso, sino más bien una vivencia difusa (de índole triste en cuanto al desenlace edípico), y además, junto con su añorar el pasado, puede “duelar”, actuar, buscar y crear otros vínculos, realizar actividades sublimatorias y creativas, imaginar y proyectarse en el futuro.

En la Argentina, fueron Arminda Aberastury y Mauricio Knobel (1973) quienes relacionaron la adolescencia con los duelos. Para ellos, el adolescente se ve inmerso en tres duelos:

- 1) el duelo por el cuerpo infantil,
- 2) el duelo por los padres infantiles,
- 3) el duelo por la identidad.

Estos autores señalan que: “ninguna premura interna o externa favorece esta labor, pues como toda elaboración de duelo, exige tiempo para ser una verdadera elaboración y no tomar las características de una negación maníaca”

Todo duelo requiere tiempo de elaboración psíquica y espacio mental para tramitarlo, para aceptar paulatinamente el mandato de la realidad, labor que devuelve al yo la libertad de su libido, desligándolo del objeto perdido y finalmente pudiendo investir otro objeto. Según Freud " cada uno de los recuerdos y esperanzas que constituyen un punto de enlace de la libido con el objeto es sucesivamente sobrecargado, realizándose en él la sustracción de la libido"

Si los mecanismos defensivos se intensifican pueden obstaculizar estas necesidades, y no permiten el entrecruzamiento e interjuego de las emociones y la reubicación de la libido en otros objetos.

El resurgimiento desde las profundidades del duelo transita por *la vía regia del proyecto futuro*.

La sociedad, el mundo de los adultos como continente y sostén de los jóvenes, deberá acompañar en este proceso de crecer y elaborar juntos un duelo. En esta elaboración la tramitación en el grupo de pares es un espacio privilegiado.

La aptitud de elaboración de situaciones de duelo es una de las funciones primordiales del yo.

Mientras que la reacción depresiva está más ligada a **una desilusión** que a una vivencia de pérdida; más que una verdadera depresión es una defensa contra la depresión por un rechazo agresivo de la realidad hiriente y por el recurso arcaico a fantasías primitivas de control omnipotente del objeto.

ENTRECRUZAMIENTO DE DUELOS

El papel de los padres es fundamental en cuanto a la facilitación o traba de la elaboración de los duelos que el joven debe enfrentar. La compleja resolución de esta etapa se ve condicionada por la actitud que asumieron y asumen los padres hacia él o ella, y entre ellos como pareja conyugal, determinada por sus propias vicisitudes edípicas e historia vital, así como por el encadenamiento generacional.

El adolescente estará más en condiciones para afrontar estas pruebas si sus padres han jugado desde su nacimiento, un papel de apoyo y de protección contra las excitaciones tanto externas como internas.

Los padres del adolescente también tienen que realizar acomodaciones conductuales, duelos y modificaciones intrapsíquicas. A veces se torna difícil encontrar la buena distancia relacional con el adolescente, que espera ser adivinado y comprendido sin pasar por la humillación de la demanda

Desde la gestación, los padres han volcado expectativas e ilusiones sobre su hijo, buscan inducir las para lograr su progresivo cumplimiento.

La reestructuración adolescente, el deseo de desasimilación de la autoridad parental, así como el arribo a su plenitud física y sexual que le posibilita enfrentarse a sus padres, pueden generar en mayor o menor grado que se opongan, o desvíen de las expectativas parentales. Esta situación confronta a los padres con la realidad de su hijo y de su rol parental, e implica una caída de idealizaciones de ambas partes.

En algunos padres es vivido como una herida narcisista que obstaculiza el ingreso a un duelo normal.

Los padres tendrán que resignar a ese hijo idealizado deseado y los impulsos incestuosos activados en ellos también, lo que implica un duelo concomitante al que realiza su hijo. Deben aceptar la sexualidad genital del hijo, lo que les hace perder el monopolio de dicha sexualidad dentro de la familia.

El despegue y la individuación mutua, paralelos y concomitantes con la resolución edípica y su correspondiente duelo es un proceso lento, ríspido y muchas veces doloroso. La ostentación de esplendor físico, intelectual y el futuro por delante que los jóvenes muestran se confronta con las primeras señales de envejecimiento, el proyecto de vida más acotado de los padres, quienes a su vez enfrentan la crisis de la edad media de la vida.

