

# Psicoterapia psicoanalítica del adolescente deprimido: principios técnicos

Alejandro Rojas-Urrego<sup>1</sup>

## Resumen

*Introducción:* Mientras la *adolescencia* significa, en esencia, “crecimiento”, la *depresión*, en cambio, sería lo contrario: la tendencia al desfallecimiento, abatimiento, inhibición, inmovilidad, postración y, en ocasiones, incluso la nada. *Desarrollo:* A partir de un intento de articulación entre estos dos conceptos y las nociones de *historia, estructura y coyuntura*, el autor se propone subrayar la importancia del adecuado manejo psicoterapéutico de la depresión en la adolescencia. Considera, para comenzar, la multideterminación de este trastorno y, por consiguiente, los vértices de intervención posibles. Se centra en la psicoterapia psicoanalítica, apenas una de las modalidades psicoterapéuticas posibles en este contexto. Aborda algunas generalidades sobre la psicoterapia psicoanalítica y pasa enseguida a tratar tres temas no suficientemente estudiados en la literatura médica: las entrevistas iniciales, las indicaciones y, finalmente, la denominada terapia bifocal. *Conclusión:* En su conclusión, invita al lector a reflexionar sobre la importancia del encuentro terapéutico con el adolescente deprimido y sobre la trascendencia de analizar y de dar sentido a su depresión.

**Palabras clave:** adolescencia, depresión, psicoterapia psicoanalítica.

**Title: Psychoanalytic Psychotherapy of the Depressed Adolescent: Technical Principles**

## Abstract

*Introduction:* While *adolescence* in essence means growth, *depression* on the other hand would by definition be the opposing “movement”: a tendency towards languor, abatement, inhibition, immobility, prostration, zero, sometimes even towards nothing. *Development:* In an attempt to articulate these two concepts and the notions of *history, structure, and juncture*, the author underscores the importance of an appropriate psychotherapeutic management of adolescent depression. To begin, he takes into account the fact that this disorder is multidetermined and in consequence, the existence of various vertexes of possible interventions. This paper focuses on psychoanalytic psychotherapy, one of several possible psychotherapeutic modalities available in this context. He discusses some of the generalities of psychoanalytic psychotherapy and then goes on to examine three themes not sufficiently explored in

.....  
<sup>1</sup> Médico psiquiatra y psicoanalista de niños y adolescentes. Miembro titular de la Sociedad Colombiana de Psicoanálisis. Didacta y director del Instituto Colombiano de Psicoanálisis, Bogotá, Colombia.

the literature: the initial interviews, the indications, and finally, what is known as bifocal therapy. *Conclusion:* To conclude, he invites the reader to ponder on the importance of the therapeutic encounter with the depressed adolescent and on the transcendence of analyzing and giving meaning to her depression.

**Key words:** Adolescence, depression, psychoanalytical psychotherapy.

## Introducción

El término *adolescencia* proviene del latín *adolescere*, que significa crecer. En tal sentido, la adolescencia es la edad del cambio, pues 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. Fijación en la tristeza, ausencia de deseos, carencia de proyectos y de investiduras, desaparición del otro; la depresión es frecuentemente vivida como soledad extrema, pérdida de energía, carencia de sentido y, algunas veces, abandono de la esperanza, dolor puro (1).

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 (2).

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. Las dimensiones de la depresión y de su eventual manejo psicoterapéutico, a las cuales dedico este artículo, pueden ser esenciales en todo este proceso.

### **Psicoterapia psicoanalítica del adolescente deprimido**

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 harto indiferenciada y a prescribir

tratamientos de distintos tipos en forma indiscriminada.

Del mismo modo en que, 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 multiterminado, 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 biológico, 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.

La psicoterapia psicoanalítica es, por lo tanto, apenas una de las modalidades psicoterapéuticas posibles en este contexto, particularmente apropiada según nuestro punto de vista, pero no es la única. Tal y como el título del artículo lo precisa,

aquí me dedico a tratar sólo el tema de la psicoterapia psicoanalítica y dejo de lado no sólo al psicoanálisis propiamente dicho, cuya indicación en pacientes adolescentes genera no pocas controversias entre las distintas escuelas —véanse, por ejemplo, las posiciones opuestas sostenidas por una parte por Jeammet y Corcos (3), Corcos y cols. (4), Jeammet (5) y Cahn (6) y, por otra parte, por Laufer y Laufer (7) y Ladame (8,9)—, sino otras modalidades terapéuticas fundadas en la teoría psicoanalítica: psicoterapia de apoyo, psicoterapia breve, psicodrama psicoanalítico, etc.

