

PSICOTERAPIA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE DEPRIMIDOS

Dr. Guido Macías Valadez*

Summary

The depressed child

There are different opinions regarding depression in children, however, symptoms such as: tendency to isolation, expression of sadness, unhappiness, uneasiness, sleeplessness, expression of a feeling of rejection or of not being loved, frequent and afflicted weeping, etc. can be reasons for psychiatric consultation and require a specific therapy.

After evaluating each case, a psychotherapeutic treatment which should take into consideration the period of development and the family, school and social situation of the child is needed.

It is difficult to consider a general treatment schedule which may adjust itself to the different ages, however there are some dynamic factors that may be considered important in child therapy.

Object loss, in a psychoanalytic sense, is one of the most important factors in the genesis of symptomatology, and in the child it refers fundamentally to the loss of one of his parents. It may be an immediate or late reaction of mourning, depending on the age at which the child suffered the loss.

The purpose of psychotherapy is to deal with the complete mourning reaction including elements that might make it last longer, such as feelings of guilt or punishment. It is important to guide the child progressively towards a clear consciousness of the loss and to its acceptance by the Ego. Guidance and support to the family can be given as a complementary therapeutic technique for the psychotherapy of the child.

Another important factor is the control of aggressiveness, which is the cause of frequent problems in the child due to its consequences in the family, school and social area.

The purpose of the psychotherapeutic intervention in these cases is the identification of the conflicts which interfere with their capacity of sublimation, as well as the nuclei of anxiousness or depression that may be originating these conflicts.

The rejection of parents is an important dynamic factor which may be the origin of the symptoms and the cause of their duration. It may even interfere in the evolution of psychotherapy. Direct intervention is convenient in these cases, orientating and handling attitudes, feelings of guilt, etc.

The handling of depression in parents is important as it may be a determinant factor in the symptomatology of the child and even interfere with the success of psychotherapy.

The main psychotherapeutic objectives are:

The establishment of the therapeutic relation which is usually difficult in depressed children.

Intervention in the conflictive area as early as possible.

The identification of resistances and mechanisms of defence in order to analyze them once the therapeutic relation has been established.

Detection and solution of the opposition of parents to the treatment of the child.

Psychotherapy of the depressed adolescent

The problem of the depressed adolescent is different from that of the depressed child because its clinical picture may be structured as that of the adult, because of its high suicidal risk and because adolescence is in itself a critical and conflictive time of development.

There are various aspects that must be considered in the psychotherapy of the depressed adolescent.

Age and time of development. At different times during adolescence, depression may be hidden under delinquent, alcoholic and drug use tendencies.

The adolescent's own problematic.

The acting out, suicidal or delinquency risk that the therapist should be able to handle either directly or indirectly.

General recommendations for the psychotherapeutic handling of adolescents are difficult to give but there are some general considerations that should be taken into account:

The patient must be convinced that acting out in early adolescence is symptom of depression.

When there is risk of suicide, avoid being too permissive or excessively afraid of the possibility of the patient committing suicide.

Avoid the open dependency of the patient towards the therapist.

Encourage the patient to trust his therapist. This is sometimes difficult because of the natural distrust of the adolescent towards adults.

Regarding psychotherapeutic techniques, there are various levels employed depending on the development of the problem, the severity of the illness and the purpose of the treatment.

Brief supportive therapy is advisable for the first level. It is a supportive therapy and of elucidation of the conflict, in which the patient is conscientized of the defensive mechanisms on which the intervention is centered. It is useful in light cases.

We advise a prolonged psychotherapy in the second level establishing a transference relation and going deeper into the personality and origin of the conflicts.

Group psychotherapy and psychodrama are included in this second level.

Psychoanalytic psychotherapy corresponds to the deeper level; it is useful in well motivated, intelligent and sensitive adolescents, who have already surpassed the critical period of depression.

An important problem due to its high incidence is the suicidal risk, the treatment of which can be scheduled in the following way.

a. Hospital treatment of the medical emergency.

b. Treatment of the underlying depression either in a hospital or as out patient. The first step corresponds to pharmacotherapy, supportive psychotherapy and elucidation of the period of crisis; the second step at long term refers to the prevention of relapses, support therapy and handling of the social reinsertion, including confrontation with the family situation, plus environmental and occupational therapy.