A esto se agrega que por lo general en esta época se hace evidente la vejez, la declinación y la muerte de la generación de los padres de los padres del adolescente. Por lo cual los padres se ven en dos frentes al mismo tiempo: uno, que los reconecta con su pasado adolescente y otro, que los proyecta a la vejez y muerte, lo que implica una resignificación no sólo del momento actual de su vida y de la relación con sus hijos, sino también de su lugar de eslabón en la cadena generacional.

Otro aspecto es la reacomodación que debe producirse en la pareja conyugal ligada a los duelos y procesos mencionados, y las alternativas de encuentro, desencuentro o descubrimiento de la pareja en una situación donde el rol activo de crianza infantil ha caducado.

Si uno de los progenitores es controlador y dominante, frustra el deseo del adolescente de sentirse independiente, confiar en sus propias capacidades, practicar las habilidades que ha aprendido, experimentar sus propios éxitos y aprender de sus errores.

La autoconfianza y la autoestima disminuyen y surge la rabia contra sí mismo y contra los padres. Eventualmente, las acciones del adolescente dejan de estar regidas por la lógica y responden tan sólo a su necesidad interior de establecer su identidad a través de la rebelión contra la actitud dominante del progenitor.

Esto puede llegar a estados depresivos y conducir a ideas suicidas, el acto suicida se convierte entonces en la destrucción de su propio self desvalorizado y al mismo tiempo, en el castigo del progenitor.

DUELO PATOLÓGICO

En 1917, Freud planteó la diferencia que existe entre la “aflicción” o duelo normal y la melancolía o **duelo patológico**. La aflicción responde generalmente a la pérdida de un ser amado y se presenta con un estado de ánimo doloroso, desinterés por el mundo exterior, inhibición de las funciones, pérdida de la capacidad de amar. Esta inhibición y restricción del yo se comprende dentro de un duelo normal, es decir la substracción de la libido del objeto perdido y su desplazamiento hacia uno nuevo. En cambio en el duelo patológico además de todos los síntomas descritos anteriormente se caracteriza por la disminución de la autoestima con reproches y acusaciones, de que el paciente se hace objeto a sí mismo y espera un consecuente castigo. Se complace en comunicar a todo el mundo sus defectos como si esta denigración buscara una satisfacción. Freud planteó que los reproches con los que el paciente se abruma corresponden en realidad a otra persona, a un objeto erótico perdido, y han sido vueltos contra sí mismo. Reconoció que, en la melancolía, el objeto abandonado es reconstruido en el yo, y que los autorreproches significan la agresión al objeto internalizado.

La pérdida es experimentada como una pérdida del propio yo, debido a la identificación con el objeto perdido, esto sucede cuando la relación con el objeto se estableció de manera indiferenciada. La sustitución del amor al objeto por una identificación es un mecanismo característico de las afecciones narcisistas.

En el duelo patológico recae el odio sobre este objeto sustituto internalizado, humillándolo y haciéndolo sufrir. Si tomamos la teoría Freudiana de Instintos de vida y de muerte, en la melancolía los impulsos tanáticos liberados debido a la defusión pulsional se vuelven en contra del yo. Mientras que en el duelo normal éstos han sido integrados junto con los impulsos de vida, y el yo puede establecer los límites entre sí mismo y el objeto externo, de manera tal que aceptar la pérdida del objeto implica que el individuo lo puede sobrevivir y que es capaz además de hacerse cargo de las energías de vida y de muerte liberadas en la pérdida para poder recatectizar un nuevo objeto.

Modalidades de presentación de la depresión en la adolescencia.

1) CUADRO DEPRESIVO CLÁSICO:

Es comparable al cuadro clínico del adulto y su frecuencia en el adolescente crece con la edad.

Sintomatología:

- a) Inhibición psicomotora
- b) bradipsiquia
- c) humor depresivo
- d) dolor moral
- e) desvalorización
- f) trastornos fisiológicos que pueden cursar con anorexia, astenia, insomnio.
- g) 1) vertiente de la culpabilidad con autorreproches
2) vertiente narcisista con vergüenza y autodesprecio.

