

Depresiones y suicidios. La unánime noche. Las adolescencias a la intemperie

Dr. Sergio Rojtenberg

Miembro titular con función didáctica de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires
Presidente de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires

Introducción

Marcelo Viñar (FLAPPIA, 2007) señala que *“las adolescencias son mucho más que una etapa cronológica de la vida y del desarrollo madurativo. Son trabajos de transformación o procesos de expansión y crecimiento, de germinación y creatividad que —como cualquier proceso viviente— incluyen logros y fracasos, los que nunca se distribuyen en blanco y negro”*.

Tomaré esta afirmación como punto de partida, porque resume con gran precisión la complejidad de la adolescencia. No estamos frente a una simple etapa evolutiva, ni frente a una transición lineal entre la infancia y la adultez. Estamos frente a un proceso turbulento, intenso y profundamente transformador, en el que confluyen fenómenos psicológicos, cambios corporales, reordenamientos vinculares y modificaciones en el posicionamiento social del sujeto.

Las frecuentes alteraciones del ánimo que se expresan en este período dan cuenta de la dura prueba que debe atravesar la aún precaria estabilidad yoica de los jóvenes. Los cambios puberales traen consigo una vivencia de sorpresa, a menudo de alienación, y un sentimiento de extrañeza frente a sí mismos y frente al mundo.

Es también un momento en el que las fuerzas creativas y el instinto epistemofílico adquieren una relevancia singular. Pero puede convertirse, al mismo tiempo, en un tiempo profundamente perturbador, en la medida en que la intensidad de los impulsos sexuales y agresivos, junto con las ansiedades que los acompañan, puede amenazar con inundar el psiquismo con una fuerza abrumadora, favoreciendo la desvinculación entre impulsos de vida y de muerte y el choque entre tendencias progresivas y regresivas (Bronstein, 2025).

Desde esta perspectiva, la adolescencia no es sólo un momento de crecimiento. Es también un tiempo de duelo, de desorganización relativa, de reestructuración narcisista, de vulnerabilidad y, en ciertas circunstancias, de alto riesgo.

Los adolescentes y los duelos

Anna Freud, en *La adolescencia* (1957), señaló la *“llamativa semejanza entre las respuestas de los adolescentes y el tratamiento de pacientes que atraviesan períodos de duelo o infortunios amorosos”*. Esta observación conserva toda su vigencia clínica.

El adolescente se encuentra comprometido en una lucha con las ansiedades y preocupaciones que el tránsito hacia la adultez le impone. Entre ellas, ocupa un lugar central la labor de duelo. Se trata de un trabajo psíquico complejo, no siempre fácil de tramitar, y acompañado con frecuencia por sentimientos de nostalgia, añoranza y pérdida.

No hay adolescencia normal sin ciertas oscilaciones depresivas ligadas a sentimientos de pérdida. Pero estas oscilaciones no equivalen, necesariamente, a una depresión

constituida. Esta distinción clínica es central, porque evita tanto la patologización apresurada como la banalización de signos que, en otros casos, pueden anticipar un cuadro más severo.

Aberastury y Knobel describieron de manera clásica tres duelos propios de la adolescencia: el duelo por el cuerpo infantil, el duelo por los padres infantiles y el duelo por la identidad infantil. A ello agregaron una observación decisiva: *“ninguna premura interna o externa favorece esta labor, pues, como toda elaboración de duelo, exige tiempo para ser una verdadera elaboración y no asumir las características de una negación maniaca”*.

Todo duelo requiere de un espacio mental para ser tramitado. Supone aceptar paulatinamente el mandato de la realidad, desligar la libido del objeto perdido y recuperar la posibilidad de investir nuevos objetos. Freud expresó esta operación con una formulación ya clásica: *“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”*.

Cuando los mecanismos defensivos se intensifican excesivamente, pueden obstaculizar este proceso, impidiendo el entrecruzamiento de las emociones y la reubicación de la libido. En cambio, cuando el trabajo de duelo logra avanzar, el proyecto futuro suele abrirse como una vía regia de resurgimiento.

La sociedad y el mundo adulto, en tanto continente y sostén de los jóvenes, deberían acompañar este proceso de crecimiento y de elaboración. También el grupo de pares constituye, en esta etapa, un espacio privilegiado para la tramitación del malestar.