El tema de la psicoterapia psicoanalítica del adolescente deprimido es, por supuesto, sumamente vasto. Me limito, por consiguiente, a señalar una serie de generalidades sobre la psicoterapia psicoanalítica, para pasar a abordar tres temas no suficientemente tratados en la literatura médica y que considero esenciales. Son ellos: las entrevistas iniciales, las indicaciones y la denominada terapia bifocal.

En lo que a las *generalidades* se refiere, básteme con recordar algunos elementos básicos de la psicoterapia psicoanalítica. En primer término, la psicoterapia psicoanalítica se deriva tanto en su técnica como en su teoría del psicoanálisis (sin ser psicoanálisis), y cuenta como este último con un encuadre y con un proceso. Se la considera una de las

modalidades terapéuticas de elección en el caso de la adolescencia, en general (10,11), y del adolescente deprimido, en particular (4).

La frecuencia de las sesiones se sitúa entre una y tres por semana, aunque es ideal el ritmo que proporcionan dos sesiones a la semana. A diferencia del psicoanálisis, se realiza cara a cara, posición que además de limitar la regresión, proporciona información muy valiosa sobre el lenguaje paraverbal —de particular utilidad tanto para la comprensión por parte del psicoterapeuta como para la formulación de las interpretaciones—.

Aunque se acude a la herramienta esencial del psicoanálisis, la *interpretación transferencial*, de manera puntual y siempre cuidadosa, se suele otorgar un lugar importante a sus fases preparatorias: la confrontación, la aclaración y la nominación de los afectos (11-14). Todas estas intervenciones se realizan dentro del contexto de la transferencia —cfr. diferencia entre intervenciones *en* la transferencia y *de* la transferencia— (15).

En este sentido, la transferencia es siempre utilizada para comprender lo que está sucediendo en el aquí y ahora en su relación indisociable con la contratransferencia. En tales intervenciones importa conservar una *proximidad con el lenguaje del adolescente*, no en el sentido de “ha-

blar como un adolescente”, sino en el de prestar a las palabras el mismo sentido que el adolescente les otorga (10). Todo esto con una preocupación constante por la *regulación de la distancia relacional*.

Finalmente, insisto en el rol más activo del psicoterapeuta, si lo comparamos con el caso del psicoanálisis propiamente dicho o con las psicoterapias psicoanalíticas en otras etapas de la vida. Este punto resulta tanto más importante en el caso del adolescente deprimido.

### **Entrevistas iniciales**

El lugar ocupado por las entrevistas iniciales en la psicoterapia psicoanalítica del adolescente, en general, y del adolescente deprimido, en particular, es esencial. Permiten no solamente evaluar y, por lo tanto, indicar eventualmente la psicoterapia, sino que además poseen en sí mismas una acción terapéutica y establecen incidentalmente las bases de la ulterior relación terapéutica.

No me voy a centrar por el momento en aquello que las entrevistas iniciales o preliminares buscan evaluar (qué evaluar), pues este aspecto se trata en el apartado de “Indicaciones”. Me limito a evocar algunos aspectos del encuadre formal y del proceso de las entrevistas, es decir, al *cómo se realiza dicha evaluación* (11,16).

En primer término, es necesario proponer un *encuadre específico* para las entrevistas, diferente del que caracterizará a una eventual psicoterapia ulterior. Basta con precisar, tanto al adolescente como a su familia, el marco espacial y temporal, los objetivos de la evaluación y la manera según la cual se desarrollará esta fase específica.

Rara vez se trata de una sola entrevista y resulta, en principio, preferible considerar un *proceso de evaluación* que incluya entre dos y cuatro encuentros con el adolescente y, eventualmente, con los padres. En efecto, aunque no todos los terapeutas consideran importante entrevistar largamente a los padres, la mayoría piensa que es esencial tener un contacto inicial “suficiente” con ellos. Este “suficiente” es, sin embargo, variable no sólo en función de los terapeutas, sino además de las características tanto del adolescente como de su entorno, tal y como será propuesto al tratar sobre las indicaciones.

En la *relación con el adolescente* importa conversar, así como precisar y cuestionar los elementos que vayan surgiendo, especialmente si se muestran evidentes. Esto se aplica no sólo a los temas evocados, sino además, y de manera importante, a los afectos involucrados y que es necesario aclarar en el curso del proceso de evaluación. La interacción entre el adolescente

y el entrevistador se ve caracterizada desde un comienzo por la intensidad de los afectos en juego.