There are two well defined problems which psychotherapy of the depressed adolescent, specially in early adolescence, has

*Director del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro".

to face: Depression and adolescence as a critical period of development which implies sudden biological and psychological changes.

Conflicts pertaining to adolescence, such as depression, may interact dynamically increasing anxiety. Differentiation between both problems may be difficult. Patience, comprehension and perseverance of the therapist are required so that the patient may be conscientized of its depressive symptomatology, but respecting as much as possible the normal crisis of adolescence.

Resumen

El tratamiento de la depresión en niños y adolescentes varía de acuerdo con la edad del sujeto y con las causas por las que ésta se presenta.

Se discuten, por un lado, los factores dinámicos importantes para el tratamiento psicoterapéutico de niños y el tipo de orientación y objetivos requeridos en cada caso, por ejemplo: cuando existe una pérdida de objeto, cuando hay dificultades para controlar la agresión y sus repercusiones en el área familiar, escolar y social; cuando hay rechazo de los padres o cuando la depresión del niño es reactiva a la depresión de alguno de los padres.

En el caso de los adolescentes, la depresión plantea una problemática diferente de acuerdo con la edad y con el periodo de desarrollo en que se presente y si existe o no riesgo de suicidio o delincuencia. Al mismo tiempo, deben valorarse los problemas propios de la adolescencia en sí.

Se comentan los diversos niveles de tratamiento psicoterapéutico requerido según la gravedad del cuadro, las metas propuestas y el periodo de desarrollo, así como las dificultades que pueden presentarse para cumplir los objetivos planteados.

El niño deprimido

Existe una amplia gama de opiniones acerca de la depresión infantil, que va desde teorías como la de Melanie Klein (6, 2), quien describe la "posición depresiva" como etapa normal del desarrollo infantil, hasta la propuesta por Rie y citada por Posnaski (3), quien expresa que "las manifestaciones propias de la depresión no psicótica del adulto son virtualmente inexistentes en el niño". Se han descrito también entidades específicas como la "depresión anaclítica" hecha por Spitz, que pueden influir de manera importante en el desarrollo estatura-ponderal y psicomotor del niño (7). Toolan (3) menciona a su vez "equivalentes depresivos" tales como síntomas psicósomáticos, trastornos del sueño y de la alimentación, inquietud, aburrimiento, etc.

Independientemente de la diversidad de opiniones sobre la depresión en el niño, la existencia de síntomas tales como: tendencia al aislamiento, expresión de tristeza, infelicidad, inquietud, insomnio, expresión de sentimientos de rechazo o de no ser amado, dificultad para controlar la agresión, llanto frecuente y angustioso, etc., llegan a ser, en ocasiones, motivo de consulta psiquiátrica y requieren, por lo tanto, una terapia específica. En otras ocasiones pueden ser el componente de una reacción de duelo por la pérdida de uno de sus padres, o bien presentarse como parte de la evolución de un tratamiento psicoterapéutico.

Cuando alguno o algunos de estos síntomas han sido motivo de consulta psiquiátrica, se debe hacer una evaluación completa del caso para que de acuerdo con el diagnóstico, con el periodo de desarrollo y con la situación familiar, escolar y social del niño, se propongan las alternativas psicoterapéuticas. Es evidente que

en los casos de depresión anaclítica, descritos por Spitz (8), se aplican técnicas especiales para observar la conducta y registrar las emociones, lo que se encuentra lejos de ser una psicoterapia psicoanalítica; en cambio, un niño al final del periodo de latencia puede ser un candidato idóneo para la psicoterapia. Es difícil plantear un esquema general de tratamiento que se ajuste a las diversas edades y diagnósticos; existen sin embargo algunos factores dinámicos que pueden destacarse como importantes en la psicoterapia del niño con problemas depresivos.