Sin embargo, muchos adolescentes actuales viven una experiencia de vacío subjetivo. Viñar describe con gran agudeza cómo el mundo contemporáneo puede producir *“la patología del tedio o del vacío... el sinsentido del mundo que se habita”*. Este vacío se manifiesta como apatía, aburrimiento crónico, retraimiento, falta de proyecto y conductas de riesgo.

Frente a ello, no es infrecuente que la respuesta del entorno, e incluso de ciertos dispositivos de salud, se oriente rápidamente hacia la medicalización. Muchas veces esto ocurre bajo la presión de la urgencia familiar: *“dele algo, por favor”*. Pero no siempre conviene apresurarse a llenar con fármacos un vacío de expresiones. En ocasiones, lo necesario es abrir un trabajo con palabras, con sentido, con escucha y con tiempo.

Aquí emerge una pregunta clínica decisiva: si ciertas expresiones depresivas son esperables en la evolución adolescente, ¿a partir de cuándo se hace necesaria una intervención específica?, y también, ¿cuándo corresponde abstenerse clínicamente para no invadir ni clausurar procesos que necesitan desplegarse?

Las figuras parentales y los duelos compartidos

El acompañamiento social y, sobre todo, el de las figuras parentales resulta decisivo, ya sea facilitando u obstaculizando la elaboración de los duelos que el joven debe atravesar.

El adolescente estará en mejores condiciones para afrontar estas pruebas si sus figuras parentales han cumplido desde el inicio de la vida una función de apoyo y de protección frente a las excitaciones externas e internas, y frente al empuje pulsional en general.

Pero no sólo el adolescente está convocado a realizar un trabajo psíquico. También las figuras parentales deben atravesar acomodaciones conductuales, duelos y modificaciones intrapsíquicas. No siempre les resulta sencillo encontrar la buena distancia relacional con un adolescente que, con frecuencia, espera ser comprendido sin pasar por lo que vivencia como la humillación de la demanda.

Desde la gestación, los padres han depositado expectativas e ilusiones sobre ese hijo, intentando muchas veces orientar su desarrollo hacia el cumplimiento progresivo de esas proyecciones. La reestructuración adolescente, el deseo de desasimio de la autoridad parental y el arribo a una plenitud física y sexual que permite al joven enfrentarse a sus padres, pueden generar oposición o desvío respecto de las expectativas parentales.

Esta situación confronta a los padres con la realidad de su hijo y con la realidad de su propio rol parental, e implica una caída de idealizaciones de ambas partes. En algunos casos, ello es vivido como una herida narcisista que obstaculiza el ingreso a un duelo normal.

Las figuras parentales deben resignar al hijo idealizado y también elaborar los impulsos incestuosos reactivados en ellas, en un duelo concomitante al que realiza el hijo. Deben aceptar la sexualidad genital del adolescente, lo que implica perder el monopolio de esa sexualidad dentro de la familia.

El despegue y la individuación mutua, paralelos a la resolución edípica y a su duelo correspondiente, constituyen un proceso lento, áspero y muchas veces doloroso.

Además, el esplendor físico e intelectual de los jóvenes, así como el porvenir que encarnan, se confronta con las primeras señales de envejecimiento de los padres, con la limitación creciente de sus proyectos y con la crisis de la mediana edad. A ello se suma que, en esta etapa, suele hacerse evidente la vejez, la declinación y la muerte de la generación anterior. De este modo, los padres quedan situados en un doble frente: uno que los reconecta con su propia adolescencia y otro que los proyecta hacia la vejez y la muerte.

Todo esto exige una resignificación del lugar que ocupan en la vida, en la relación con sus hijos y en la cadena generacional. También la pareja conyugal debe reacomodarse frente a estas transformaciones, en un momento en el que el rol activo de crianza infantil ha caducado y pueden abrirse nuevas posibilidades de encuentro, desencuentro o redescubrimiento.

Duelo patológico y melancolía

En *Duelo y melancolía* (1917), Freud estableció una distinción fundamental entre ambos estados. El duelo responde, por lo general, a la pérdida de un ser amado y se manifiesta con dolor psíquico, desinterés por el mundo exterior, inhibición y

disminución de la capacidad de amar. Esta retracción del yo se comprende dentro de la economía de un duelo normal: la libido es retirada del objeto perdido para poder desplazarse luego hacia nuevos objetos.