No debemos olvidar nunca, en tal sentido, lo inusual que resulta para un adolescente encontrar a un adulto con el cual puede establecer un diálogo novedoso, capaz de sorprenderlo y de sorprenderse, dispuesto a interesarse genuinamente por sus preocupaciones y preparado para brindarle la posibilidad de una escucha sin juicios de valor y, a la vez, sin concesiones (10).

Ni el silencio sistemático del entrevistador ni el bombardeo de preguntas suelen resultar provechosos, menos aún cuando se trata de un adolescente deprimido. En lo que al primero se refiere, “si al desierto responde el silencio” (17), resulta usual ver al adolescente encerrarse progresivamente en un mundo donde sólo cabe la desesperanza. Si, por el contrario, las preguntas y las intervenciones del entrevistador surgen en exceso, las vivencias de intrusión en el adolescente suelen llevarlo a callar, a disimular o, muchas veces, a descargar a través de la actuación la excitación inherente a este tipo de interacción, lo que rompe cualquier posibilidad de contacto.

Estas dos posiciones extremas ilustran la importancia de la *regulación de la distancia relacional* con el adolescente deprimido. Resulta

esencial, en cambio, que en el curso de estas entrevistas surja *el reconocimiento por parte del entrevistador del afecto depresivo del adolescente*. Tal reconocimiento suele brindar la posibilidad al interesado de tomar conciencia de este y desencadenar o reanimar la eventualidad de un trabajo asociativo.

En *la relación con la familia*, durante esta fase de las entrevistas iniciales me limito a subrayar que existen diferentes modalidades en la manera de abordarla y a señalar que es más una cuestión de “estilo” del psicoterapeuta, que de técnica propiamente dicha. Algunos prefieren ver a los padres solos en una primera entrevista; otros, en compañía del adolescente. Otros más se limitan a recibirlos unos minutos, con el adolescente; otros finalmente prefieren no entrevistar a los padres.

Cada una de estas maneras de proceder tiene sus pros y sus contras, y no existe en definitiva unanimidad a este respecto. La forma de abordar este problema depende, además, de otros factores, como *la edad del adolescente*, y en esto coinciden en cambio los distintos autores: las entrevistas suelen ser manejadas de distinta manera con adolescentes menores o mayores de 15 años de edad.

En todo caso, según mi punto de vista, resulta beneficioso a corto, mediano y largo plazos involucrar

de algún modo a los padres en la definición del marco de intervención, haciéndolos partícipes de una decisión que en adelante no concernirá sólo al adolescente, sino a la familia en su conjunto. Esto no implica que se traicione de forma alguna la confidencialidad, garantía esencial para el adolescente. Por tal motivo, se recomienda —y este es mi punto de vista— evitar los contactos ulteriores con los solos padres (personales, telefónicos y de cualquier otro tipo), en particular si se trata de contactos “secretos” que sólo sirven para establecer *alianzas patológicas*.

### **Indicaciones**

De manera esquemática, la indicación de una psicoterapia psicoanalítica para un adolescente deprimido se apoya en cuatro elementos: el diagnóstico, las características del adolescente, las características del terapeuta y, finalmente, las características del entorno.

#### ***Diagnóstico: clínica y psicopatología***

La indicación de una psicoterapia psicoanalítica supone, en primer lugar, una evaluación clínica detallada, que no se limita a la sola recolección de síntomas, y, en segundo lugar, una reflexión psicopatológica que permita situar la sintomatología depresiva actual en el marco de una historia infantil y reciente, de una estructura y un funcionamiento de

la personalidad y de un entorno específico.

Aquí la función de la psicopatología es hallar un sentido al episodio depresivo en cuestión, dentro de la economía psíquica actual del adolescente y habida cuenta de su historia y su entorno (4,18). En los términos planteados con anterioridad, se requiere una reflexión que incluya la posibilidad de articular los datos provenientes de la evaluación clínica, con los factores inherentes a la historia, la estructura y la coyuntura del sujeto adolescente.

Considero la depresión del adolescente como un síndrome clínico que tiene múltiples formas de expresión y cuya presentación, significado, manejo y pronóstico dependen, en gran medida, de la estructura de la personalidad en la cual se manifiesta. A muy grandes rasgos, en lo que a la presentación clínica se refiere, me basta con recordar que la sintomatología de la depresión en el adolescente suele ser extremadamente polimorfa, diferente de la forma clásica hallada en los adultos.