La pérdida de objeto, en el sentido psicoanalítico de la palabra, es uno de los factores dinámicos más importantes en la génesis de la sintomatología, y en el niño se refiere fundamentalmente a la pérdida real o imaginaria de uno de los padres. En el primer caso se trataría de una reacción de duelo inmediata o tardía, según la edad a la que se haya presentado la pérdida, lo cual depende de la capacidad de la mente infantil para percibir la desaparición de objeto como permanente, y se sitúa entre los 7 y los 8 años. En los casos de reacción tardía, ésta está generalmente conectada con algún acontecimiento del presente (pérdida de otro familiar, fracaso escolar) que sirve de factor desencadenante. En aquellos casos en los que la pérdida real de uno de los padres sea el factor dinámico más importante, el objetivo de la psicoterapia debe ser el abarcar la reacción de duelo y hacer la distinción entre la pérdida real y las fantasías previas de pérdida, así como de todos aquellos elementos del super-yo que puedan prolongar la reacción, tales como los sentimientos de culpa asociados con las fantasías acerca de la desaparición del padre o de la madre perdidos. Con ello se trata de llevar progresivamente al niño a que adquiera una conciencia clara de la pérdida y a que su Yo la acepte. En estos casos las técnicas terapéuticas complementarias de la psicoterapia incluyen la orientación y el apoyo al padre en los casos de pérdida materna y la orientación y el apoyo a la madre en los casos de pérdida paterna; estudio de las condiciones familiares después de la pérdida: nuevo matrimonio, que el niño viva con la abuela, con los tíos, etc., si tiene otros hermanos o es único. En ocasiones, el hecho de que no se resuelva el duelo por el padre o por la madre puede ser fuente de ansiedad e inseguridad suplementaria que impida al niño resolver el duelo por él mismo; también lo es una situación familiar poco estable. Los casos de pérdida imaginaria de objeto son parte de la conflictiva de problemas neuróticos cuya descripción y tratamiento sobrepasan los límites del presente trabajo.

Otro de los factores dinámicos es la dificultad en el control de la agresividad que causa frecuentes problemas al niño por su repercusión en el área familiar, escolar y social. El terapeuta puede sugerir medidas complementarias que faciliten la sublimación de la agresividad, tales como el arte y la recreación, las actividades lúdicas, artísticas y deportivas. El objetivo de la intervención psicoterapéutica en el niño es identificar los conflictos que interfieran con su capacidad de sublimación, así como los núcleos de ansiedad o depresión que puedan estar determinando estos conflictos. La proyección de su agresividad sobre el terapeuta por

medio de los *actings out* en el consultorio puede ser aprovechada para hacer evidentes los conflictos, al mismo tiempo que se le enseña la manera de sublimarlos, por ejemplo: por medio de las marionetas, de un intercambio de roles, etc.

El rechazo de los padres es un factor dinámico importante en la génesis de la sintomatología y en la continuación de la misma, pudiendo interferir en la evolución de la psicoterapia y en el establecimiento de la relación con el niño. Este rechazo puede ser tratado directamente por medio de la orientación y el manejo de actitudes con los padres; haciéndoles tomar conciencia del rechazo; disminuyendo los sentimientos de culpa, que a veces son un factor importante, ya que los padres experimentan la sintomatología del niño como su responsabilidad y esto puede causarles ansiedad y culpa, y revertirse, a su vez, sobre el niño en forma de rechazo o sobreprotección. Es útil mostrar los aspectos positivos del niño e incrementar la capacidad de los padres para aceptar al niño tal cual es. Sin embargo, puede ser que el padre o la madre rechazantes no sean interlocutores del terapeuta, ya sea por que se resistan o por situaciones de estatus social conflictivo, como, por ejemplo, homosexualidad del padre o alcoholismo de la madre, pero que sí tengan una influencia determinante en el hogar. En esos casos, la orientación puede centrarse en una figura de autoridad que se haya interesado por el niño (tía, abuela, vecina, etc.) y que es muchas veces la que lleva al niño a la terapia; el apoyo a esta figura puede favorecer los lazos con ella al mismo tiempo que se invita al padre o a la madre rechazante a que tengan un contacto ocasional con el terapeuta.