En la melancolía, en cambio, además de estos rasgos, aparece una marcada disminución de la autoestima, acompañada de autorreproches, autoacusaciones y expectativa de castigo. Freud mostró que esos reproches dirigidos contra sí mismo están, en realidad, destinados al objeto erótico perdido y han sido vueltos contra el yo. El objeto abandonado es reconstruido en el interior del yo, y la agresión dirigida hacia él se transforma en autorreproche.

La pérdida pasa así a ser vivida como pérdida del propio yo, debido a la identificación con el objeto perdido. Esto ocurre especialmente cuando la relación con el objeto se estableció de manera indiferenciada. La sustitución del amor al objeto por una identificación constituye, en este sentido, un mecanismo característico de las afecciones narcisistas.

Estas formulaciones resultan particularmente fecundas para pensar ciertas depresiones adolescentes en las que la pérdida, el narcisismo y la fragilidad de los límites yoicos se entrelazan con gran intensidad.

Bleichmar: fijación al objeto, yo ideal y colapso narcisista

Bleichmar amplía estas perspectivas mostrando que el duelo patológico puede originarse en una fijación primaria al objeto, que vuelve difícil su sustitución. Esa fijación primaria puede explicarse porque el objeto cumplía funciones múltiples para el sujeto: satisfacción de necesidades narcisistas, sostén de la autoconservación y de la autorregulación psicobiológica, provisión de estados afectivos deseados y oferta de placer sensual o sexual.

A ello puede agregarse una fijación secundaria al objeto perdido, favorecida por el sentimiento de culpa, por el trauma narcisista de la pérdida, por la carencia de recursos cognitivos, emocionales o relacionales para sustituirlo, por la pérdida de confianza en la posibilidad de reparación o por la ausencia de objetos de reemplazo en la realidad.

Otro de sus aportes fundamentales se refiere al yo ideal. El yo ideal está conformado por los atributos de máxima valoración del yo-representación. Es ideal en doble sentido: por ser perfecto y deseado, y por ser al mismo tiempo ilusorio. No existe un único yo ideal. Para que algo sea concebido como perfecto, debe existir también la representación de lo imperfecto.

El yo ideal implica, por lo tanto, la existencia de su negativo, investido con el menor valor. De la articulación entre el yo y estas representaciones derivan distintas configuraciones posibles. El sujeto puede identificarse con el yo ideal y proyectar en otro su negativo; pero también puede ocurrir que se identifique con ese negativo, como sucede en ciertas variantes de la melancolía.

Cuando el alejamiento de la identificación con el yo ideal es vivido como una caída en el negativo del yo ideal, es decir, como no valer nada, el sujeto queda atrapado en una

lógica binaria, de todo o nada, sin posiciones intermedias. Predomina entonces una organización en torno a un rasgo único que absorbe toda la valoración de la personalidad, eclipsando otros posibles ideales del yo.

La metáfora de Ícaro resulta aquí especialmente expresiva: al pretender alcanzar el sol, termina precipitado por la caída. El colapso narcisista remite justamente a esa imposibilidad de tolerar la distancia entre el ideal y la realidad del sí mismo.

En este marco, Bleichmar distingue tres formas esenciales de depresión: la depresión narcisista, la depresión culposa y la depresión por pérdida simple de objeto.

En la depresión narcisista, lo central es la discordancia entre la representación de sí mismo y el yo ideal. El sujeto vive que ha perdido el amor del objeto exterior y del superyó porque no alcanza aquello que debería ser.

En la depresión culposa, en cambio, la discordancia se da entre el sujeto, vivido como malo o agresivo, y el ideal de bondad o no agresión. El amor del objeto aparece perdido porque el sujeto se siente dañado.

Estas conceptualizaciones permiten un refinamiento clínico importante, porque nos ayudan a diferenciar modalidades depresivas que, aunque converjan en el sufrimiento, no obedecen a la misma organización intrapsíquica.

Redes sociales, adolescencia y vulnerabilidad contemporánea

Quisiera ahora introducir un aspecto ineludible de la clínica actual. Jonathan Haidt, psicólogo social estadounidense, ha alcanzado amplia repercusión con su libro *La generación ansiosa* (2024). Sus planteos resultan especialmente sugerentes para pensar la adolescencia contemporánea, en la medida en que subraya la importancia de la sensibilidad a la aprobación social, la pertenencia grupal y la regulación moral en la constitución subjetiva.

