

LA ADOLESCENCIA HOY

Problemas y soluciones para terapeutas

Pablo Concha Ponce & Felipe E. García
Editores

PRÓLOGO DE MARCELO E. CEBERIO

SEGUNDA EDICIÓN AUMENTADA Y CORREGIDA



Nueva
Mirada
EDICIONES

LA ADOLESCENCIA HOY

Problemas y soluciones para terapeutas

Pablo Concha Ponce / Felipe E. García
EDITORES

SEGUNDA EDICIÓN AUMENTADA Y CORREGIDA

Nueva
Mirada
EDICIONES



CESIST CHILE

.....
Centro de Estudios Sistémicos

LA ADOLESCENCIA HOY

Problemas y soluciones para terapeutas

Pablo Concha Ponce / Felipe E. García (editores)

Segunda edición aumentada y corregida

Para contactar a los editores:
contacto@cesist.cl

ISBN 978-956-9812-19-4
Primera edición: enero 2020
Segunda edición: junio 2021
Nueva Mirada Ediciones
Talca, Chile.

Diseño y diagramación:
Alejandro Abufom Heresi
Nueva Mirada Ediciones EIRL
abufom@gmail.com

Imagen de portada: www.pxfuel.com
Creative Commons

Impreso en Gráfica Lom, Santiago, Chile

A Francisca por su amor, comprensión y apoyo incondicional.
A mis padres, por la confianza. También a todos(as)
los(as) adolescentes que me han enseñado el
valor de las conversaciones terapéuticas.

Pablo

Las personas somos las historias que contamos.
Mi historia ha estado llena de personajes y todos han
contribuido de una u otra forma a dirigir mi vida hasta este
instante. A todos ellos, familia, amigxs, compañerxs,
consultantes, alumnxs, y muchxs más sin un rol o una
relación determinada, mis agradecimientos.

Felipe

ÍNDICE

Presentación segunda edición	9
Prólogo	
Entre “Cheguevaristas”, justicieras, digitales y rebeldes sin causa. Ser adolescente hoy	
<i>Marcelo R. Ceberio</i>	13
I. Ruptura de pareja en la adolescencia: Antecedentes y sugerencias para la intervención	
<i>Felipe E. García</i>	31
II. Las buenas relaciones de pareja y su impacto en la salud	
<i>Luz de Lourdes Eguiluz</i>	45
III. Autolesiones y adolescencia: Abordaje desde la terapia sistémica breve	
<i>Pablo Concha-Ponce</i>	61
IV. Técnicas sistémicas para el manejo y control de la ingobernabilidad adolescente	
<i>Sergio García Flores</i>	77
V. Proyecto de vida: Propuesta de investigación/ intervención psicoeducativa no normativa en adolescentes	
<i>Milton Andrés Contreras Sáez</i>	94
VI. Depresión y suicidalidad en adolescentes: Aportes de la Terapia Estratégica Breve y Centrada en las Soluciones	
<i>Juan Pablo Vicencio C.</i>	113

VII. Prevención y abordaje del consumo de drogas en adolescentes: Intervención Motivacional Breve en contextos educativos <i>Javiera González-Araya y Claudio Rojas-Jara</i>	134
VIII. El adolescente desafiante: La identificación empática sistémica entre iguales ante la exclusión familiar <i>Raúl Medina Centeno</i>	149
IX. Intervención con adolescentes víctimas de maltrato y abuso sexual: Reflexiones sistémicas en torno al maltrato y abuso <i>Pablo Arroyo Bascuñán</i>	169
X. Un adolescente frente a la reconstitución familiar a partir de la muerte del padre: Una propuesta de intervención desde la clave emocional <i>Perla Montes de Oca</i>	183
XI. Protocolo de intervención en Violencia Filio-Parental <i>Roberto Pereira Tercero</i>	198
XII. Proceso de separación de carácter destructivo con hijos adolescentes <i>Gerardo Chandía Garrido</i>	216
XIII. Diversidad sexual en la adolescencia <i>Eugenia Escalona Araneda</i>	234
XIV. Una guía para padres y educadores sobre la biología, el comportamiento y las relaciones adolescentes <i>Armando Quiroz Adame</i>	253

PRESENTACIÓN A LA SEGUNDA EDICIÓN

En la actualidad, existen innumerables aproximaciones teóricas y prácticas que presentan a la adolescencia como un periodo complejo, en el cual se ponen en juego la construcción y definición de la identidad personal, marcando el inicio de relevantes cambios a nivel corporal y emocional que se articulan con elementos socioculturales, dando forma a la construcción de la identidad de cada adolescente.

Dada esta complejidad, y considerando esta etapa como una de las más dinámicas del desarrollo humano, es frecuente que los/as terapeutas que diariamente trabajan con ellos se pregunten una y otra vez: ¿Qué significa ser adolescente en una época caracterizada por cambios sociales insospechados, que provocan miedo e incertidumbre? ¿Cómo ayudar a los adolescentes que han mermado la confianza en los adultos? ¿Cómo acompañarlos en un proceso de duelo y quiebre familiar? ¿Cómo fortalecer sus recursos personales y sociales? ¿Cómo intervenir sobre la expresión de sus sentimientos y emociones?

Estas y otras preguntas serán abordadas a través de esta obra en su segunda edición, incorporando ahora nuevas contribuciones con el propósito de robustecer las herramientas ofrecidas en su primera versión, facilitando nuevas estrategias y posibilidades de intervención, en un grupo etario que demanda de una atención psicoterapéutica actualizada, sensible y comprometida con los temas emergentes que atraviesa cada uno de ellos.

Este libro trata justamente del abordaje de diversas problemáticas. Además, es el resultado del compromiso académico y profesional de los editores y coautores, dirigido a ser un aporte al conocimiento de la materia que se ofrece, transformándose en uno de los pocos en su género en Chile.

Todas las reflexiones aquí presentadas ponen en cuestión temas centrales de la terapia sistémica breve con adolescentes, y

responde a la motivación de los editores por consolidar el éxito obtenido en su primera edición, evidenciado en el número de personas que se han interesado en esta obra y han puesto en práctica –desde una perspectiva crítica– las herramientas aquí descritas.

El libro presenta la experiencia de terapeutas de distintas latitudes, que ponen su conocimiento experto al servicio de un público cada vez más exigente, que requiere de nuevas herramientas teórico-prácticas en su quehacer profesional, adaptando estrategias terapéuticas sensibles a los tiempos actuales, incorporando la noción de subjetivación de la juventud en la construcción de vínculos sociales, así como también en procesos históricos y familiares. Vínculos que hacen del lazo social, el elemento básico del desarrollo humano.

En su segunda edición, el libro suma tres capítulos adicionales a los 11 capítulos que constituyeron su primera edición. En ellos, cada terapeuta, académico e investigador ofrece su conocimiento y experiencia al servicio del lector, brindando una mirada comprensiva y práctica del proceso terapéutico. Cabe indicar que la diversidad presente en el libro no solo responde al origen geográfico de sus autores (España, México y Chile), sino también a la diversidad de aproximaciones terapéuticas que el enfoque sistémico como marco integrador ofrece.

De los capítulos antes mencionado, se presentan a continuación las nuevas contribuciones que provienen de destacados terapeutas mexicanos, de vasta experiencia clínica y académica, que han sido reconocidos en su país por la destacada carrera profesional y aporte a la disciplina.

Primeramente, destacar la contribución de la Dra. Luz de Lourdes Eguiluz, quien retoma el diálogo de las relaciones de pareja entre adolescentes, pero esta vez desde su relación con el desarrollo e impacto en la salud, poniendo de manifiesto, en especial, la importancia del amor al servicio de una relación satisfactoria como factor protector al desarrollo de los jóvenes.

Otro aporte importante ha sido el capítulo del Dr. Ser-

gio García, el que, con su capítulo “Técnicas sistémicas para el manejo y control de la ingobernabilidad adolescente”, encara el tema de la conducta disruptiva en la adolescencia y ofrece su experiencia mediante un caso clínico de abordaje exitoso.

El maestro en psicología, Armando Quiroz Adame, presenta una guía para padres y educadores, cuyo contenido versa sobre la biología, el comportamiento y las relaciones entre adolescentes, que se convierte en un decálogo de principios terapéuticos útiles para el trabajo de terapeutas nóveles y expertos, que diariamente se aproximan a la intervención terapéutica desde las familias, considerando la complejidad relacional que ello implica.

Para concluir, es de suma importancia indicar que nada de lo presentado en este libro está totalmente “elaborado” ni “cerrado”; tampoco mantiene la pretensión de “verdad” en cuanto a los saberes que cada coautor ofrece, sino más bien, se convierte en una invitación a navegar o naufragar en la aventura terapéutica con adolescentes y sus familias, abriendo espacios de oportunidad para el crecimiento y cohesión de todos. Luego del presente aviso, deseamos que disfrutes la lectura.

Pablo y Felipe.