El manejo de la depresión en los padres es de capital importancia ya que puede determinar la sintomatología del niño o interferir con el avance de la psicoterapia. Para Poznasky y col. (6), la depresión de los padres es un antecedente frecuente en los casos de niños deprimidos. Para Lebovici, Diatkine y Wassef (5), los padres deben ser considerados y evaluados en todos los casos en que se ha preconizado la psicoterapia, ya que pueden existir 3 probabilidades: que el niño reaccione al medio familiar pero que él no tenga problemas graves; que el niño reaccione a una actitud de los padres, o bien, que el niño tenga un problema patológico severo. En los dos primeros casos el tratamiento de los padres es indispensable para tratar al niño. Aquellos casos en los que el niño manifiesta tristeza, inquietud, agresividad y ansiedad se pueden deber a la identificación del niño con la depresión de uno de los padres, o por lo menos pueden ser una reacción a ella. En este caso es fundamental darle terapia a los padres; incluso pudiera ser la única recomendación terapéutica. En los casos en los que el niño tiene su propia problemática a la que el padre o la madre reaccionan con depresión, es necesario, además de darle psicoterapia al niño, dársela también al padre o a la madre.

Aunque en la descripción anterior se han mencionado algunos objetivos psicoterapéuticos, creemos conveniente esquematizarlos de la siguiente manera, teniendo en cuenta que cada caso tiene sus matices muy peculiares según la preponderancia de alguno de los factores dinámicos.

Los principales objetivos psicoterapéuticos son:

Establecer la relación con el niño, lo cual puede ser un termómetro para medir su grado de comunicación, las posibilidades terapéuticas y el pronóstico.

Intervenir, por medio del juego, de la palabra o de cualquier otra técnica, en el área de conflicto lo antes posible con objeto de mostrar al niño que se ha captado su problemática interna, y que él se sienta motivado a profundizar en ella.

Identificar las resistencias y los mecanismos de defensa, sobre todo la resistencia al establecimiento de la relación, para no insistir en ellos, para no reforzarlos por una intervención precoz o crear angustia suplementaria. Sin embargo, se deben tener en cuenta para analizarlos detalladamente cuando se haya establecido la relación a nivel terapéutico o bien cuando sea parte de una psicoterapia que incluya el análisis de las resistencias y de la transferencia.

Identificar y tratar de resolver por medio de alguna técnica complementaria o por intervención directa del terapeuta, las resistencias de los padres al tratamiento del niño, ya sea por prejuicio social o por miedo a un posible desequilibrio de la dinámica familiar, que se halla centrada en un equilibrio precario debido a la sintomatología del niño, que sirve como válvula de escape a las tensiones familiares. En fin, en los casos graves se debe enviar a los padres a terapia.

El adolescente deprimido

El adolescente deprimido plantea una problemática diferente a la del niño por varias razones: 1. El cuadro clínico puede estructurarse como el de un adulto y requerir, por lo tanto, un tratamiento parecido. 2. El riesgo de suicidio es elevado, y aunque existe también en el niño, su incidencia es muy baja, y 3. En el periodo de desarrollo crítico que es la adolescencia, se agrega una situación que es fuente de nueva angustia y puede agravar la conflictiva propia del adolescente con la familia, la sociedad y los valores culturales.

Hay que considerar varios aspectos en la psicoterapia del adolescente deprimido:

La edad y el periodo de desarrollo. Según Toolan (9), en la adolescencia temprana la depresión se encuentra enmascarada por tendencias al *acting out* o a la delincuencia. En la adolescencia media la depresión se parece más a la clásica del adulto, a la cual se agrega un sentido de confusión de la propia identidad. Finalmente, en la adolescencia tardía, el alcohol, la droga y el sexo impiden a menudo al adolescente enfrentar sus propios sentimientos dolorosos.

La problemática propia del adolescente. Es conveniente distinguir entre lo que es achacable a la crisis de la adolescencia y lo que está siendo determinado por la depresión.

El riesgo del *acting out*, del suicidio o de la delincuencia, que el psicoterapeuta debe poder manejar directa o indirectamente a través de otros miembros del equipo psiquiátrico, de los padres o de ciertas entidades comunitarias.