**CUADRO DE DEPRESIÓN EN LA ADOLESCENCIA
(Widlöcher 1978)**

DEPRESIÓN COMO PROLONGACIÓN DE LA PATOLOGÍA DE LA INFANCIA	DEPRESIONES QUE SON EXPRESIÓN DE UNA NUEVA PATOLOGÍA
<ul style="list-style-type: none"> • Formas de evolución de una neurosis de la segunda infancia 	<ul style="list-style-type: none"> • Disociación esquizofrénica . • Depresiones sintomáticas de otra afección.(depresión secundaria)
<ul style="list-style-type: none"> • Expresión tardía de una carencia afectiva precoz grave 	

2) DEPRESIONES ENMASCARADAS:

Por otro lado las llamadas depresiones enmascaradas nos confrontan con el interrogante del problema de los límites de la noción de depresión en la adolescencia y la capacidad del adolescente para organizar una reacción depresiva.

En estos casos la depresión puede ocultarse tras cualquier síntoma y cualquier trastorno de comportamiento del joven. Es posible agrupar sus manifestaciones según ciertas modalidades preferentes de expresión:

Quejas somáticas	<ul style="list-style-type: none"> • Astenia • cefaleas episódicas • dolores abdominales erráticos • fatiga intensa • abulia • preocupaciones hipocondríacas. • Dismorfofobias
Trastornos del comportamiento	<ul style="list-style-type: none"> • conductas impulsivas. • fugas. • comportamientos delictivos menores. • tendencias antisociales • suicidio o tentativas de suicidio
Inhibiciones	<ul style="list-style-type: none"> • restricción de las áreas de interés.

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">• pobreza de expresión motriz.• descenso del rendimiento escolar |
|---|

SIGNOS DE ALARMA

Es importante hacer la debida intervención si los siguientes signos de depresión **persisten** y se establecen de **una manera estable** en la vida de un adolescente:

1) Estado de ánimo triste 2) llanto inmotivado 3) desesperanza 4) Disminución de sus actividades habituales o/y incapacidad para disfrutar las actividades favoritas 5) aburrimiento persistente 6) Baja energía 7) Aislamiento social, pobre comunicación 8) Baja autoestima y culpa 9) Extrema sensibilidad al rechazo o fracaso 10) Irritabilidad permanente, hostilidad 11) Dificultad en establecer relaciones 12) Ausencia escolar o pobre rendimiento 13) Baja concentración 14) Pensamientos suicidas o destructivos 15) acciones autoagresivas

LA SEXUALIDAD Y DEPRESIÓN EN LA ADOLESCENCIA

En la adolescencia, el proceso de maduración sexual produce una temporaria reviviscencia de aspiraciones instintivas edípicas y preedípicas, lo que reactualiza la previa lucha infantil.

Los deseos incestuosos sexuales y hostiles activados en la adolescencia se tienen que resignar definitivamente, y los lazos de ternura con sus padres se tienen que aflojar para garantizar su **salida exogámica**.

Estas resignaciones son una de las causas de sus reacciones de pena, que no tienen equivalente en la niñez.

Este proceso fue considerado por Freud (1905) como “uno de los logros psíquicos más importantes, pero también más penosos”.

Tomando en cuenta el complejo de Edipo, James Anthony (1982) describe dos tipos de depresión en el adolescente: Preedípica y Edípica

En la Preedípica el adolescente tiene un fuerte vínculo simbiótico con una madre omnipotente que satisface necesidades. La figura del padre está ausente y este hijo ha quedado ligado indiscriminadamente a esta madre sin un representante paterno que haga de corte a esta relación y se pueda acceder a la triangulación Edípica con su consecuente identificación con la instancia parental del mismo sexo y renuncia amorosa de la figura parental del sexo contrario.

En estos casos, el problema crucial tiene que ver con las discrepancias entre el yo y el ideal del yo y los consiguientes cambios en la autoestima.

La vergüenza y la humillación, la inferioridad, la inadecuación y la debilidad constituyen los principales afectos, y el resultado eventual es el desvalimiento del yo. Las relaciones objetales son de tipo narcisista y no existe una separación clara entre el self y el objeto.

La oralidad es de índole primitiva. La madre, a su vez suele ser sádica, despectiva, con tendencia al reproche y al menosprecio. Este tipo de depresión tiene un desarrollo cíclico.

Los ciclos corresponden a los altibajos de la autoestima, en una parte del ciclo la autoestima se torna grandiosa, el estado anímico es eufórico pero luego de una herida narcisista pasa a un ciclo de baja autoestima, y sentimientos de desvalimiento extremo, puede en estos casos recurrir a alguna actuación masoquista.