PRÓLOGO A LA PRIMERA EDICIÓN

ENTRE “CHEGUEVARISTAS”, JUSTICIERAS, DIGITALES Y REBELDES SIN CAUSA. SER ADOLESCENTE HOY

Los libros sobre adolescencia, tanto los de divulgación como los específicos -como es el presente texto- nunca deben faltar. Siempre se dice y se investiga algo nuevo, porque los ciclos evolutivos, como la adolescencia, están modificándose constantemente. La psicología, en su vertiente psicoterapéutica, debe actualizarse de manera permanente porque la sociedad y la vida van tan rápido que los conocimientos nuevos en un momento, se convierten en obsoletos en otro.

Es común que la mayoría de los autores digan que la adolescencia es un período controvertido, de confusiones, de cambios. Bueno... no se está diciendo nada nuevo, se describe mas de lo mismo. El tema que los que deben soportar, sostener y apoyar a esos energúmenos en crecimiento, son los padres, quienes en una interinfluencia recíproca de conductas. afrontan cotidianamente el salvajismo reactivo de sus hijos e hijas en franca evolución.

Nadie enseña a ser padres, aunque hay diferentes escuelas que dictan cursos para ello: “Ser padres hoy”, “Cómo ser buenos padres”, etc. Hay textos escritos por educadores, psicólogos, maestros, que dan numerosas fórmulas para el ejercicio de la parentalidad saludable. Lo cierto es que el acto de ser papá o mamá solo se aprende durante su práctica, desde el amor incondicional que se siente hacia los hijos, hasta el compromiso y la responsabilidad que implica criarlos.

La experiencia parental se desarrolla con el crecimiento de los hijos, entonces los diferentes ciclos evolutivos demarcan la forma de crianza. La niñez y la incipiente pubertad de ma-

nera paulatina van acomodando a los padres y madres a cierto orden y destreza en sus funciones. Pero cuando parece que se tiene todo bajo control, cuando ya se estaban acostumbrando a un ritmo de crecimiento, un torbellino hormonal de estrógenos y progesterona en las niñas, y de testosterona y vasopresina en los varones, irrumpe en el torrente sanguíneo, creando una transformación a multiplicidad de niveles: biológico, emocional, cognitivo, social.

El cuerpo se modifica indefectiblemente creando torpezas en el trato, creando conflictos y narcisismo en las emociones, fundando nuevas ideas salvadoras del mundo, redenciones a múltiples niveles, “cheguevarismos” a ultranza, rebeldías, incrementando inteligencia y capacidades que llevan a que se simetricen en la relación parento-filial y produzcan las primeras escaladas problemáticas. Todo un aprendizaje para el rol de padres y madres: lo que había creído aprender se desbarata en esta etapa.

La mala contestación del hijo, o cuando su hija exige que se golpee antes de entrar en su habitación, o cuando quiere elegir su propia ropa, o cuando protesta y dice *¡Ya no soy un niño!*, o *¡No me trates como una nena!*, o cuando se simetriza al tratar de explicar al padre alguna sofisticación tecnológica, área donde los adolescentes aventajan por varios kilómetros a la generación de los progenitores, neófitos en la destreza cibernética.

Lo cierto es que la mayoría de los textos de psicología evolutiva, dictaminan y describen casi de manera trágica a la adolescencia, remarcando la conflictividad, los cambios que originan problemas y una mar de modificaciones de conductas, emociones, biología, pensamientos, etc. Sin embargo, una versión alternativa podría definir a la adolescencia como una etapa maravillosa, intensa, emocionalmente fuerte: quiere decir que también hay que mostrar una versión positiva de este ciclo evolutivo. Una versión que la muestre como un período feliz, una plataforma de despegue de aquí para toda la vida.

Todo es el inicio de un trayecto hacia la adultez. Es una

época de muchos “primeros”: Los primeros amigos, profundamente amigos; los primeros amores y decepciones amorosas, las necesidades de aprobación y valorización del entorno, los triunfos iniciáticos, deducciones geniales y sin ayuda, primeras salidas y sentido de la independencia, los primeros sueños de fama y las rabietas y broncas intempestivas, el despertar de la sexualidad, el cambio y manejo del propio cuerpo. Todo esto y mucho más. Pero también es un período maravilloso para los padres. Una etapa que los somete a un gran aprendizaje, no solo de cómo funcionan los hijos sino de cómo reaccionan los padres y madres frente a ellos. Es como tener todos los días un curso de Psicología evolutiva práctica a domicilio.

Tal vez uno de los principales puntos de aprendizaje sea la diferencia generacional. Y no es una obviedad. Siempre entre padres e hijos existió un espacio importante, pero en la actualidad debido a la velocidad en que se vive y fundamentalmente a raíz del descomunal desarrollo de la tecnología, la brecha generacional se ha transformado en un abismo pronunciado.

La tecnología está creando cerebros nuevos. Formas de procesar información, neurotransmisores y neurohormonas, funciones cerebrales, acciones cognitivas diferentes. De hace 50 años atrás, hacer cálculos con el ábaco, el compás, el vinilo, el grabador a cinta, la máquina de escribir y el teléfono particular con el disco de marcado, eran parte de la vida cotidiana. En fin, una generación que vivió un gran cambio a numerosos niveles y quizá uno de los mayores es a nivel tecnología. Pero no son pocos los padres de esta generación que se han resistido a los cambios. Les ha costado trabajo y concentración aprender computación, resignándose a regañadientes a usar la PC y comprar una para el hogar. Algunos quedan resistiéndose -a capa y espada- al uso del teléfono móvil, aduciendo *antes no teníamos teléfono móvil y la gente me ubicaba perfectamente / Si me quieren ubicar que me dejen un mensaje en el teléfono de casa / Yo no quiero que me ubiquen siempre quiero estar tranquilo* y otras tantas explicaciones que lo único que hacen es mostrar la

resistencia a la evolución. Más aún, algunos todavía cuestionan si estos avances realmente son una evolución.

Cuanto más estos padres rechazan los cambios, más rígidamente se parapetan en su forma de pensar y más distancia crean con sus hijos que, por supuesto, circulan por un mundo ultramoderno. Si los padres no se actualizan e informan y aprenden de este nuevo mundo, el abismo será mucho mayor. La tecnología ha signado generaciones que poseen ciertas particularizaciones. En principio, dividen a los humanos en “nativos” o “migrantes” cibernéticos. La generación de nuestros hijos ha nacido con un *mouse* en la mano, ahora con pantalla táctil.

Muy diferente es la generación de los *migrantes tecnológicos*, o sea nosotros, que hemos debido hacer el pasaje de lo que creíamos que era la gran sofisticación, a las nuevas tecnologías. Y esta distinción no solo involucra el manejo cibernético, sino todo un universo de creencias y significados acerca de la vida y una forma filosófica de como vivir y de como, principalmente, establecer la comunicación. Muchos de los migrantes tecnológicos, establecían otro tipo de comunicación con la gente y más si la vida se desarrollaba en un barrio de provincia. La comunicación se establecía *face to face* y los juegos eran de destreza corporal (la esquinita, la escondida, al fútbol en la calle con una pelota de goma), hablaban los compañeros de juego mirándose a los ojos, se peleaban o se reían, pero siempre cuerpo a cuerpo.

Hoy los niños, púberes y adolescentes, *twitean*, *instagrammean*, se comunican por Facebook, *whatsapp*ean, se mandan emails, juegan a distancia a la *play station*. También se encuentran, hacen salidas y juegan, pero se comunican más por las redes sociales que de manera personal, cara a cara. Pero son otro tipo de salidas, de juegos, de intereses. El mundo ha cambiado. Muchos padres se han dedicado a criticar la forma de comunicación de los hijos, hablando de los beneficios del tipo de comunicación que se establecía en su infancia y adolescencia, bajo el encabezamiento de *En mi época...!* Caen en la trampa de colocar un énfasis desmedido en los beneficios del tipo de vín-

culo de los años de juventud. ¿Mejor o peor? Es absurdo establecer una comparación entre una y otra generación puesto que siempre intervendrán las creencias y valores de la generación a la que se representa. Ni mejor ni peor, sencillamente diferente. En la comparación se pierde de vista el contexto que opera como un marco que le otorga significado a las acciones.

En los primeros flirteos adolescentes, cuando se intentaba asegurar futuros encuentros con la chica que nos gustaba, se le pedía el teléfono de su casa o el de su trabajo; hoy se le pide el Instagram o una dirección de *email* o su nombre en Facebook. Esto implica que *a posteriori* no hay un chico hablando por teléfono para concretar la cita. Sí, se habla, pero no es que se habla en el sentido literal del término, se dice que se habla pero mediante el *chateo*, el pase de fotos en Instagram o Facebook.

DIFERENTES GENERACIONES TECNOLÓGICAS, DIFERENTES ADOLESCENCIAS

La determinación de diferentes generaciones no solo implica un marco histórico referencial, sino que conlleva un estilo y una filosofía de vida. En todas estas generaciones se han observado diferentes tipos de adolescencias enmarcadas y constituidas por hechos significativos del contexto, más allá de los estilos de crianzas particulares de cada familia. Por supuesto que cada sociedad vivió ciertos eventos con las subjetividades propias de cada cultura, pero estas generaciones terminaron universalizándose en sus características. No obstante, es una “regla” que las características de cualquier generación en su adolescencia, suele ser criticada por las generaciones anteriores. Padres y abuelos que no entienden como se conducen los hijos o nietos.