Signos básicos como la lentificación psicomotora, los trastornos francos del afecto, los signos físicos, las preocupaciones corporales, los trastornos del comportamiento y los denominados *equivalentes depresivos* se manifiestan con relativa especificidad y sólo se acercan de los habitualmente hallados en los

adultos, en los casos correspondientes a los adolescentes mayores.

Aunque resulta evidente afirmar que ninguna clasificación puede suplir al trabajo de reflexión evocado, sí permite una herramienta semejante orientar al clínico en este proceso. Tal es el caso de la *Clasificación francesa de los trastornos mentales del niño y del adolescente* (CFTMNA) (19-22), en su versión revisada del 2000 (CFTMEA-R-2000) (23). Esta clasificación, apoyada en criterios clínicos y psicopatológicos, considera a muy grandes rasgos que el síndrome depresivo del adolescente puede darse en cinco contextos radicalmente diferentes, distinguidos en función de la estructura de personalidad subyacente y de la modalidad de funcionamiento psíquico predominante: psicosis, trastornos neuróticos, patologías límite o fronterizas, trastornos reactivos y variaciones de la normalidad.

Sin entrar en detalles (las categorías en cuestión son evocadas en el Anexo), resulta fácil suponer que la clasificación del síndrome depresivo presentado por el adolescente en una u otra de estas categorías principales orienta de manera significativa la decisión terapéutica. Así, por ejemplo, en el campo que nos corresponde tratar, la psicoterapia psicoanalítica estaría indicada a

grandes rasgos en las depresiones clasificadas en los capítulos 1 (Psicosis), 2 (Trastornos neuróticos), 3 (Patologías límite o fronterizas) y, algunas veces, en el 4 (Trastornos reactivos), siempre y cuando la gravedad del caso así lo justifique.<sup>2</sup>

Las depresiones correspondientes al capítulo 9 (Variaciones de la normalidad) y algunos de los trastornos reactivos, en cambio, no suelen requerir una psicoterapia psicoanalítica propiamente dicha, sino algunas veces una psicoterapia de apoyo, y otras, una psicoterapia breve. Sin embargo, muchas veces suele bastar una serie de consultas terapéuticas.

No trato aquí la necesidad de acudir o no a otras modalidades terapéuticas —en particular farmacológicas, de intervención directa sobre el entorno o, finalmente de tipo institucional—, en función de los diagnósticos evocados.

#### *Características del adolescente*

La indicación de una psicoterapia psicoanalítica depende, igualmente, de las características del adolescente deprimido. Me refiero a lo que podría denominarse el *potencial psicoterapéutico*, que siempre importa evaluar (11,16). No debemos olvidar que, con muy pocas excepciones,

---

<sup>2</sup> Como ya fue dicho, no discuto en este artículo la indicación de psicoanálisis en el caso de un adolescente deprimido.

nada predispone a un adolescente corriente para comprometerse en un trabajo psicoterapéutico que le va demandar innegables esfuerzos, en múltiples esferas, cuya eficacia no es inmediata, sino diferida; cuyos resultados benéficos no se obtienen de manera pasiva, sino activa, y cuyos efectos transitorios no son obligatoriamente tranquilizantes, sino muchas veces generadores de ansiedad.

El compromiso del adolescente, por lo tanto, requiere un mínimo de condiciones, entre las cuales importan una cierta tolerancia a la frustración y una motivación que persista a lo largo del tiempo necesario. Esta última incluye tres variables esenciales en el adolescente:

- Una curiosidad suficiente por su mundo interior.
- Una ansiedad, un malestar (depresivo) suficientemente importante y generador de dolor y sufrimiento (importa que el adolescente reconozca dicho malestar como propio).
- Lasitud frente a la percepción de que los eventos se repiten (a pesar suyo).

Aunque, evidentemente, es poco usual que estas tres variables se encuentren presentes desde la primera entrevista, constituye uno de los resultados exitosos del proceso de evaluación el que el terapeuta logre llevarlas a la conciencia

del adolescente y que posibilite la manifestación de una demanda de ayuda.