Si bien el incremento de síntomas depresivos, conductas autolesivas y comportamientos suicidas en adolescentes se inicia antes de la pandemia, distintos estudios recientes muestran que el COVID-19 y la pospandemia actuaron como factores de amplificación, a través del aislamiento social, el aumento del tiempo de exposición a dispositivos digitales y la disrupción de las rutinas vitales.

En este contexto, Haidt propone una hipótesis de gran impacto: la masificación del uso de smartphones y redes sociales no constituye un elemento accesorio, sino un factor central en la transformación del desarrollo psíquico contemporáneo. El período comprendido entre 2010 y 2015 marcaría una inflexión histórica en la experiencia subjetiva de la adolescencia.

La progresiva sustitución de las interacciones cara a cara por formas de socialización mediadas digitalmente introduce condiciones que favorecen la emergencia de vulnerabilidad psicopatológica. Entre ellas, la intensificación de la comparación social, la dependencia del reconocimiento externo inmediato y la exposición permanente a la mirada del otro.

Desde el punto de vista clínico, esto configura un terreno especialmente fértil para el desarrollo de cuadros depresivos. La evaluación social constante, expresada en “likes”, comentarios y visualizaciones, funciona como un sistema de validación intermitente que fragiliza la autoestima y consolida sentimientos de insuficiencia y exclusión. La experiencia subjetiva queda subordinada a una lógica de visibilidad y aprobación que erosiona la consistencia del self.

El impacto de las redes no se limita, además, al incremento de la sintomatología depresiva, sino que también se extiende al aumento de conductas autolesivas y suicidas. Este pasaje del malestar al acto puede pensarse a partir de varios mecanismos: dificultad en la regulación afectiva, disminución del juego libre y de la interacción no mediada con pares, con el consiguiente empobrecimiento de recursos simbólicos, y predominio de respuestas impulsivas favorecidas por la lógica de la inmediatez.

Haidt introduce asimismo la idea de una “trampa social”: aunque los adolescentes adviertan el impacto negativo de las redes, no pueden abandonarlas sin pagar un alto costo en términos de pertenencia y reconocimiento. Se trata de una dependencia estructural al entorno digital, sostenida por la propia organización del lazo social contemporáneo.

Subraya también una mayor incidencia de estos fenómenos en adolescentes mujeres, especialmente en aquellas plataformas centradas en la imagen y en la interacción social, que intensifican los procesos de comparación, exposición y evaluación.

En relación con la pandemia, puede decirse que no constituyó un hecho aislado, sino un acelerador de tendencias previas. El confinamiento, la interrupción de la escolaridad presencial y la reducción de los intercambios corporales directos consolidaron una forma de socialización predominantemente mediada por pantallas. En la pospandemia, esto deja como saldo una adolescencia más virtualizada, con menos oportunidades de juego libre, exploración autónoma y regulación afectiva en contextos reales.

Desde una perspectiva clínica, esta transformación profundiza la vulnerabilidad psíquica al combinar hiperconectividad con privación de experiencias interpersonales directas. La consecuencia es una mayor dificultad para la construcción de identidad, la tolerancia a la frustración y la simbolización del conflicto.

Suicidio en la adolescencia: algunas notas clínicas

Los adolescentes se encuentran sometidos a continuos “bombardeos” desde la esfera física, psíquica y social, que les imponen ideales del yo nuevos, efímeros y tiránicos, y les exigen inéditas formas de elaboración y resolución. Es frecuente que los adolescentes de alto riesgo presenten fragilidad en los vínculos amistosos, baja autoestima y antecedentes de acontecimientos estresantes recientes.