La que se llamó “Generación silenciosa”, que involucra a los nacidos entre 1925 y 1945, es una generación “sufrida” fundamentalmente porque vivió la segunda Guerra Mundial (1939/1945), pero han sido hijos de padres que también vivieron también la tragedia de la primera Guerra Mundial

(1914/1918) y en Estados Unidos, por ejemplo, se vivió la ley seca en 1920 y el “Crack del 29”. En España, esta generación fue la del “oír, ver y callar”, que creció entre dictaduras y la guerra civil, hambruna y falta de libertad.

Los “Baby Boomer” (nacidos entre 1946 y 1964), crecieron en las secuelas sociales, políticas y económicas que dejó la segunda Guerra Mundial. La paz trajo una sociedad de esperanzas y recuperación, por lo que la natalidad repuntó de manera notable en algunos países anglosajones como USA, Australia, Canadá, inaugurando esta generación del Boom de los “Baby”. Es una generación, donde los padres se preocupan por una mejor educación universitaria para sus hijos, y ellos mismos tienen la concepción de que sus propios hijos también deben progresar en la vida mediante estudio y buenos trabajos.

En los 80 se diferenció entre los Boomers una “generación sándwich”, que son los que deben cuidar de los dos padres ancianos y niños de corta edad al mismo tiempo. Los “boomers” son los primeros que preconizaron la igualdad de raza, derechos y ecuanimidad de las mujeres, igualdad e integración de personas homosexuales. Esta generación fue más flexible y tolerante que sus predecesoras conservadoras. Vivieron la década que fue un punto de quiebre entre el conservadorismo y la construcción de una sociedad más abierta: los 60, donde cambió por completo el tipo de música, el estallido beatlemaníaco, los inicios de los movimientos hippies.

La que se denominó la “Generación X” (nacidos entre 1965 y 1981) son los hijos de los “Baby boomers” y los primeros miembros de la Generación X se encuentran para esta época disfrutando de estabilidad económica y con los hijos autónomos que viven solos, o son estudiantes universitarios. Disponen de un trabajo y de un poder adquisitivo estable. Piensan en el tiempo libre cuando se jubilen y puedan planificar viajes y tener el tiempo y la tranquilidad económica para realizarlos.

La Universidad de Michigan publicó un estudio en el 2011 en el que analizaba cómo es realmente la Generación X

y los definió como una generación activa, con una vida equilibrada y feliz. También ha vivido cambios sociales, políticos y tecnológicos que han determinado gran parte de la evolución del mundo a múltiples niveles, como la llegada del hombre a la luna, la creación de computadoras, equipos tecnológicos, el inicio de Internet. Del disco de vinilo a la cinta, cassetes y videocassetes, y del formato en Cd y, posteriormente, al mp3, mp4 y iPod. La generación X vivió la transición de la televisión en blanco y negro a la TV a color, y creció bajo el influjo de medios audiovisuales (publicidad), por lo que son más consumidores. También fue la primera en tener teléfonos móviles, usar los chats y mensajes de textos.

Pero la “Generación Y” es sobre la que se ha escrito más y ha tenido mayor difusión ya que los “Millennial” (nacidos entre 1982 y 1995) son los primeros **nativos digitales**. Una fracción de este rango etario, en su adolescencia o su infancia pasaron de comunicarse mediante cartas manuscritas, hacer llamados desde teléfonos fijos, a las computadoras, Internet y teléfonos celulares. Una forma de comunicación que cambiaría el mundo. Es una generación rotulada como narcisista y poco afecta al esfuerzo; sin embargo, es creativa, emprendedora y ambiciosa. No se conforma con el trabajo que le ha sido asignado sino que siempre intenta ir un paso más. Tiene un fuerte foco en los estudios, en la carrera y en el trabajo, en vez de en la familia, en la pareja o los hijos. Posee una mentalidad más flexible y abierta, multicultural, global, inclusiva y poseen un alto nivel de exigencia y expectativas de resultados.

La “Generación Z”, nacidos entre 1996 y 2010, ya nacieron con el Internet, Google, Youtube y con un teléfono celular. No entienden el mundo si no desde una perspectiva global y están conectados entre sí a través de numerosas redes sociales que han ido surgiendo, como Instagram, Twitter, Facebook, Snapchat, entre otros. Es una generación altamente creativa y que utiliza las diversas tecnologías tanto para el trabajo como para el tiempo lúdico mediante *e-gamer*, *play station*, etc, y jue-

gan en red y se relacionan a través de ella. Son emprendedores y tienen inculcada la filosofía de que si las cosas no salen como están establecidas se las tendrán que inventar.

Están comprometidos con el medioambiente y se movilizan políticamente mediante ONG para evitar tóxicos ambientales, tala de árboles, contaminación de mares, y el cambio climático. Son muy **dependientes de las nuevas tecnologías** y, sobre todo, del teléfono móvil, casi adictos y adictos en muchos casos (ni hablar si pierden su teléfono o se lo roban u olvidan). Esta dependencia les provoca mayor ostracismo y menor atención al entorno que les rodea. Son ansiosos e inmedatistas, tal como es el funcionamiento cibernético: ¡resultadista YA!

Por último, la “Generación T” (nacidos entre 2011 y la actualidad). Aún no se han podido definir las características de esta nueva generación, pero pueden describirse algunas cuestiones generales. Es una generación de las pantallas táctiles y los celulares *smartphone* y con Internet de alta velocidad. Es decir es una generación que es absolutamente **digital**. Posiblemente, de acuerdo a los pronósticos tecnológicos, vivirán en casas inteligentes y robotizadas, autos electrónicos, es decir que habrá un dominio de la **inteligencia artificial en todas las áreas de la vida**. Las perspectivas resultan inciertas porque a canto de estos avances, se sabe claramente que las perspectivas climáticas globales son poco alentadoras si no se conciencia el estado actual.

Y QUE SUCEDE EN LA NEUROENDOCRINOLOGÍA ADOLESCENTE

En el terreno neurobiológico, sin duda, esta forma de comunicación y juego (como factor epigenético) llevará a cambios de estructura y funcionamiento cerebral. Por ejemplo, los videos juegos jugados por varones están poblados de estímulos en simultáneo y, por cierto que el cerebro masculino se halla más lateralizado, razón por la que admite una acción por vez. Sin embargo, los chicos actuales nativos digitales, trabajan con una

simultaneidad asombrosa. La adrenalina circulante producto de ejercitar la amígdala en situaciones virtuales de riesgo, el análisis global de la situación para entender qué decisión tomar rápida y efectiva, la dopamina que arma un circuito de recompensa por la victoria y el cortisol que mantiene en tensión en una alerta hipervigilante, hace que el chico que juega después de la cena no logre conciliar el sueño. Es el mismo cortisol el que no permite la aparición de serotonina, precursora de la melatonina inductora al sueño. Y allí están los padres dosificando el juego y colocando los límites para irse a la cama, ya que un adolescente o un púber deberá dormir al menos 10 horas diarias (Ceberio, 2013).

Los tiempos cambiaron y esto también genera cambios en los ciclos evolutivos. Los ancianos no son tan ancianos, la gente se muere más vieja, se es adulto más tardíamente. Cada vez es más nimio el período de la pubertad. Hace 40 años atrás, una niña de 13 años era una niña. Es decir, vestía como nena. Jugaba a juegos de nena. Hoy es una adolescente con un busto relativamente incipiente pero que se encarga de remarcar con corpiños armados, con ropa a la moda, con maquillaje incluido y con conversaciones entre amigas acerca del otro sexo. Hoy los chicos de 13, visten con ropa a la moda e intentan besar una chica en el baile de la matiné, cuando no son ellas las que se encargan de besarlos a ellos.

Claro que esta descripción de juegos de seducción entre diferentes sexos está basada en una discriminación binaria, cabe señalar que -a pesar de no ser datos oficiales- la Organización Mundial de la Salud ha diferenciado 112 géneros (Cámara de Diputados de Chile, 2017), con lo cual esto somete a un ejercicio de tolerancia y respeto por parte de los padres a la elección de género de los hijos. Los padres deben actualizarse acerca de como funciona este nuevo mundo, sin juzgarlo, ni tratar de desvalorizarlo y prestigiar los aciertos de la propia generación. Esta actualización no anula la guía, el consejo y, principalmente la puesta de límites que, en lo que respecta al uso de la tecnolo-

gía, es muy importante. Cuando los padres hablan de que los chicos abusan de los videos juegos, la verdadera formulación se traduce en que los padres no colocan los límites suficientes. Detrás de estos abusos y no usos, se encuentran padres ausentes o pautas laxas o débiles.

Estos últimos años, en Buenos Aires, hemos recibido en consulta a parejas de padres que reclaman que sus hijos -adolescentes tardíos de 21, 23 años ("generación Z")- no hacen nada por independizarse; por ejemplo, buscar trabajo y generar su propio dinero. Estos padres son de clase social media, media alta y alta, en general profesionales exitosos y empresarios, hijos o nietos de inmigrantes europeos, "Baby boomers" que han vivido una infancia de sacrificios de sus propios padres por asegurarles a ellos un futuro de bienestar. Es la generación de *Mi hijo el Doctor*, una generación de inmigrantes con poco estudio y mucho trabajo que deseaba que sus propios hijos logaran lo que ellos no habían podido: un hogar donde no faltara nada y más.