### *Características del terapeuta*

En este texto no entro en la discusión tan actual de si la psicoterapia psicoanalítica debe o no ser realizada obligatoriamente por un psicoanalista (15). Considero, por una parte, que una formación psicoanalítica puede facilitar tanto el aprendizaje de la psicoterapia estrictamente psicoanalítica como su diferenciación de la psicoterapia de apoyo (14); por otra parte, creo que en todos los casos la psicoterapia psicoanalítica —que no es de modo alguno un “psicoanálisis de segunda”— supone una formación específica y suficiente en este campo.

Además de lo anterior, el terapeuta psicoanalítico de adolescentes debe tener como características indispensables, según mi punto de vista, las siguientes:

- Un conocimiento suficiente de las peculiaridades del funcionamiento adolescente, en este caso específico de la depresión en la adolescencia.
- La capacidad para realizar un constante esfuerzo para “ajustar” la distancia relacional adecuada: ni excesivamente próximo (se torna intrusivo), ni excesivamente distante (genera sensación de abandono).

- La disposición para sorprender al adolescente y para sorprenderse.
- Un contacto suficiente —gracias a la experiencia de un análisis personal— con su propia adolescencia (6,13).

Todos estos aspectos, que no son exhaustivos, contribuyen mucho a posibilitar un constante análisis de la contratransferencia —o, mejor, de la díada indisociable transferencia-contratransferencia, uno de los elementos técnicos esenciales en la psicoterapia psicoanalítica— sin que esto implique que dicho análisis se traduzca habitualmente en una interpretación, como fue subrayado con anterioridad.

#### *Características del entorno*

No voy a entrar en detalles a propósito del entorno. Me limito a evocar la importancia de tenerlo en cuenta —en particular a la familia del adolescente— en el marco de la evaluación y en el momento de establecer la indicación de una psicoterapia psicoanalítica. El acuerdo y la adhesión de los padres al tratamiento es parte esencial del trabajo que ha de llevar al terapeuta a indicar una psicoterapia psicoanalítica. En efecto, resulta evidente que el apoyo de la familia es condición indispensable para el inicio, el desarrollo y el final de la psicoterapia.

La descripción de la familia y, muy particularmente, la comprensión de su dinámica, donde se identifica tanto la calidad de las relaciones entre las generaciones (aspectos transgeneracionales) como el grado de diferenciación entre los miembros de la familia, son aspectos esenciales que ofrecen elementos no sólo diagnósticos, sino pronósticos. Es bien sabido que el adolescente, más allá de las apariencias, es extremadamente dependiente de su entorno familiar. En razón de esto, la problemática de la familia interfiere en la del adolescente, y este amenaza frecuentemente el equilibrio familiar, ya sea con su adolescencia propiamente dicha, ya sea con el eventual trastorno psicopatológico que presenta.

En el caso de la depresión, el tan frecuente sentimiento de culpabilidad de los padres frente a los problemas de sus hijos adolescentes se ve incrementado. En efecto, la confrontación a la realidad de la depresión del adolescente ataca muchas veces tanto la imagen ideal que los padres pueden tener de ellos mismos como la que tienen de su hijo o hija adolescente.

La agresión inherente a la depresión se ve así reforzada por esta dimensión narcisista del vínculo. Importa no olvidar, además, que la evolución presente de la sociedad occidental ha llevado cada vez más

al establecimiento de una mutua relación de dependencia, en la cual el hijo desempeña frecuentemente un rol de complemento narcisista: el hijo sostiene a los padres y los padres sostienen al hijo (3).

En este contexto, cuando la indiferenciación en la familia es importante, la depresión del adolescente puede a grandes rasgos, o bien reforzar los vínculos de dependencia recíproca, o bien desencadenar o precipitar el derrumbe de un equilibrio familiar extremadamente frágil. Eventualmente, la indicación de una ayuda terapéutica a uno de los padres, a ambos o a la familia debe ser evaluada con sumo cuidado. Más adelante evoco en tal sentido el interés de la llamada *terapia bifocal*.

En resumen, importa que el terapeuta evalúe cuidadosamente el contexto familiar, apuntando a crear por lo menos una cierta movilización en los padres y, en el mejor de los casos, a obtener de ellos una colaboración en la organización y desarrollo del tratamiento.

### **Terapia bifocal**

La terapia bifocal —propuesta inicialmente por Jeammet y desarrollada en la actualidad por Corcos— consiste no en una modalidad específica de psicoterapia psicoanalítica del adolescente, sino en la manera de hacer posible la realización de esta última,

particularmente con adolescentes “difíciles”, en razón de lo que estos autores denominan *problemáticas vinculadas a la dependencia* y, por lo tanto, con una clara tendencia a la descarga a través de la acción.