Quisiera citar aquí el caso de una paciente, S., de 20 años, quien concurre acompañada por su madre y refiere haber realizado cuatro intentos suicidas. Dice:

“Me siento resignada a luchar, porque sé que siempre voy a vivir de la misma manera, me voy a sentir muerta por dentro. Lo llevo tan dentro de mí, que de lo único que soy dueña es de este sentir, de este vivir mío, y del que el mundo es totalmente extraño. Es un dolor que llevo desde que tengo memoria y del que no puedo escapar, porque es mi

realidad. Ésta es la carga que llevé y que llevo siempre; esta carga que me tuvo y me tiene aislada del mundo. Vivo superficialmente, siento envidia de quien veo sonreír. No me interesa nada del mundo, si yo igual no pertenezco al mundo y el mundo no me da nada. Es una carga que me hace sentir culpable de vivir, de existir. Nunca me voy a sentir cómoda en un lugar porque siempre voy a pensar que molesto. Ni en mi propia casa me siento cómoda. Ni llenándome de amigos me voy a sentir llena, ni aunque me llenen de oro voy a satisfacerme. En ningún lado voy a calmar esta angustia, tan mía que creció conmigo. A veces pienso que todo este estado nació conmigo. La palabra es 'insatisfacción'; nunca le encontré gusto a la vida, y la tengo asumida. Y es eso lo que me hace resignarme”.

Este fragmento clínico nos confronta con una vivencia de radical extrañamiento, de aislamiento interior, de desvalimiento y de fijación a un sufrimiento vivido como constitutivo del propio ser. Allí donde no se vislumbra transformación posible, la muerte puede comenzar a imaginarse como salida.

Entre los factores precipitantes del acto suicida adolescente se encuentran las separaciones de seres queridos y la muerte de familiares cercanos, con las complejidades propias del duelo. Por efecto del pensamiento mágico, no es infrecuente que el adolescente se culpe por no haber salvado al otro, o por no haber hecho lo suficiente, quedando fijado a una vivencia de culpa y maldad.

La violencia intrafamiliar, la ausencia de contención y la imposibilidad de dotar de sentido a los conflictos que los involucran minan gravemente el deseo de vivir.

A esto se suman hoy factores de gran relevancia clínica, como el abuso sexual y el acoso escolar, que encuentran prolongación y amplificación en los entornos digitales. El ciberbullying introduce una modalidad de hostigamiento persistente, ubicua y potencialmente masiva, que intensifica la exposición, la humillación y la exclusión. Del mismo modo, el abuso sexual mediado por tecnologías agrega a la dimensión traumática una nueva imposibilidad: la de controlar la circulación de la escena.

Desde una perspectiva psicodinámica, estas experiencias erosionan los límites del self, intensifican la vergüenza y el desvalimiento, y dificultan los procesos de simbolización del trauma.

El suicidio puede entonces aparecer como una salida subjetiva frente a un sufrimiento extremo, cuando la muerte se constituye imaginariamente como solución ante la imposibilidad de elaborar el conflicto. En este sentido, el acto suicida no debe pensarse únicamente como conducta, sino como desenlace de una economía psíquica colapsada.

La clínica de la prevención

Un denominador común en muchos adolescentes actuadores es la incapacidad para comunicarse, o la falta de personas con quienes hacerlo de modo significativo. De allí que una de las medidas preventivas fundamentales sea la apertura de canales de comunicación verbal entre terapeuta y paciente y, progresivamente, entre éste, sus padres y sus docentes, de modo que los conflictos puedan ser verbalizados y no actuados.

Es indispensable que el terapeuta esté suficientemente disponible, garantice la confidencialidad de las comunicaciones, pero, al mismo tiempo, preserve el cuidado de la vida. Ante la percepción de riesgo, deberá tomar los recaudos necesarios y contactar a los adultos responsables.

La prevención del comportamiento suicida exige un abordaje multidisciplinario. El afán de autodestrucción es mucho más que una tragedia individual: constituye un grave y complejo problema social.

Pero también exige, desde nuestra perspectiva, algo más: la construcción de espacios donde el sufrimiento pueda ser alojado sin apresuramientos, sin reduccionismos y sin respuestas estereotipadas. Espacios donde el adolescente pueda encontrar palabras para nombrar lo que aún no puede pensar.

Conclusiones provisorias

Pensar la adolescencia hoy exige situarla en la encrucijada entre duelos estructurantes, transformaciones culturales aceleradas y nuevas formas de sufrimiento psíquico. Las depresiones y los suicidios en este período de la vida no pueden comprenderse desde una causalidad lineal ni desde un único registro.

Requieren articular la metapsicología del duelo, las vicisitudes narcisistas, la fragilidad de los procesos de simbolización y las condiciones contemporáneas de socialización, fuertemente marcadas por la virtualización de la experiencia.