Indagando en la actitud de estos padres exitosos hacia sus hijos, sobre qué es lo que les dan a nivel material, se hallan excesos del tenor de sueldos de hijos, automóvil con seguro, patente y combustible, tarjeta de crédito. Con todos estos bienestares, los padres les exigen a los chicos que deben trabajar y critican su actitud de vagancia, que no muestran iniciativa de cambio, no buscan trabajo. Mientras tanto continúan brindándoles todo el confort: ropa limpia y nueva, mucama, plato caliente, etc.

Yo les pregunto irónicamente *si no me quieren adoptar*, porque yo tampoco querría salir de semejantes comodidades. Estos padres no quieren que sus hijos pasen lo mismo que pasaron ellos en la infancia: ciertas limitaciones en la posibilidades de hacer, adquirir, comprar, viajar, etc. Ni siquiera esta actitud es consciente. Este complejo conlleva la falta de límites en el dar y sentirse culpables si pautan límites en este territorio. Es una actitud que entrapa a los hijos, pero también a ellos mismos (Ceberio, 2013).

Los límites, como se reflejará más adelante en el texto, son categóricamente vitales en esta etapa: para que la Adolescencia no se transforme en *Dolescencia*, es decir, que no duela ni a padres ni a hijos, ni dañe el vínculo, es importante colocar pautas que demarquen qué es lo que está bien y qué está mal. Una razón neurobiológica explica que el lóbulo prefrontal, centro de la moral y control de los impulsos, se termina de desarrollar entre los 20 y 21 años. Mientras tanto, los parámetros de lo que se debe o no se debe lo colocan los progenitores, de lo contrario, la testosterona, los estrógenos y progesterona, dibujan acciones sin límites y en muchos casos peligrosas.

Pero más allá del territorio biológico, las interacciones comportamentales estructuran un sistema de relación que fortalece o desvanece las conductas adolescentes y esto tiene que ver con lo que da en llamarse “Estilos de crianza”

ESTILOS DE CRIANZA

El estilo de crianza es la construcción relacional que representa los comportamientos, actitudes, gestos, mensajes verbales y paraverbales de los progenitores hacia los hijos y las estrategias comunicacionales o técnicas y tácticas que utilizan en lo que ellos creen que deben hacer para hacer crecer a sus hijos. Este grado de influenciabilidad conductual en guiar, enseñar, aconsejar y todo lo que implica criar a los hijos, muestra comportamientos conscientes y voluntarios como involuntarios.

Una de las mejores teorías conocidas del estilo de crianza fue desarrollada por Diana Baumrind. Clasificó a los padres y madres en cuatro categorías: *autoritarios* (decir a sus hijos exactamente qué hacer), *permisivos* (permitir que sus hijos hagan lo que quieran), *democráticos* (proporcionando normas y orientación sin ser dominantes) y *negligentes* (que no tienen en cuenta a los hijos y sus intereses están en otras áreas). Describiremos, a continuación, sus características:

Democráticos

Son padres equilibrados, caracterizados por una comunicación frecuente y abierta, donde el diálogo es el mejor sistema para conseguir que los niños comprendan. Son exigentes y receptivos y están centrados en sus hijos y aspiran que mediante el proceso de la crianza ellos sean autónomos y maduros. Entienden los sentimientos de sus hijos y les enseñan a manejarlos. Generalmente no son tan controladores, lo que permite que el niño incursione en sus experiencias con mayor libertad, dejando así que tomen sus propias decisiones basadas en sus propias ideas.

Estos padres al apoyar la iniciativa personal de los hijos, les permiten que sean ellos mismos quienes resuelvan los problemas que se les presentan en el día a día. Ello conlleva a que la autonomía se afiance. Cuando colocan una punición explican los motivos del castigo que, por lo general, son medidos, no son severos ni arbitrarios y, aunque suelen perdonar, tratan de enseñar en lugar de castigar. Esto se supone que debe traer como resultado que los niños tengan una autoestima más alta y, paulatinamente, se vuelven más autónomos.

Proponen normas claras y establecen límites afectivamente. También permiten a los niños desarrollar su independencia y esperan un comportamiento maduro pero siempre adecuado para la edad de los hijos, es decir, un comportamiento acorde para su ciclo evolutivo. Valoran a los hijos y están atentos a sus necesidades, preocupaciones e intereses. Por estas razones, se lo considera el estilo más recomendado.

Autoritarios

Son progenitores hiperexigentes y no receptivos, y tienen altas expectativas con sus hijos. Imponen un régimen totalitario que se caracteriza por las altas expectativas de cumplimiento de normas familiares, y existe poco diálogo abierto entre padres e hijos y menos discutir alguna orden. Son padres con un estilo

restrictivo que castigan cuando no se cumple lo que trataron de imponer y esperan que los hijos respeten el trabajo y esfuerzo que ellos realizan en la crianza. No facilitan el diálogo y, a veces, lo rechazan como medida disciplinaria, por ejemplo: *hasta que no hagas lo que te digo no me vuelvas a dirigir la palabra* y a menudo la única explicación que dan es del tipo *porque yo lo digo*.

Son menos sensibles a las necesidades de sus hijos, y tienen más probabilidades de golpear o gritar a un niño en lugar de discutir el problema. Los hijos que resultan de este tipo de crianza pueden tener menos habilidades sociales porque los padres por lo general le dicen al niño lo que *debe hacer* en lugar de permitirle que elija por sí mismo. Son progenitores que ejercen la disciplina sin otorgarles la mínima autonomía a sus hijos y la obediencia es considerada una virtud, por lo que se favorecen las medidas de castigo o fuerza.

Permisivos

Son padres y madres muy sensibles a las necesidades del niño y sus deseos, y se caracterizan por tener pocas expectativas de comportamiento para los hijos. Es un estilo de crianza en el cual los padres están muy involucrados, pero con escasas exigencias y cero control sobre la vida de sus niños. Los dejan hacer, aunque se lastimen o dañen las cosas a su alrededor. La ausencia de límites impide que los hijos adquieran habilidades de autocontrol.

Los hijos de padres permisivos tienden a ser inmaduros, no controlan sus impulsos, ni son socialmente responsables, tienden a ser más impulsivos, y en la adolescencia pueden participar más en conductas marginales. Los niños nunca aprenden a controlar su propio comportamiento y siempre esperan salirse con la suya. Esta crianza genera niños consentidos o niños malcriados, que extremen sus conductas si no se hace lo que ellos quieren.

Negligentes

Estos padres y madres no son ni exigentes ni flexibles. Los *negligentes* también se les llama no implicados o desentendidos. Son fríos y controladores, generalmente no están involucrados en la vida de su hijo, no les exigen y no establecen límites ni los llevan a la adopción de responsabilidades. Los niños cuyos padres son negligentes desarrollan el sentido de que otros aspectos de la vida de los padres son más importantes que ellos.

Suelen omitir las emociones de los niños, ni las opiniones y no respaldan a sus hijos, pero proveen sus necesidades básicas (vivienda, educación, alimentación). Estos padres están a menudo ausentes emocionalmente y a veces, incluso, ausentes físicamente; es decir, aunque estén presentes físicamente, hay incomunicación. No son o no pueden ser sensibles a las necesidades del niño y no le exigen nada en sus expectativas de comportamiento. Quienes han crecido y vivido en un ambiente negligente, en su vida adulta pueden presentar problemas en el estudio, emocionales y conductuales. La falta de afecto y de consejo de estos niños y adolescentes conlleva efectos muy negativos en el desarrollo, por ende se sienten inseguros, desvalorizados y dependientes. Tienen dificultades en socializarse y dificultad de relación con sus pares, con baja tolerancia a la frustración.

REFLEXIONANDO

Cuando en oportunidades se describe a la adolescente como esa época complicada de la vida, si bien no deja de ser cierto, como hemos visto en el desarrollo, también dejamos entrever que es el período más relevante de la vida. Una especie de trampolín de despegue hacia el resto de los ciclos evolutivos. La convivencia del niño en un cuerpo casi adulto, la afluencia hormonal que se traduce en un torbellino de emociones, pensamientos y conductas, a veces coherentes y a veces no. Y ahí están los padres haciendo lo que pueden.

La adolescencia, también se convierte en blanco sintomático social. El adolescente expresa las incompatibilidades del sistema y busca confrontarlo. No se amolda, no es estratégico. Reacciona, interpela, busca justicia. Más allá de la tecnología, mas allá de las formas, en su eje se encuentra la equidad social. Podrá canalizarse en una lucha política: muchos adolescentes -principalmente latinoamericanos- son socialistas y comunistas en busca de ese equilibrio de clases. Luego la vida se encargará en transformarlos en capitalistas.

Tanto pueden compenetrarse en esa función social, que generalmente están al filo de convertirse en chivos expiatorios (social y familiar), ya que esa manera reaccionaria de intercambio rápidamente los convierte en un lugar de descarga de tensiones y una buena oportunidad donde desplazar broncas acumuladas de otros lugares.