Radica, a grandes rasgos, en prescribir al adolescente y a su familia una serie de parámetros dentro del encuadre terapéutico mismo, en función de las resistencias más frecuentes de los adolescentes para el desarrollo de la psicoterapia. Esto limita el riesgo de rupturas brutales del tratamiento.

Desde un punto de vista descriptivo, la terapia bifocal hace intervenir a dos terapeutas, cada uno en un tiempo y un lugar diferentes. En general, después de evaluar la naturaleza del cuadro clínico, de la organización de la personalidad y del tipo de conflictos, el denominado *psiquiatra referente* —a saber aquel que recibe al potencial paciente y a su familia por primera vez— propone —conjuntamente y además de su intervención— la realización de una psicoterapia psicoanalítica con *otra* persona: el psicoterapeuta.

Se trata de asociar la psicoterapia psicoanalítica propiamente dicha con un seguimiento del adolescente —y ocasionalmente de sus padres— por parte del psiquiatra que los recibe inicialmente. El ritmo, la forma y la duración de las consultas pueden variar y ajustarse a las

necesidades y a la demanda de cada protagonista. Resulta posible evocar con mayor claridad las funciones de cada uno de los terapeutas confrontándolas en dos columnas, como se señala en la Tabla 1.

El psiquiatra referente asume un vínculo de continuidad, se presta fácilmente a la idealización y se convierte de forma rápida en una figura de apoyo para el adolescente, en particular para su narcisismo. El psicoterapeuta, en cambio, está más abierto y expuesto a la vida pulsional del adolescente y, por ende, a un conflicto inevitable (3).

Ciertamente, este dispositivo se vincula con una disociación entre estas dos dimensiones (narcisista y objetal), mas no la induce sino que la permite.

Se evitan de este modo las inversiones en exceso masivas y excitantes, que son las que acarrearán buena parte de las rupturas tempranas de la psicoterapia. La disociación es así mantenida tanto tiempo como sea necesario. La terapia bifocal autoriza, de este modo, una cierta difusión de las inversiones, una relativa escisión de los objetos y una conflictualidad más tolerable que se

Tabla 1. Funciones de los terapeutas en la terapia bifocal

| Psiquiatra referente   | Psicoterapeuta   |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Toma más en cuenta la realidad externa (médica, escolar o social).</li> <li>• Interviene sobre esta de manera activa.</li> <li>• Se encarga más específicamente de la depresión sintomática.</li> <li>• Prepara, abre o mantiene la posibilidad de un trabajo psicoterapéutico.</li> <li>• Reconoce explícitamente el afecto depresivo y lo nombra como tal.</li> <li>• Se aparta de la neutralidad y frecuentemente toma partido.</li> <li>• Se encarga de la eventual prescripción de antidepresivos.</li> <li>• Interlocutor siempre disponible para los padres del adolescente.</li> <li>• Interlocutor siempre disponible para el adolescente cuando existe amenaza de ruptura.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se concentra predominantemente en la realidad interna.</li> <li>• Interviene sobre esta por medio de la T-CT.</li> <li>• Puede concentrarse en el trabajo elaborativo de la depresión.</li> <li>• El trabajo sobre la realidad psíquica requiere un apoyo para la realidad externa.</li> <li>• Permite la instalación de un movimiento depresivo franco.</li> <li>• Tiende hacia la neutralidad y busca recuperarla e interpretarla cuando la pierde.</li> <li>• No asume ninguna prescripción.</li> <li>• El espacio de la psicoterapia pertenece tan sólo al adolescente.</li> <li>• Las amenazas de ruptura son abordadas en el marco de la psicoterapia.</li> </ul> |

va sustentando cada vez más, a pequeñas dosis, gracias al incremento de la tolerancia del adolescente.

Por otra parte, la diferenciación entre los dos terapeutas, claramente inscrita en la realidad externa, permite sostener una función tercera o de terceridad (13), por lo general mínima en estos adolescentes, que evita el riesgo del encierro en una relación dual que fácilmente se torna totalitaria y alienante para el adolescente. Para terminar enumero algunas de las condiciones y de las ventajas inherentes a la terapia bifocal:

- Requiere un trabajo conjunto, con un mutuo respeto por los espacios y las funciones de cada quien.
- Permite que ambos terapeutas piensen conjuntamente en el adolescente y se brinden apoyo mutuo. Puede incluso hablarse en estos casos de una “supervisión recíproca”, nunca despreciable cuando se trata de pacientes que solicitan con tanta intensidad a cada uno de los terapeutas.
- La disociación ya aludida entre las dos personas que intervienen favorece el trabajo de desplazamiento y de simbolización en el adolescente. En efecto, la existencia en la realidad externa de dos lugares y tiempos terapéuticos, separados y distantes, permite establecer un espacio en el cual se irá inscri-

biendo una actividad de desplazamiento y, consiguientemente, un trabajo de simbolización.