En la Edípica el adolescente que padece el segundo tipo de depresión ha atravesado el complejo Edípico pero con una considerable culpa y masoquismo moral asociados con haber incorporado un superyó altamente punitivo que se ensaña con el yo. El superyo es una de las instancias de la personalidad junto con el ello y el yo descrito en la 2da teoría del psiquismo, se considera como el heredero del complejo de Edipo, se constituye por interiorización de las exigencias y prohibiciones parentales y su instalación va paralela a la declinación del complejo de Edipo. Dice Freud (1932):" El superyo del niño no se forma a imagen de los padres, sino más bien a imagen del superyo de éstos; se llena del mismo contenido, se convierte en el representante de la tradición, de todos los juicios de valor, que de este modo persisten a través de las generaciones".

En la depresión Edípica, la hostilidad dirigida contra los padres, se vuelve contra el self y las tendencias al autodesprecio apuntan, en última instancia, a destruir la imagen idealizada de los padres por los que el joven se siente traicionado.

Los sentimientos de autorrechazo, provocados por la desilusión que produce el derrumbe de la idealización de los padres, lleva por último a dirigir la agresión contra el self, agresión que aniquila tanto al self como a los objetos odiados incorporados, y la muerte es el castigo que corresponde al deseo de matar.

CASO CLÍNICO

A continuación relato el caso de una adolescente con una psicopatología depresiva, con predominio de quejas, desesperanza, autorreproches y veladas acusaciones.

Consuelo tiene 18 años. Los padres solicitan la consulta preocupados por: el desinterés y el abandono de los estudios, las dificultades para relacionarse con amigos, la introversión, el desgano y una permanente insatisfacción y queja con ella misma y el mundo. Su restringido impulso vital parece estar comprometido en una lucha reivindicatoria en defensa del medio ambiente pero que no logra concretar en acciones consecuentes.

La madre, de rasgos melancólicos, la define como la torpe de la familia, la que rompe cosas. Los hermanos primero sienten compasión pero luego terminan diciéndole "estúpida".

La madre dice que cuando ella era joven le parecía que el mundo se le venía abajo frente a la mínima dificultad, igual que a Consuelo.

El padre manifiesta que es "la sacrificada", su lugar es de mártir dentro de la casa. Aclara que este problema lo arrastra desde que era una niña, apocada y pesimista. "No tiene una vocación definida ni confianza en sí misma." Comenta que hace cuatro años no le dio permiso para salir con una amiga a una fiesta y que desde ese momento no quiso ir más a fiestas. Rechaza invitaciones porque tiene la cara con acné. Consuelo se rasca y lastima los granitos. "Ella no soporta adversidades." Y agrega que Consuelo dice que se va a quedar a cuidarlos a ellos en la vejez.

Ambos padres relatan historias personales de pérdidas y desamparo. Cuentan que falleció una hija al poco tiempo de nacer. Unos meses después la madre quedó embarazada de Consuelo. Tienen tres hijos: la mayor, Luciana, de 22 años es una joven que se destaca en todo lo que hace, luego viene Consuelo y un varón, Rubén, un año menor que ella, que es intelectualmente brillante.

Infiero que esta familia no puede ofrecer un tejido elaborativo para enfrentar los duelos. Tienden a obturar las pérdidas con parches. Consuelo no pudo ser investida por su madre,

ya que ella estaba capturada en un duelo por la muerte de su hija y luego deslumbrada por el varón que nació cuando Consuelo tenía un año. Esta familia plantea dificultades para la salida exogámica de esta hija.

En la entrevista Consuelo dice: "Les doy lástima, a ellos no les cabe que a mí no me gusten las fiestas, que no quiera salir con amigos, tienen lástima que yo viva de esta manera, que desperdicie mi juventud, que nada me guste. Tendría que hacer algo pero no hago nada. Todos me quieren ayudar, pienso que no voy a cambiar, ellos quieren que cambie para estar mejor. La vida es sufrimiento, se viene al mundo a sufrir y la humanidad está haciendo un daño terrible al planeta, yo misma cuando conduzco el auto contribuyo a la contaminación ambiental.