Sin duda que la adolescencia puede sostener un cambio social, puesto que coloca la beligerancia controversial suficiente para impactar en ciertos estamentos sociales, económicos, políticos: luchas por la igualdad de géneros, por la diversidad, por la reivindicación de derechos, por la honestidad, por el cuidado medioambiental, a favor y en contra del aborto legal, reúne numerosos adolescentes que se unen en las diversas luchas por mejorar la calidad de vida.

También los adolescentes son los que le muestran a sus padres y madres, la forma en que ejercen la parentalidad, las pautas de pareja conyugal, la administración del dinero o la forma de pensar la vida. Puesto que los cuestionamientos (si no se entra en una interacción competitiva de escaladas simétricas), pueden traducirse en nuevos pensamientos, reflexiones, emociones y de esta manera construir acciones nuevas.

Cuando me preguntan cuál es la fórmula más acertada en la relación entre padres e hijos adolescentes siempre afirmo: expresarles el amor, activar el hablar y colocar límites. Sin olvidar que el único amor incondicional que existe sobre la faz de esta tierra es el amor de los padres hacia los hijos (ni siquiera

de los hijos hacia los padres) y, ese mismo amor es el que insta a comunicarnos y saber de ellos y es el mismo que nos lleva a ponerles límites en sus acciones para que aprendan a cuidarse.

ACERCA DEL LIBRO

Toda esta introducción que caracteriza a las peculiaridades del adolescente, y constituye el panorama con que los terapeutas nos encontramos a la hora de trabajar con adolescentes y su familia. Sirve, entonces, de antesala para lograr entender y empatizar con el adolescente en psicoterapia.

En este texto *La adolescencia hoy: problemas y soluciones para terapeutas*, mis amigos y colegas Felipe García y Pablo Concha, cuidadosamente se dedicaron a compilar un texto que habla de diferentes interacciones y disfuncionalidades adolescentes en la boca de varios autores hispanoamericanos de vasta experiencia. Cada capítulo desarrolla diferentes planteos teóricos acerca de las patologías adolescentes, a los que le sigue el paso a paso del pragmatismo de la terapia sistémica.

Los mismos compiladores inician el texto con la ruptura amorosa adolescente que tanto dolor produce; ese primer amor que se acaba y cobra una estridencia emocional justamente por ser el primero y no saber de esto de perder, terminar. También un artículo que guía y da consejos útiles muy capitalizables en lo que se debe y no se debe hacer en esas situaciones. Todo de la mano de Felipe García. Pero Pablo Concha no se queda atrás: en las autolesiones en la adolescencia y como puede abordarse desde la terapia sistémica breve. Nos muestra la teoría y las maniobras en una de las afecciones adolescentes mas autodestructivas. Un capítulo con técnicas muy maniobrables y fundamentadas.

El resto del libro plantea las descripciones de las disfuncionalidades que más se observan en las consultas. Por ejemplo, Milton Contreras Sáez, desde el análisis del proyecto de vida del adolescente y un método de exploración, nos guía de manera profunda para lograr construirlo y abordarlo. Juan P. Vicencio

nos describe la depresión y suicidio en adolescentes y la base de su tratamiento centrado en la terapia breve y la centrada en soluciones.

En manos de Javiera González-Araya y Claudio Rojas-Jara, no podía faltar el análisis y el desarrollo de la problemática del consumo de drogas y la intervención breve en contextos educativos, un capítulo, guiado paso a paso y con evaluación de resultados. La observación de la confrontación del adolescente desafiante y la posibilidad de transformar en complementariedad del vínculo mediante la empatía, es definida por Raúl Medina Centeno, y es verdaderamente desafiante tratar al desafiante, en pos de lograr artísticamente transformar el vínculo.

En el capítulo de abuso y maltrato de Pablo Arroyo Bascuñán, se reflexiona de manera sistémica y se propone un trabajo terapéutico breve en donde se opera por paso y el artículo describe también las técnicas. El centramiento en el uso de las emociones en los tratamiento interaccionales, se plantea en el artículo siguiente, en la articulación de un caso que muestra la reconstitución familiar a partir de la muerte del padre de un adolescente, en manos de Perla Montes de Oca.

Roberto Pereira, un verdadero especialista en violencia filioparental, muestra claramente este nuevo tipo de violencia en su artículo y le anexa impecablemente un protocolo de intervención específicamente de cada entrevista.

El capítulo siguiente, Gerardo Chandía Garrido trata sobre el proceso de separación de la pareja de padres, explora el proceso de duelo, y guía para evitar el carácter destructivo que tiene para los hijos.

Por último, Eugenia Escalona Araneda nos introduce en una gran actualización sobre sexo y género, la inclusión, la aceptación de la diversidad y propuestas de intervención terapéuticas en adolescentes.

Un libro que puede empezarse leyendo por donde se desea. Cada capítulo tiene la virtud de ser independiente y se encuentra eruditamente referenciado. Solo me queda felicitar a

los compiladores por la iniciativa y a los autores por la experticia y claridad esbozada en cada artículo.

Marcelo R. Ceberio

Buenos Aires, diciembre de 2019

REFERENCIAS

Ceberio, M. (2013) *Guía para padres de adolescentes*. Ediciones B.
Cámara de Diputados de Chile (13 de diciembre de 2017). *Comisión de derechos humanos y pueblos originarios periodo legislativo 2014 – 2018*. Acta de la Sesión N° 147a, ordinaria, celebrada el miércoles, de 15:18 a 17:15 horas.

I

RUPTURA DE PAREJA EN LA ADOLESCENCIA: ANTECEDENTES Y SUGERENCIAS PARA LA INTERVENCIÓN

Felipe E. García

INTRODUCCIÓN

Pareciera que el establecimiento de relaciones de pareja estables de tipo monogámica apareció en nuestra convivencia desde los albores de la humanidad. Es probable que la función principal de esta forma de relación tan particularmente humana (aunque compartida con otras especies no mamíferas) tendría relación con la necesidad de que el macho participara de la crianza y el cuidado de los hijos, ante un medio ambiente hostil. Posteriormente, se fueron diversificando las funciones que cumplía la pareja, siempre en el ámbito de la formación de una nueva familia y la subsecuente preparación de sus nuevos miembros (los hijos) para la vida adulta. Al interior de la familia se educaba, se producían bienes y servicios, se cuidaba a los enfermos y se entregaba apoyo y afecto.

Sin embargo, hemos de separar las funciones familiares de las estrictamente de pareja, en primer lugar porque en la época actual pocas parejas se forman con la intencionalidad de tener hijos y formar familia (menos aún las adolescentes), en segundo lugar porque las dinámicas familiares y de pareja no son necesariamente similares. Por ejemplo, las funciones más propias de las relaciones de pareja son la entrega mutua de afecto y protección, y el cumplimiento de algunas necesidades básicas como la satisfacción sexual. Por lo demás, hoy en día

las relaciones de pareja suelen ser simétricas y no jerarquizadas como antaño, cuando el varón establecía una relación de poder con su pareja, amparado por ideas machistas propias de una cultura patriarcal que hoy, por fortuna, se encuentra cuestionada, aunque está lejos de desaparecer, y prueba de ello es que aún se conservan niveles altos de violencia -del hombre hacia la mujer- en el noviazgo.

Otro cambio relevante, es la mayor aceptación social del establecimiento de relaciones homosexuales entre los jóvenes, pues hasta hace pocos años atrás aún se veía esto como una digresión, generando ocultamiento y serios problemas familiares y sociales cuando se develaba esta situación. Por desgracia, la aceptación social de las distintas formas de amar y de ser amado aun no es total, y persisten en el adolescente serias dificultades cuando los padres son informados de la orientación homosexual de sus hijos.

RELACIONES DE PAREJA EN LA ADOLESCENCIA

La adolescencia y las relaciones de pareja son temas íntimamente unidos. De hecho, las primeras relaciones de pareja se establecen -por lo general- en esta etapa, impulsadas por cambios propios de este periodo, entre los que destacan la aparición de las características sexuales secundarias que transforman a ese niño o niña en un hombre o mujer, con sus respectivos cambios corporales. Ante los cambios hormonales aumenta también la atracción y el deseo sexual hacia otras personas, por lo que ya no buscan solamente relacionarse con pares para jugar, como es frecuente en la niñez, sino también por la búsqueda de intimidad y placer. Por último, el adolescente busca diferenciarse de su familia de origen, teniendo opiniones propias, vistiéndose de una manera distinta, cambiando su lenguaje, sus gustos, sus hábitos, para lo cual mira como modelos a su grupo de pares; la necesidad de encajar y ser aceptado por sus pares lo impulsa además a buscar pareja, pues es lo que al parecer todos hacen.