- La terapia bifocal limita el riesgo de una ruptura temprana de la psicoterapia, como ya fue dicho, gracias a la posibilidad que brinda al adolescente de regular la intensidad de la transferencia. En otras palabras, esta se diluye o se reparte entre los dos terapeutas, mientras progresivamente el adolescente va siendo capaz de integrar las distintas modalidades relacionales en una sola persona.
- Resulta evidente que esta modalidad de trabajo sólo sea posible si existe una marcada coherencia entre el psiquiatra referente y el psicoterapeuta. Sólo de este modo es posible tanto el trabajo conjunto como la elaboración común, que reúne las distintas imágenes que cada uno va teniendo del adolescente. Para esta tarea se impone, por supuesto, el que compartan las mismas referencias teóricas.

### **A manera de conclusión**

Más que concluir, quiero subrayar dos puntos que pueden invitar a la reflexión. Por una parte, la importancia del encuentro terapéutico con el adolescente deprimido; por la otra, la trascendencia de analizar y de dar sentido a su depresión. De la respuesta del psicoterapeuta y de la calidad de su comprensión

van a depender en buena medida no sólo el presente, sino también el futuro del adolescente. La depresión en este período de la vida, sea cual fuere su origen, traduce siempre dificultades en los procesos de identificación, de diferenciación y de individuación (6).

Así mismo, hace manifiesta la *presencia de un rechazo violento* de una parte esencial de sí mismo, del propio cuerpo, de los pensamientos y los deseos propios. No partir a la búsqueda de aquello que ha sido expulsado puede amputar al adolescente de parte de sus potencialidades (con frecuencia las más ricas), pues son las más cargadas de afecto, las más vitales, las más creativas, las más pulsionales, más allá de la depresión, más allá de las apariencias.

### Referencias

1. Pelicier Y. Angoisse et tranquillité. Paris: Ed. Roger Dacosta; 1985-6. 2 vol.
2. Jeammet P. Dynamique de l'adolescence. En : Encyclopédie Médico-Chirurgical Psychiatrie. Paris: Editions Techniques; 1997;37-213-A20.
3. Jeammet Ph, Corcos M. Évolution des problématiques à l'adolescence : l'émergence de la dépendance et ses aménagements. Paris: Doin; 2001.
4. Corcos M, Speranza M, Clervoy P, Jeammet Ph. Les troubles maniaco-dépressifs à l'adolescence. Paris: Masson; 1999.
5. Jeammet P. Enjeux actuels des thérapies à l'adolescence. L'autre. 2001;4(2):29-51.
6. Cahn R. L'adolescent dans la psychanalyse: l'aventure de la subjectivation. Paris: Presses Universitaires de France; 1998.
7. Laufer M, Laufer ME. Adolescence and developmental breakdown: a psychoanalytic view. New Haven: Yale University Press; 1984.
8. Ladame F. L'adolescence, entre rêve et action. Rev Franç Psychanal. 1991;55(6):1493-541.
9. Ladame F. Courtes remarques sur l'analyse des adolescents. Rev Franç Psychanal. 1992;56(3):827-35.
10. Jeammet P. Psychothérapie de l'adolescent. En: Encyclopédie Médico-Chirurgical Psychiatrie. Paris: Editions Techniques; 1989;37-812-B10:5-1989.
11. Corcos M, Lamas C, Jeammet Ph. Psychothérapies à l'adolescence. En: Encyclopédie Médico-Chirurgical Psychiatrie. Paris: Editions Techniques; 2008 [en prensa].
12. Jeammet Ph. L'interprétation en psychothérapie et psychanalyse d'adolescents. En: Manzano J, editor. L'interprétation en psychothérapie d'enfants et d'adolescents. Paris: Médecine et hygiène; 1997. p. 47-58.
13. Rojas-Urrego A. Del "allá y ahora como aquí y entonces" al "aquí y (entonces) ahora". Consideraciones sobre la interpretación transferencial en el psicoanálisis y la psicoterapia psicoanalítica del adolescente. En: Psicoanálisis y sexualidad. Barcelona: International Psychoanalytical Studies Organization; 1997. p. 121-130.
14. Kernberg OF. Psychoanalysis, psychoanalytic psychotherapy and supportive psychotherapy: contemporary controversies. Int J Psychoanal. 1999;80(Pt 6):1075-91.
15. Green A. Idées directrices pour une psychanalyse contemporaine: méconnaissance et reconnaissance de l'inconscient. Paris: Presses Universitaires de France; 2002.
16. Marcelli D. Entretien avec l'adolescent et son évaluation. En: Encyclopédie Médico-Chirurgical Psychiatrie. Paris: Editions Techniques; 1991;37-213-A10.
17. Corcos M. La thérapie bifocale dans la dépression de l'adolescent: intérêts et indications. Neuropsychiatr Enfance Adolesc. 1999;47:191-9.