Quisiera estar en una reserva ecológica, lo único que me gusta es el contacto con la naturaleza, pero sé que eso es imposible porque tendría que dejar a mi familia.

Aunque seas la mejor terapeuta no podrías hacer nada por mí, tomé la entrevista para no defraudar a mamá, para que no se ponga mal, siempre hago esas cosas para que no se enojen.

Prefiero estar sola, si estoy con compañeros y me preguntan qué estoy haciendo y les digo que nada, vienen las miradas o comentarios."

Se puede ver cómo Consuelo busca ubicarse en el lugar de la lástima para desde allí extorsionar a través de la culpa. Ella utiliza la culpa para de esa forma vengarse de aquellos objetos que quiebran la ilusión de la omnipotencia de su yo ideal. Guarda un profundo resentimiento y necesitaría que su padre reconociera cuán equivocado estaba cuando no la dejó ir a la fiesta cuando ella lo demandó.

En lugar de sentirse impulsada por la ilusión de un objeto ideal, refuerza los métodos de agresividad que el odio y la envidia de su organización narcisista le inspiran. Busca el triunfo sobre el objeto a costa de su autoflagelación y evita a toda costa el dolor depresivo.

Compromete su energía en un marcado oposicionismo disfrazado de docilidad e intenta una denigración sistemática del mundo adulto. Creo también que ella ha convertido su lugar de damnificada en un lugar de víctima cronificada desde donde queda atrapada e intenta impotenzar los recursos de ayuda que se le ofrecen.

Posteriormente, el desarrollo del tratamiento confirmó estas primeras hipótesis, permitiendo diferenciar con claridad este cuadro de los estados de depresión y tristeza que caracterizan al adolescente "normal".

En este caso la pérdida de la autoestima condujo a una reacción de tinte paranoico. A diferencia de la melancolía, en las depresiones narcisistas, la pérdida del yo es primaria a la pérdida del objeto, el objeto perdido es el yo mismo, identificado con su yo ideal.

Se distingue así el duelo por el objeto, del duelo por el yo que caracteriza este cuadro. La pérdida del yo ideal es vivida por esta adolescente como una consecuencia directa de la frustración que provocan sus objetos primarios.

Entiendo al yo ideal como una estructura de precaria integración de primitivas partes disociadas entre sí, que permite ilusoriamente negar la temprana angustia de indefensión, impotencia y dependencia extrema. Es un ideal de omnipotencia narcisista fraguado sobre el modelo del narcisismo infantil.

A diferencia del yo ideal el ideal del yo surge de la convergencia del narcisismo (idealización del yo) y las identificaciones con los ideales de la cultura, y los padres

como representantes de la misma y sus sustitutos. Como instancia diferenciada, el ideal del yo constituye un modelo al que el sujeto intenta ajustarse.

Estos jóvenes son extremadamente dependientes de suministros externos narcisísticos con el fin de intentar recrear todo el tiempo la ilusión de la omnipotencia de su yo ideal. La menor decepción los conduce a un colapso, ya que el ideal del yo no está suficientemente arraigado como para ofrecer una salida a esta situación.

SUICIDIO EN LA ADOLESCENCIA

Si bien el acto suicida no implica necesariamente una depresión de base, teniendo en cuenta la modalidad conductual actuadora del adolescente aportaré algunos datos y finalmente reflexiones acerca del acto suicida en la adolescencia.

A nivel mundial el suicidio es la segunda causa de muerte en la adolescencia, (excepcional antes de los 14 años), le sigue a la muerte por accidentes, de los que una buena parte se puede suponer que tienen una significación suicida. En Estados Unidos es la tercera causa de muerte en adolescentes y jóvenes. (Andersen, et.al, National Vital Statistics Report, 2003.)

En materia de suicidios la Argentina ocupa el primer lugar en América latina y el puesto trece dentro de las estadísticas mundiales. El desamparo social estaría en la base de estas decisiones de los jóvenes. Del total de suicidios en Argentina desde 1986, algo más del 10% corresponde a adolescentes, en una proporción mayor de varones que de mujeres con respecto al hecho consumado.

La incomunicación, la soledad, la falta de proyectos, la situación económica del país, la caída de los valores, el desempleo tienen su influencia en la toma de estas decisiones extremas.