Una de las características distintivas de las relaciones de pareja en la adolescencia es la elevada importancia otorgada a la atracción física y a la intensidad de los sentimientos. Si bien muchos adolescentes están dispuestos a involucrarse en relaciones efímeras y sin mayor trascendencia por el solo gusto de “probar”, es difícil que lo haga con cualquiera, necesita sentir una atracción física suficiente que justifique y aliente su comportamiento sexual. Además, es particularmente importante para el adolescente que una relación de pareja se inicie “estando enamorado/a”, un estado emocional fuertemente ligado a la idea de amor y que, por lo tanto, se suele confundir con él. El enamoramiento, sin embargo, es una emoción más propia de las primeras etapas de una relación, con un fuerte componente psicofisiológico, y con una duración más breve que el amor propiamente tal, o amor maduro.

El amor en la pareja ha sido tema de interés científico desde hace décadas. Por ejemplo, a través de los estudios de apego desarrollados por Bowlby (1969) y que se traducen en la vida adulta en distintas formas de relacionarnos con nuestras parejas, desde un apego seguro en el que predomina la confianza y la sensación de libertad, hasta un apego inseguro que busca sentirse constantemente validado por su pareja, con pocos espacios para ejercer la libertad.

Sternberg (1986) propuso una teoría que indica que el amor se compone de tres dimensiones:

a) intimidad: la pareja establece una relación de unión, en el cual la comunicación tiene una importancia central, con la idea general de que se tiene un compañero/a y una fuente de apoyo en su pareja sexual;

b) pasión: incluye la atracción física y el intenso deseo de consumación sexual, las actividades sexuales y es probablemente el componente más cercano a la idea de “enamoramiento”; y

c) compromiso: corresponde al deseo de estar y mantenerse con una pareja, proyectándose juntos hacia el futuro. Al respecto, existen estudios latinoamericanos que indican que las

personas con mayor satisfacción en su relación tienden a tener puntajes altos en los tres componentes del amor (Díaz-Loving et al., 1996; García et al., 2016).

Sin embargo, en los tiempos actuales algo está cambiando. Debido a su ligazón con la sensación de enamoramiento, la pasión constituye un componente relevante en una relación que se inicia. A su vez, mantener una alta comunicación y conexión con el otro constituye uno de los mayores indicadores de satisfacción con la pareja (García et al., 2018), por lo que la intimidad sigue siendo un componente central. En cambio, respecto al compromiso, la situación ahora es distinta. Bauman (2012) ha popularizado la idea del *amor líquido*. Esto implica que hoy existen dificultades para interacciones sociales en profundidad, pues estas parecen estar cada vez más mediadas por las redes sociales virtuales. Adicionalmente, se ha generado una crisis en la relevancia del compromiso en las relaciones, y no solo en las afectivas, sino también en las laborales y comunitarias. Cada vez los jóvenes parecen menos dispuestos a establecer compromisos, por lo que sus relaciones de pareja son transitorias y sin formalidad (a veces, incluso, rehúsan ponerle un nombre al tipo de relación). Como parte de lo mismo, tampoco muestran interés por proyectarse en un lugar de trabajo ni parecen estar motivados por comprarse una propiedad que los ancle en una ciudad determinada.

La ausencia de interés por establecer compromisos formales en las relaciones de pareja, ha generado nuevas formas de estar en pareja en los adolescentes, pues estos ya no buscan una relación tradicional, de tipo monogámica, estable y que se proyecte en el futuro; por el contrario, hoy son comunes otros tipos que antes no existían o eran minoritarias: las relaciones iniciadas o mantenidas a través de redes sociales virtuales, relaciones abiertas que permiten que un miembro o ambos puedan tener otras relaciones no comprometidas, el poliamor que implica que uno o ambos miembros de la pareja pueden tener varias relaciones comprometidas a la vez, eso aparte de las relaciones

ocasionales sin un vínculo emocional y encuentros sexuales esporádicos con amigos.

Sin embargo, no necesariamente ambos miembros de la relación están en la misma postura. Mientras uno prefiere una relación carente de exigencias, el otro puede buscar algo más profundo. Esta falta de sintonía puede que no afecte los primeros tiempos de la relación, pero en cuanto la posibilidad de establecer un compromiso aparece en el discurso de uno de los dos, el vínculo se tensiona. Cuando estos intereses se confrontan, la tensión producida suele resolverse con la disolución de la pareja, con el consecuente daño emocional en quien se veía más interesado en mantener la relación.

EL QUIEBRE EN LA RELACIÓN DE PAREJA

Dentro de las causas más comunes del quiebre de la relación en la adolescencia está el excesivo control que a veces ejerce un miembro sobre el otro, en general, el miembro más comprometido hacia la persona que manifiesta menos interés, control que se traduce en acciones como la vigilancia de las redes sociales o el intento de restringir sus libertades. Una de las manifestaciones típicas de este excesivo control es el reclamo de que “me dejaste en visto”, que ocurre cuando un miembro no responde de inmediato un mensaje virtual del otro, aun cuando la plataforma indique que el mensaje ha sido leído. Este excesivo control resulta intolerable para uno de los miembros, que decide prontamente terminar con la relación. Por supuesto que también se da el caso en que los adolescentes se acomodan a este excesivo control y mutua dependencia, restringiendo fuertemente sus espacios de libertad o recurriendo a la mentira para evitar el conflicto, pero sin llegar a terminar la relación. Estas interacciones altamente disfuncionales llevan usualmente a la violencia, tema en el que no entraremos en el presente capítulo.

Otra razón de las frecuentes rupturas que ocurren en la adolescencia es que se trata de una edad de exploración afec-

tiva y sexual, por lo cual los jóvenes se sienten con la necesidad de conocer a muchas personas y vivir un amplio número de experiencias. Esto incluye la necesidad de establecer varias relaciones de pareja, incluso en paralelo. Por otro lado, en los tiempos actuales ha perdido relevancia que el adolescente defina rápidamente su orientación sexual, por lo que esta exploración incluye relaciones con persona del mismo sexo o con otro sexo, en forma alterna.

Una tercera razón es el cambio de intereses que ocurre naturalmente a medida que el adolescente va creciendo y madurando. Constantemente conoce a nuevas personas, adquiere otros hábitos e intereses, e incluso cambia su medio social, por ejemplo, cambiándose de colegio o de barrio. Esto lleva -por ejemplo- a que una relación que se inicia a los 14 años sea cuestionada un tiempo después, cuando el adolescente descubre nuevas áreas de interés y establece relaciones con otras personas.

CONSECUENCIAS EMOCIONALES DE LA RUPTURA

Doménech (1994) considera que la ruptura amorosa es capaz de amenazar el bienestar de la persona, sobre todo si ésta se niega a aceptar el quiebre y se esfuerza por mantener el vínculo con su expareja. En Chile, una muestra representativa de personas adultas identificó la ruptura de pareja como uno de los estresores más importantes vividos en los últimos tres años (García et al., 2018).

El miembro más comprometido es probable que se sienta más afectado por la ruptura que quien toma la decisión de terminar con la relación (Garabito et al., 2019). Es común, por lo tanto, que la ruptura provoque malestar emocional, evidenciado por la presencia de emociones como tristeza, angustia, soledad, culpa, además de inseguridad y baja autoestima. Dentro de estas consecuencias emocionales se ha destacado la depresión, informándose que al menos la mitad de los afectados presenta sintomatología depresiva moderada o grave. De acuerdo al

Ministerio de Salud (2013), las decepciones y rupturas amorosas son la segunda principal causa de muerte por suicidio en los adolescentes chilenos. Espinoza et al., 2017) establecieron que el 58% de los adolescentes que concurren a un centro de prevención del suicidio en México señala el rompimiento de la relación de pareja como causa de la ideación.

García e Ilabaca (2013) realizaron una investigación con jóvenes chilenos que concluye que la búsqueda de apoyo social, la expresión emocional y la evitación de la expareja, suelen relacionarse con mejores niveles de salud mental, específicamente con un mayor bienestar psicológico. La importancia del apoyo social y la expresión emocional en una situación de pérdida resultan comprensibles y coincidentes con lo manifestado por numerosos autores que han abordado procesos de pérdida (Neimeyer, 2002; Worden, 1997). En cambio, la influencia de la evitación resulta inusual y al parecer tiene que ver con situaciones donde no hay posibilidad de recomponer la relación, pues la evitación de la expareja contribuye a terminar con la esperanza de una reconciliación, que por lo general prolonga el malestar y las emociones negativas tras una ruptura. La evitación de la expareja ayuda, en suma, a que la persona retome el control de su vida y pueda construir nuevos caminos en sus relaciones.

En otro estudio (Garabito et al., 2019), se observó que tres factores actuaban como predictores de síntomas depresivos en los jóvenes que habían sufrido una ruptura. En primer lugar, estos *rumiaban* frecuentemente, es decir, pensaban repetidamente sobre la ruptura, sobre sus causas o sobre sus consecuencias, focalizándose principalmente en su malestar, con preguntas tales como “¿por qué me pasó esto a mí?” Cabe señalar que pensar repetidamente en la ruptura y en la expareja es una respuesta común tras el fin de una relación, más aún cuando el afectado no comprende muy bien los motivos, cuando no estaba de acuerdo con la decisión o cuando mantiene una relación ambigua luego del quiebre. En segundo lugar, los jóvenes suprimían sus emo-

ciones, es decir, hacían un intento deliberado por no expresar lo que sentían, impidiendo que otros pudieran percatarse de su malestar y, por lo tanto, brindar apoyo. En tercer lugar, consumían alcohol y otras sustancias para afrontar las emociones negativas relacionadas a la ruptura. Por lo general, el consumo de alcohol genera el efecto contrario a lo esperado; es decir, en lugar de reducir el malestar, lo amplifica, contradiciendo el lugar común de que el consumo de alcohol podría ayudar a aliviar la tristeza u olvidar a la expareja. Por otro lado, otros dos factores influían en una salud mental positiva en los afectados: aceptar la realidad de la ruptura y contar con redes de apoyo social; es decir, dejar de lado la ilusión de la reconciliación y abrirse a recibir apoyo emocional de otras personas significativas.