Si el suicidio puede ser concebido como una salida subjetiva ante un dolor que no encuentra elaboración, nuestra tarea clínica, institucional y social consiste en abrir espacios donde ese dolor pueda ser pensado, dicho, alojado y transformado.

Allí donde el acto irrumpe como desenlace, el desafío sigue siendo restituir la palabra, el vínculo y la posibilidad de futuro.

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.

Bleger J. Psicología de la conducta, Bs. As. Paidós, 1974.

Bleichmar H. La depresión. Un estudio psicoanalítico. Buenos Aires, Nueva Visión, 1984 - 5ª Ed).

Bleichmar H. Depresión, respuesta al reduccionismo en psicopatología: al modelo generativo de articulación de componentes. Actualidad Psicológica, Oct. 1990.

- Bleichmar, H. Capítulo :“ Concepciones Psicodinámicas de la Depresión” en Rojtenberg, Sergio. *Depresiones: bases clínicas, dinámicas, neurocientíficas y terapéuticas*. Editorial: Polemos. 2006.
- Bronstein, Catalina: *Violence in adolescence: the power of the image, to be, to see, to be seen*. Congress IPA Lisboa 2025.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). *Youth Risk Behavior Survey Data Summary & Trends Report: 2011–2021*. 2023.
- 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 Uruguay de Psicoanálisis. Tomo 2. Montevideo, 1986.
- Haidt, J. (2024). *The Anxious Generation: How the Great Rewiring of Childhood Is Causing an Epidemic of Mental Illness*. New York: Penguin Press.
- 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.
- Loades, M. E., Chatburn, E., Higson-Sweeney, N., et al. *Rapid systematic review: The impact of social isolation and loneliness on the mental health of children and adolescents in the context of COVID-19*. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 59(11), 1218–1239. 2020.
- Madigan, S., Racine, N., Cooke, J. E., et al. *Global prevalence of depressive and anxiety symptoms in children and adolescents during COVID-19: A meta-analysis*. *JAMA Pediatrics*, 175(11), 1142–1150. 2021.
- Marciano, L., Ostroumova, M., Schulz, P. J., & Camerini, A. L. *Digital media use and adolescents' mental health during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis*. *Frontiers in Public Health*, 10, 793868. 2022.

- Melzer D. *Seminarios de Novara. Cuaderni di psicoterapia infantile. Ed. Borla, 1978.*
- Orben, A., Tomova, L., & Blakemore, S. J. *The effects of social deprivation on adolescent development and mental health. The Lancet Child & Adolescent Health, 4(8), 634–640. 2020.*
- Probst E. *Perturbaciones narcisísticas en la adolescencia y suicidio. Rev Psico Psicoanalítica, 1989; III (1):7-13.*
- Rojtenberg, Sergio *Depresión y antidepresivos: bases clínicas, psicodinámicas y farmacológicas. Toray Masson. 1991*
- Rojtenberg, Sergio. “*Suicide: Death as a Way Out*”. *World Psychiatry (Newsletter of the World Psychiatric Association), Vol. 3, N° 7, Fall 1995. Editor: Allan Beigel.*
- Rojtenberg, Sergio. *Depresiones y antidepresivos: de la neurona y de la mente, de la molécula y de la palabra. Editorial Médica Panamericana. 2001*
- Rojtenberg, Sergio. *Depresiones: bases clínicas, dinámicas, neurocientíficas y terapéuticas. Editorial: Polemos. 2006.*
- Rojtenberg, Sergio *Depresión en atención primaria. Editorial: Del Río Año: 2019*
- Rojtenberg, Sergio. *Depresiones y suicidios. La unánime noche. La humanidad a la intemperie. Ediciones Biebel. 2024*
- Rojtenberg, Sergio et al. *The Winding Path of Depression in Argentina: From Awareness to Functional Recovery. Current Psychiatry Research and Reviews. 2024*
- Twenge, J. M., & Joiner, T. E. *Mental distress among U.S. adults during the COVID-19 pandemic. Journal of Clinical Psychology, 76(12), 2170–2182. 2020.*
- UNICEF. *The State of the World’s Children 2021: On My Mind – Promoting, protecting and caring for children’s mental health. 2021.*
- WHO (World Health Organization). *World Mental Health Report: Transforming mental health for all. 2022.*