En el manejo psicoterapéutico del adolescente es muy difícil establecer generalizaciones, sobre todo si

se toma en cuenta lo antes expuesto. Cada caso debe ajustarse individualmente a su problemática y a su historia personal. Sin embargo, según Toolan (9), existen algunas consideraciones generales que se pueden esquematizar de la siguiente manera:

En la adolescencia temprana hay que hacer tomar conciencia al paciente de que sus *actings out* son un síntoma de la depresión que sufre, lo cual no es fácil debido a la provocación del adolescente hacia el terapeuta y a la dificultad para establecer la relación.

En caso de que exista riesgo de suicidio habrá que evitar una actitud demasiado complaciente y de apoyo a las ideas suicidas que puedan estimular inconscientemente al paciente; también debe evitarse el miedo excesivo del terapeuta hacia la posibilidad de un suicidio, que lo lleve a hospitalizar frecuentemente al paciente y a tomar precauciones excesivas.

Evitar el riesgo de hacer al paciente abiertamente dependiente del terapeuta, sin por ello menoscabar la responsabilidad que tiene hacia el adolescente.

Uno de los aspectos más difíciles en la psicoterapia es el establecimiento de la confianza, pues es evidente que el adolescente debe confiar en el terapeuta. Además de la desconfianza hacia el adulto, existe la situación dinámica creada por la pérdida de objeto, real o imaginaria, que dificulta el establecimiento de la relación.

Por lo que respecta a las diversas técnicas psicoterapéuticas, existen varios niveles de ellas que se emplean en adolescentes según el periodo de desarrollo, la gravedad del cuadro y las metas que se propongan. En un primer nivel se encuentra la terapia breve, de apoyo y esclarecimiento, centrada en el conflicto, y que es útil en los casos leves o en aquéllos en que una intervención a largo plazo sea difícil por motivos económicos, sociales, asistenciales, etc. En este tipo de intervención, la labor se centra en los mecanismos de defensa: negación, proyección y desplazamiento, de los cuales hay que hacer consciente al paciente por medio de la interpretación de los hechos del conflicto actual, lo cual no resulta difícil en general, ya que sus síntomas se traducen con frecuencia en actos de conducta. En esta interpretación es necesario evitar que el terapeuta adopte una actitud hipercrítica o de reproche, pero al mismo tiempo debe evitar una actitud de complacencia o de apoyo a la conducta que traduzca los síntomas depresivos (droga, alcohol, etc.). La intervención oportuna en momentos de crisis es de gran utilidad; por ejemplo: al intentar suicidarse, al ser arrestado por la policía o cuando le es enviado por un juez tutelar, ya que los sentimientos de ambivalencia que experimenta frente a la autoridad se acentúan (por un lado, el sentimiento de haber sido víctima de la autoridad adulta y, por otro, su necesidad de que lo apoye esa misma autoridad para salir del conflicto). En estos casos la receptividad del adolescente es mayor, y si el terapeuta tiene la oportunidad y el tacto suficiente, puede lograr comunicarse con él. La crisis podría compararse a una brecha en la conciencia, que puede aprovechar el terapeuta para tener acceso al adolescente en unas cuantas sesiones y hacerle tomar conciencia de su problemática depresiva antes de que se establezcan las

resistencias personales o sociales; por ejemplo: antes que el grupo del adolescente desaprobe que éste asista al psicoterapeuta.

Un segundo nivel es aquél en que la psicoterapia se prolonga y se establece una relación de tipo trasfereencial con manejo de la misma. En este nivel, además de un mayor conocimiento de la personalidad del adolescente, se puede profundizar en el origen de sus conflictos y en la génesis de la reacción a la pérdida de objeto, y establecer la relación a nivel terapéutico. Sin embargo, el análisis de los elementos positivos de la transferencia es muchas veces problemático debido a la tendencia del adolescente a depender del adulto, quien puede interferir en la autonomía de su Yo. La transferencia negativa puede ser un problema en su interpretación por la tendencia del adolescente a sentirse regañado (4). En este segundo nivel quedarían también las psicoterapias de grupo, tales como el psicodrama, que se utiliza más bien en casos muy graves.