18. Jeammet Ph. La dépression chez l'adolescent. En: Lebovici S, Diatkine R, Solué M. Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Vol. 2. Paris: Presses Universitaires de France; 1999.
19. Misès R, Rojas-Urrego A. La clasificación francesa de los trastornos mentales del niño y del adolescente. Rev Colomb Psiquiatr. 1991;20(1):9-31;
20. Misès R, Rojas-Urrego A. La clasificación francesa de los trastornos mentales del niño y del adolescente. Rev Colomb Psiquiatr. 1991;20(4):265-88.
21. Misès R, Rojas-Urrego A. La clasificación francesa de los trastornos mentales del niño y del adolescente. Rev Colomb Psiquiatr. 1992;21(3):172-86.
22. Misès R, Rojas-Urrego A. La clasificación francesa de los trastornos mentales del niño y del adolescente. Rev Colomb Psiquiatr. 1992;21(4):259-70.
23. Misès R, Fortineau J, Jeammet P, Lang JL, Mazet P, Plantade A, et al. Clasificación francesa de los trastornos mentales del niño y del adolescente. Buenos Aires: Polemos; 2004.

*Recibido para evaluación:* 20 de junio de 2008

*Aceptado para publicación:* 23 de julio de 2008

Correspondencia  
Alejandro Rojas-Urrego  
Instituto Colombiano de Psicoanálisis  
Cra. 14A N° 102-52  
Bogotá, Colombia  
alejandrorojasurrego@gmail.com

## Anexo

La *Clasificación francesa de los trastornos mentales del niño y del adolescente* (CFTMNA) (19), en su versión revisada del 2000 (CFTMEA-R-2000) (20), propone los siguientes capítulos, categorías y subcategorías para la depresión del adolescente:

En el Capítulo 1 (Autismo y psicosis), la categoría 1.4 (Trastornos tímicos) incluye en 1.41 (Trastornos tímicos del adolescente) distintas formas de un episodio depresivo (1.411):

- 1.4110 Episodio depresivo actual inscrito en un trastorno afectivo bipolar.
- 1.4111 Episodio depresivo grave sin dimensión melancólica manifiesta.
- 1.4112 Episodio depresivo grave sin dimensión melancólica manifiesta, con síntomas psicóticos.
- 1.4113 Episodio depresivo grave con dimensión melancólica.
- 1.4114 Episodio depresivo grave con melancolía delirante.

La categoría 1.5 (Estados depresivos después de un episodio psicótico) permite clasificar, de manera transitoria, cuadros clínicos relativamente frecuentes en la adolescencia.

Entre los trastornos neuróticos del Capítulo 2, la subcategoría 2.5 se denomina *depresión neurótica*, para un cuadro clínico que responde a los criterios generales de los trastornos neuróticos y en el cual predomina el síndrome depresivo.

En el Capítulo 3 (Patologías límite), la subcategoría 3.4 da cabida a las *depresiones vinculadas a una patología límite*.

El Capítulo 4 (Trastornos reactivos) considera la depresión reactiva (4.0), para trastornos de aparición reciente y en los cuales resulta posible establecer una causa desencadenante precisa, mientras se mantiene la integridad de la personalidad del sujeto.

Finalmente, el Capítulo 9 (Variaciones de la normalidad) incluye los *momentos depresivos* (9.1), para trastornos transitorios que son frecuentes en la evolución normal del adolescente y pueden corresponder, incluso, a momentos fecundos del desarrollo.