APOYO PSICOSOCIAL A ADOLESCENTES QUE HAN SUFRIDO UNA RUPTURA

Peñafiel (2011) señala que la ruptura de pareja es una de las experiencias más dolorosas que puede sufrir una persona a lo largo de su vida. Se trata, por lo general, de una pérdida ambigua, en la que la expareja se encuentra físicamente ausente pero psicológicamente presente, lo que estanca al individuo en una tristeza y una obsesión que impide muchas veces desarrollar normalmente sus tareas cotidianas. Por ello, la ruptura se ha transformado en una de las demandas de atención más comunes en el ámbito profesional.

Para ayudar a los adolescentes, sugerimos evitar algunas acciones que nos dicta el sentido común, pero que no siempre son bien recibidas por las personas afectadas:

1. Minimizar la ruptura, con frases como “a todos les pasa”, “no es el fin del mundo”. Esta acción produce distanciamiento por parte del adolescente, con la sensación de que el profesional no lo entiende y no es capaz de ponerse en su lugar.

2. Hablar mal de la expareja, con frases como “es un idiota, no te merece”. La principal dificultad de esta acción no es el amplificar su enojo, sino que además, considerando lo frecuente que son las reconciliaciones, si ésta llega a producirse el adolescente evitará seguir comunicándose con el profesional, ante el temor de ser juzgado o rechazado.

3. Darle instrucciones sobre cómo actuar, por ejemplo, decirle “lo que debes hacer es...”. Aquí el problema radica en que esta acción impide que sea el propio adolescente quien tome sus decisiones; de tal modo que si la instrucción recibida le permite salvar un problema, la responsabilidad recaerá en el profesional y no en sí mismo; y si la instrucción no tiene ninguna utilidad o amplifica su malestar, la culpa será también del profesional, por lo que dejará de confiar en él.

4. Promover la evitación experiencial, transmitiéndole ideas de difícil cumplimiento como “no pienses más en él/ella” o “no tienes que sentirte así”. Mientras más intento no pensar en algo es más probable que piense en la misma cosa y, como ya hemos comentado anteriormente, la supresión de las emociones amplifica el malestar. Ante esto, estas acciones aparte de inútiles pueden llegar a ser iatrogénicas.

5. Minimizar sus emociones, con frases como “se va a ir pasando con el tiempo”. También refleja falta de empatía por parte del profesional; el sufrimiento del adolescente está ocurriendo ahora, poco le importa lo que suceda en un tiempo más.

En lugar de esas acciones, preferimos sugerir las siguientes:

1. Escuchar activamente: el profesional debe aplicar la escucha activa para relacionarse con el adolescente, esto

quiere decir, expresar su interés por escuchar, comprender y ayudar a través de elementos verbales y no verbales. Dentro de los elementos verbales, están, por ejemplo, resumir lo que dice, parafrasear, verbalizar un reflejo empático, decir “te escuchó”, “cuéntame más”, etc. Dentro de las no verbales están: mirar a la cara, asentir con la cabeza, orientar el cuerpo hacia el adolescente, inclinarse levemente hacia adelante, mantener brazos y piernas sin cruzarse, entre otros.

2. Instarlo a que se ocupe de otras cosas que son importantes para él/ella. Esto implica la necesidad de que el adolescente continúe con su curso de vida, es decir, que retome sus actividades académicas, sus intereses recreativos y sus relaciones personales, tanto familiares como de amistad. Si el adolescente está muy desanimado, esta recuperación de espacios debería hacerse de manera gradual, para lo cual puede ser útil enlistar las actividades y relaciones que son importantes para él/ella, y luego jerarquizar de acuerdo a la facilidad con que el adolescente podría retomar dicha actividad o relación.

3. Reconectar con sus redes sociales de apoyo. Cuando una persona termina su relación de pareja requiere un importante soporte emocional para poder lidiar con los sentimientos de tristeza, soledad y angustia, para lo cual las personas cercanas, como la familia y los amigos íntimos, cumplen con un rol fundamental. Es probable que el adolescente mantenga una relación cercana con algunos de ellos, lo que le permitiría expresar sus emociones, recibir consejos y sentirse acompañado. Si se hace necesario, incluso es posible citar a una sesión posterior a esa persona significativa.

4. Sugerirle que se aleje de su expareja “a su ritmo”. Cuando alguien termina una relación de pareja, necesita recuperar su vida y para ello a veces el mantener una relación

constante con su ex puede interferir en esa necesidad de recuperación. Sin embargo, para el adolescente no es fácil alejarse de una expareja; a veces pertenece al mismo grupo de amigos, a veces hay lazos familiares, o cercanía física, como ocurre cuando la expareja es un compañero del curso o un vecino en su barrio. Por este motivo, si no es posible alejarse rápidamente en forma clara, es posible hacerlo en forma gradual. Por ejemplo, incentivarlo a que progresivamente deje de seguirse con su ex a través de las redes sociales virtuales, como WhatsApp, Instagram, Facebook, entre otros. Sin embargo, no podemos exigirle que lo haga, sino más bien anunciar que en algún momento se sentirá preparado para hacerlo y que ustedes, como profesionales, lo acompañaran en ese proceso.

5. Ayudarlo a bajar sus niveles de ansiedad por encontrar pronto una nueva pareja. Algunas personas, tras un quiebre sentimental, y por razones que van desde la incapacidad para estar solo, aliviar el dolor emocional o mostrarse fuerte y recuperado, establecen rápidamente nuevas relaciones de pareja. Sin embargo, la regla de que “un clavo saca a otro clavo” resulta para la mayoría inefectivo y a lo más causa un daño innecesario al siguiente de la lista. Este apuro expone a la persona a iniciar relaciones emocionalmente insatisfactorias, sin intereses o valores en común que permitan la continuidad del vínculo. Esto puede llevar a un rápido fracaso o a una nueva ruptura, quedando dañados tanto la persona que consulta como su nueva pareja. En otras ocasiones, el apuro lleva a iniciar una nueva relación sin tener necesariamente cerrada la relación anterior, y como las recaídas son frecuentes y esperables, es probable que se cometa infidelidad, dañando innecesariamente un tercero. Por eso, el aprendizaje más importante es saber lidiar con la soledad e incluso beneficiarse de ella, por ejemplo, ocupando ese tiempo en nuevos intereses. Quizás sólo en el momento en que la

persona sea capaz de disfrutar de su soledad, será posible iniciar una nueva relación de pareja.

CONCLUSIÓN

Los estudios han sido persistentes en constatar la importancia del establecimiento de relaciones de pareja para el desarrollo y el bienestar individual. En la adolescencia, debido a las características propias de esta etapa, esta necesidad resulta crucial. Gran parte de su autoestima y la calidad de sus relaciones futuras se vincula con el establecimiento de las primeras relaciones de pareja. Se ha especulado que las personas que tienen una pareja estable tienen a su disposición una fuente de apoyo social instrumental y emocional al alcance de la mano, les facilita la adaptación social, además de proveerse satisfacción mutua a través de la relación. Por otro lado, también se especula que las personas más satisfechas consigo mismas se les hace también más fácil establecer relaciones de pareja.

Por otro lado, la idea de establecer relaciones de pareja estables, se confronta con el gran número de quiebres relacionales que se generan en la adolescencia, y en la constatación de que, en la actualidad, por lo general a las personas jóvenes no les atrae el compromiso. Ante esto, la dificultad para establecer relaciones satisfactorias y la posibilidad de una ruptura de pareja los que sí lo logran, aumentan.

Los estudios sobre las relaciones de pareja en Chile son incipientes y más aún aquellos que se enfocan en la ruptura de pareja en la adolescencia. Aún quedan muchos vacíos de conocimiento que necesitan ser investigados, por ejemplo, la formas más efectivas de brindar apoyo emocional al adolescente, de modo de transitar de una manera emocionalmente sana por esta situación y poder reconstruir su vida afectiva tras la ruptura. Espero que este capítulo haya contribuido en acercarnos a ese objetivo.