Un tercer nivel, el más profundo y rara vez posible en la adolescencia temprana, es el de la psicoterapia psicoanalítica, donde existe, además de la transferencia, el análisis de las resistencias y el análisis de la neurosis infantil (4). Este es de utilidad en los casos de adolescentes bien motivados que han superado el periodo crítico de la depresión y que tienen una buena capacidad intelectual además de sensibilidad. Este tipo de terapia es a veces una prolongación o consecuencia de las anteriores. En otras ocasiones, un cuadro depresivo puede motivar a un adolescente a buscar ayuda psicoterapéutica de tipo psicoanalítico.

Uno de los problemas a los que se enfrenta el psicoterapeuta del adolescente deprimido es el riesgo de suicidio. Con cierta frecuencia la primera manifestación exterior de un cuadro depresivo es el intento de suicidio, y es entonces cuando se solicita la primera consulta psiquiátrica. El alto índice de suicidios en los adolescentes puede ilustrarse con estadísticas como las de Estados Unidos, donde en los últimos 20 años, 4 000 de 25 000 suicidios se cometieron por adolescentes de 15 a 24 años, según reporta Hendin (1). Para Toolan (9), el suicidio es la cuarta causa de mortalidad en el grupo de muchachos de 15 a 19 años, sólo sobrepasada por los accidentes, los tumores malignos y los homicidios. La psicoterapia en un adolescente que ha intentado suicidarse plantea la necesidad de prevenir un nuevo intento en los casos en que éste pueda ser detectado. Aunque el manejo del individuo que ha intentado suicidarse es por lo general hospitalario, los aspectos psicoterapéuticos recaen en el psiquiatra ya sea porque se le envíe a la persona que intentó suicidarse o por ser el encargado de coordinar los esfuerzos terapéuticos médicos, sociales y psicológicos del caso.

En el tratamiento del adolescente que ha intentado suicidarse hay que destacar las siguientes fases:

Tratamiento hospitalario de la urgencia médica según el método que haya utilizado (ingestión de drogas, arma, etc.).

Tratamiento de la depresión subyacente a la tentativa de suicidio. Este puede darse en hospitalización psiquiátrica o en consulta externa.

Comprende una primera fase con farmacoterapia,

psicoterapia de apoyo y esclarecimiento del periodo de crisis. Una segunda fase a largo plazo incluye, además, la prevención de las recaídas, la psicoterapia de apoyo y el manejo de la reinserción social una vez que el paciente ha sido dado de alta en el hospital. Esto incluye el enfrentamiento a la situación familiar que muchas veces es una de las determinantes de la depresión del paciente. Es necesario también manejar las "explicaciones" sociales y escolares que han de dar el adolescente y la familia.

La reintegración a la familia y al medio social, que es muy variable y depende de muchos factores psicológicos del adolescente y de su medio ambiente. En este periodo puede resultar útil en algunos casos la prolongación de la hospitalización psiquiátrica, siempre y cuando se complemente con un programa de terapia ambiental y ocupacional acorde a la etapa de desarrollo del adolescente. En otros casos la reinserción social puede lograrla alguna trabajadora social que oriente al adolescente en la búsqueda de nuevos recursos ya sea laborales, escolares, deportivos y aun familiares. Esta fase puede transformarse, en ciertos casos, en una psicoterapia de tipo trasferencial como la anteriormente descrita, a la que se agregaría, además de los elementos terapéuticos propios del tratamiento de la depresión, otros para prevenir nuevos intentos suicidas; esto obliga al terapeuta a intervenir directamente, o por medio de la trabajadora social, con los padres, educadores, jueces y otros miembros de la comunidad. Es necesario tomar en cuenta los riesgos que implica la dependencia excesiva del adolescente al terapeuta, lo cual puede controlarse por medio de cierta dosis de frustración ante las demandas exageradas, explicando bien las razones por las que se le frustra, espaciando citas y estimulando las conductas de independencia que muestre el adolescente siempre y cuando no entren en gran conflicto con la sociedad o el medio en el que se desenvuelve.