El aumento de casos de suicidio en los adolescentes se vincula también con un proceso de desintegración familiar, y con “límites no claros”, que tienen que ver con la percepción de la imposición de límites que después los adultos transgreden y que, a su vez, produce un circuito de dobles mensajes enloquecedor.

El incremento de las adicciones y en particular el alcoholismo llevan con frecuencia a estados depresivos que derivan en el deseo de autoagresión.

Desde la constelación familiar, la combinación de una madre controladora y dominante y un padre pasivo e indiferente aparece en muchas historias de adolescentes con tentativas de suicidio.

La imposibilidad de responder a exageradas expectativas de los padres y la sensación de constituir una decepción para ellos, puede socavar la autoestima y producir culpa ante la incapacidad para recompensar adecuadamente la demanda parental. Los jóvenes con poca autoestima pueden recurrir a un intento suicida para atraer la atención y la publicidad que pueden conferirles el status anhelado.

Por lo tanto, no resultaría sorprendente descubrir que el “contagio” desempeña cierto papel en la elección del suicidio como medio de alcanzar la misma notoriedad que otra persona ha logrado. El elemento de sugestión se revela en el hecho bastante frecuente de que, poco después del intento, hay otros actos suicidas en el medio inmediato.

La conducta suicida surge por la incapacidad de elaborar el desmoronamiento de su yo ideal frente a las permanentes heridas narcisísticas con que la vida lo expone y también

por la falla de su ideal del yo no consolidado que padece el mismo destino que el yo ideal. Se produce entonces el colapso narcisista.

Un denominador común de casi todos los adolescentes actuadores es su incapacidad para comunicarse, o la falta de personas con las que pueden hacerlo en forma significativa. Por lo tanto, parecería que una de las principales medidas para prevenir una actuación es la apertura de canales de comunicación verbal entre el terapeuta y el paciente, y más tarde, entre éste, los padres y los docentes, de modo que en el futuro los conflictos puedan verbalizarse y no actuarse. Es necesario que el terapeuta esté lo suficientemente disponible y asegure el carácter confidencial de las comunicaciones.

La prevención del comportamiento suicida requiere una tarea multidisciplinaria. El afán de autodestrucción es mucho más que una tragedia personal: las evidencias revelan que es un grave y complejo problema social.

BIBLIOGRAFÍA

Aberastury A, Knobel A. La adolescencia normal. Paidós. Buenos Aires, 1973.

Anthony J. Dos tipos contrastantes de depresión adolescente y su tratamiento. Psicoanálisis 1982, IV-1.

Aryan A. La adolescencia: aportaciones a la metapsicología y psicopatología. Psicoanálisis 1985, VII-3.

Empfield Maureen & Bakalar Nick. Understanding Teenage Depression. 2001, Henry Holt & Company Incorporated.

Freud A. Psicoanálisis del desarrollo del niño y del adolescente. Buenos Aires: Paidós; 1976.

Freud S. Tres ensayos para una teoría sexual. Obras completas, 1915. Vol. VII. Amorrortu, Buenos Aires.

Freud S. Duelo y melancolía. Obras completas, 1917, Vol. XIV. Amorrortu, Buenos Aires.

Freud, S. El yo y el ello. Obras completas, 1923, Vol XV. Amorrortu, Buenos Aires.

Garbarino H. Duelo por el yo y depresión narcisística, en Estudios sobre el Narcisismo. Bibl Uruguaya de Psicoanálisis. Tomo 2. Montevideo, 1986.

Jacobson E. Los adolescentes: sus estados de ánimo y la remodelación de sus estructuras psíquicas. Ficha de Apdeba.

Jeammet Philippe Cap XIII La depresión en la adolescencia Tratado de Psiquiatría del niño y del adolescente. 1993 Tomo III Biblioteca Nueva, Madrid, España.

Kancyper L. La adolescencia como campo dinámico. Actualidad psicológica, 1997.

Kuten J. Algunas reflexiones acerca de la psicopatología del suicidio. Ficha de Apdeba.

Malmquist C.P Depression in childhood and adolescence N.Engl J.Med 1971.

Meltzer D. Seminarios de Novara. Cuaderni di psicoterapia infantile. Ed. Borla, 1978.

Probst E. Perturbaciones narcisísticas en la adolescencia y suicidio. Rev Psicoanalítica, 1989; III (1):7-13.

Widlöcher D. De la psychologie du deuil à la biochimie de la dépression. rev Prat 1978