Para concluir esta breve revisión, cabe mencionar otro elemento que hace difícil la psicoterapia del ado-

lescente deprimido, y es que el terapeuta tiene que distinguir entre dos problemas distintos; por un lado, la depresión con su cortejo sintomático, y por el otro, la adolescencia como periodo crítico del desarrollo, que implica cambios somáticos acelerados, desarrollo de caracteres sexuales secundarios y aumento en la secreción hormonal; es decir, cambios biológicos que se traducen en un aumento de los impulsos sexuales. Psicológicamente, el adolescente se enfrenta a una crisis de identidad, tiene un Yo que está sometido a una fuerza instintiva aumentada y tiene que realizar constantemente ajustes a un medio social que le causa presiones económicas, culturales y laborales; es, además, un individuo que busca una filosofía propia, tiene tendencia a agruparse y a rebelarse contra la autoridad, y se encuentra a la búsqueda de un estatus social y de una identidad. Tanto la conflictiva propia del adolescente, como la depresión, pueden interactuar dinámicamente exacerbando la angustia. El terapeuta tiene entonces que identificar hasta qué punto los síntomas depresivos, tales como el aislamiento, el vacío, la enajenación, etc., pueden empujar al joven hacia grupos de adolescentes en donde dé rienda suelta a esos síntomas y, sobre todo, calcular hasta qué extremos puede llegar. Es decir, es necesario valorar las influencias que pueda ejercer el grupo en su comportamiento: abuso de alcohol, droga y sexo, para identificarse con él en su manera de ser y en su rebeldía, lo cual es diferente a recurrir a lo mismo debido a una sintomatología depresiva. Esto constituye un reto para el terapeuta puesto que el límite entre ambos elementos no es preciso; existen zonas de confluencia, y aun suponiendo que el terapeuta pudiera diferenciarlas, es difícil que el adolescente lo acepte por medio de la psicoterapia. Este es un objetivo a largo plazo y requiere de una buena dosis de paciencia, perseverancia y comprensión por parte del terapeuta, a fin de llevar al adolescente a que tome conciencia de su sintomatología depresiva, respetando, en la medida de lo posible, la crisis normal de la adolescencia.

BIBLIOGRAFIA

1. HENDING H: Growing up Dead: Student Suicide. 15th Emil A. Guthell Memorial Conference of the Association for the Advancement of Psychotherapy, Nueva York. Noviembre 3 de 1974.
2. KLEIN M: Contribución a la génesis de los estados maniacodepresivos. En: Obras Completas, T-II *Contribuciones al Psicoanálisis*. Editorial Paidós. Horme 252-278. Argentina.
3. El duelo y su relación con los estados maniacodepresivos. En: Obras Completas op. cit. T. II, 279-302.
4. LAZURE D: Psychotherapy in adolescents: Some considerations on technique. *Canadian Psychiatric Association Journal* 6 (5) Canadá. Octubre de 1961.
5. LBOVICI S, DIATKINE R, WASSE R: L'action du psychiatre d'enfants auprès des parents. Problèmes posés par la psychothérapie infantile. En: *Sauvegarde de l'Enfance*. Vol. 6, 1951.
6. POZNANSKI E, ZRULL J P: Clinical characteristics of overtly depressed children. En: *Annual Progress in Child Psychiatry and Child Development*. (Eds) S Chess, A Thomas. Brunner/Mazel. Nueva York, 1971.
7. SPITZ R: *El Primer Año de Vida del Niño*. Fondo de Cultura Económica. 1a. edición, 3a. reimpresión. 1977.
8. SPITZ R A: Psicoterapia en el lactante. En: *Tratado de Psicoterapia Infantil*. Ed. Expás, Barcelona T.I. 239-250, 1976. Tomado de la publicación original Psychiatric Therapy in Infancy en *The American Journal of Orthopsychiatry*.
9. TOOLAN J M: 15th Emil A. Guthell Memorial Conference of the Association for the Advancement of Psychotherapy, Nueva York, 3 de nov. de 1974.