REFERENCIAS

- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss*. Basic Books.
- Bauman, Z. (2012). *Amor líquido: Acerca de la fragilidad de los vínculos humanos*. Fondo de Cultura Económica.
- Díaz-Loving, R., Rivera-Aragón, S. & Sánchez-Aragón, R. (1996). Predictores de la satisfacción marital a través del tiempo. *La psicología social en México*, VI (pp. 289-295). AMEPSO.
- Doménech, A. (1994). *Mujer y divorcio: De la crisis a la independencia*. Promolibro.
- Garabito, S., García, F., Neira, M., Puentes R. & Rodríguez, F. (2019, noviembre). *Estrategias de afrontamiento y salud mental ante la ruptura de pareja*. Póster presentado en el XIV Congreso Chileno de Psicología, Universidad de Tarapacá, Arica, Chile.
- García, F., Fuentes, R. & Sánchez, A. (2016). Amor, satisfacción en la pareja y resolución de conflictos en adultos jóvenes. *Ajayu*, 14(2), 288-307. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S207721612016000200004&script=sci_arttext.
- García, F., García, C., Hein, H., Hernández, A., Torre, P., Valdebenito, R. & Vera, C. (2018). Componentes del amor, resolución de conflictos, ajuste de la pareja y bienestar psicológico: un estudio comparativo de personas heterosexuales y homosexuales chilenas. (Manuscrito presentado para su publicación).
- García, F. & Ilabaca, D. (2013). Ruptura de la pareja, afrontamiento y bienestar psicológico en adultos jóvenes. *Ajayu*, 11, 157-172. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S207721612013000200003&script=sci_arttext&tln-g=pt.
- García, F. E., Vega, N., Briones, F. & Bulnes, Y. (2018). Rumiación, crecimiento y sintomatología postraumática en personas que han vivido experiencias altamente estresantes. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 36(3), 443-457.

- <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.4983>.
- Ministerio de Salud, Chile (2013). Programa nacional de prevención del suicidio. Santiago, Chile: Minsal.
- Niemeyer, R. (2002). *Aprender de la pérdida. Una guía para afrontar el duelo*. Paidós.
- Peñafiel, O. (2011). Ruptura amorosa y terapia narrativa. *Ajayu*, 9, 40-86. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S207721612011000100002&script=sci_arttext.
- Sternberg, R. (1986). A triangular theory of love. *Psychological Review*, 93, 119-135. <https://psycnet.apa.org/buy/1986-21992-001>.
- Worden, W. (1997). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Paidós.

II

LAS BUENAS RELACIONES DE PAREJA Y SU IMPACTO EN LA SALUD

Luz de Lourdes Eguiluz

INTRODUCCIÓN

El proceso evolutivo nos ha enseñado que para que la especie humana no se extinga requerimos reproducirnos y para ello, necesitamos de un otro para completar la carga genética, que da como resultado un nuevo ser humano. La pareja se describe como una de las relaciones más intensas que se pueden establecer, constituyendo la única relación de máxima significación fuera de la familia de origen (Campo y Linares, 2002). A través de la construcción de pareja las personas podrán satisfacer diversas funciones: biológicas, psicológicas y sociales. Sin embargo, algo que parece tan sencillo cuando se describe, resulta sumamente complejo cuando tenemos que llevarlo a cabo, podría decirse que es relativamente fácil enamorarse, el problema reside en poder conservar ese amor a través del tiempo y hacer que esa relación nos ayude a crecer y a florecer como seres humanos.

El modo de vivir de los homínidos, a diferencia de otros linajes de primates, se caracteriza por el compartir alimentos, la cercanía, la aceptación mutua y las relaciones sexuales cara a cara, lo que permitió hacer posible el lenguaje, que por supuesto no ocurre individualmente sino en el entrecruzamiento del lenguaje y la emoción, como diría Maturana (1993), el modo de vida de los homínidos hizo posible el amor, que es a su juicio la emoción central en la historia evolutiva que nos da origen, lo

que puede observarse “en la mayor parte de las enfermedades humanas, somáticas y psíquicas, que pertenecen al ámbito de la interferencia con el amor” (*op. cit.*, p. 159), en otras palabras, los seres humanos no solo necesitamos de la cercanía amorosa de otra persona, sino que nos enfermamos e incluso llegamos a morir si esto no ocurre. Así como a principios del siglo XX se definió el *Marasmo* como un déficit nutricional que detenía el crecimiento biológico y podía incluso llevar a la muerte a los niños, también hay evidencia que demuestra que la falta de estimulación emocional, de atención y cuidado de una madre o un cuidador asignado, puede causar daños en la salud emocional y la personalidad de un menor (Villavicencio et al., 2015).

El lenguaje en todas sus formas facilitó la organización humana que nos ha permitido subsistir durante millones de años, como lo ha podido documentar ampliamente el historiador Harari (2019) en su libro *Sapiens*, donde narra el paso de la horda a la familia y a la civilización. Los significados lingüísticos que otorgamos a los diferentes acontecimientos y situaciones de la vida cotidiana se originan a través de intercambios comunicacionales procedentes de distintos grupos sociales y en contextos determinados, esto puede entenderse más claramente desde un marco sistémico que ubica al sujeto humano formando parte de una familia, de una pareja, de una sociedad, de una cultura particular, donde a través de diversas interacciones sociales se construyen y van cambiando los significados.

Como señalaba el filósofo y psicólogo austriaco Paul Watzlawick (1988), la realidad no existe como tal, sino que se construye socialmente, de esta manera los suprasistemas como la escuela, la iglesia, el gobierno, la sociedad, etc. van construyendo a través del lenguaje, los significados que se convierten en discursos dominantes que impactan la forma de pensar y actuar de los sujetos que forman parte del grupo social. De esta manera se entiende que los sujetos, las parejas, las familias y los grupos sociales, no sólo se van transformando física y estructuralmente al cabo del tiempo, sino que van cambiando los signi-

ficados que le dan a las cosas y a las relaciones. Así a lo largo de los más de cinco millones de años que lleva el ser humano sobre la tierra, los primeros ancestros primates vivían en pequeños grupos nómadas, donde los conceptos de pareja, familia, amor, no formaban parte de su realidad (Eisler, 2000; Harari, 2019). Estos conceptos han tenido diferentes maneras de construirse y ha adquirido distintos significados a lo largo de la historia.

Así por ejemplo al estudiar la historia de la pareja Smadja señala que el matrimonio, como una forma de consolidar la relación entre un hombre y una mujer, es también un estado de cooperación económica en el que “...los dos sexos usan competencias reconocidas por su cultura, dictadas por convenciones sociales. Así la repartición sexual de las tareas es el punto que hace de la unión del hombre y la mujer indispensable para el bienestar de ambos y para la supervivencia de la sociedad”. (Smadja, 2013, p. 20). Donde el matrimonio o la unión de pareja desde la época de los antiguos griegos y romanos buscaban hacer más fácil la vida del individuo, uniendo sus fuerzas y recursos, unos buscando el sustento fuera de casa y otros cuidando de los bienes, entre estos los hijos, dentro del hogar.

IMPORTANCIA DEL AMOR EN LA RELACIÓN DE PAREJA

A pesar de que se sabe que el amor ha sido un tema trascendente para la vida humana, poco se ha estudiado, quizá por lo difícil que resulta para la ciencia definir con exactitud qué es el amor, pero lo que sí podríamos describir con claridad son los efectos de lo que las personas denominan “amor”, así como las complicaciones y contradicciones que surgen en una relación amorosa. Durante el siglo pasado han surgido algunas teorías interesantes, una de ellas nos habla sobre los estilos de amor, propuesta por el sociólogo John Allan Lee (1973) de la Universidad de Toronto, quien describe seis estilos de amor, que compara con los llamados colores básicos: azul=compañía, amarillo=respeto y pasión=rojo donde además, estos tres co-

lores básicos al mezclarse completan los seis colores que describen los diferentes tipos de amor. Empezando por el: 1. El amor romántico, 2. El amor juguetón, 3. El amor amistoso, 4. El amor posesivo, 5. El amor pragmático y 6. El amor altruista. Cabe señalar que estos seis subtipos suelen aparecer de forma combinada en nuestras relaciones afectivas.

Otra teoría sobre el tema que ha ido cobrando importancia es la de Robert Sternberg (1986) quien habla de los componentes del amor, y señala que hay tres elementos entrelazados: a) La Intimidad, entendida como el grado desconfianza y cercanía que se encuentra presente en una relación de pareja, la intimidad promueve el vínculo, la conexión y el conocimiento personal; b) La Pasión, entendida como el deseo intenso de unión con la otra persona, acompañado de excitación sexual y psicológica, y 3. El Compromiso, que sería la decisión de amar al otro a pesar de la adversidad, lo que implica mantener la relación no solo durante los buenos momentos sino sobre todo cuidar que la relación no se deteriore. Sternberg señala que es importante la participación de los tres elementos y lo compara con un triángulo equilátero con tres lados iguales, para describir claramente lo importante del tamaño de cada una de los lados para formar esa figura triangular.

Estos dos estudios sobre el amor a pesar de ser tan distintos, tienen en común el describir al amor como un proceso que se inicia por el deseo vehemente de estar cerca de esa persona considerada como especial, pasando luego al enamoramiento, para llegar al amor maduro relacionado con la etapa de edad del adulto mayor. Cada estadio implica una forma distinta de amar y al mismo tiempo representa tanto un reto como un desafío, que puede tomarse como un paso en el crecimiento personal.

Podría decirse que el siglo XX fue el siglo del apogeo del amor de pareja, donde hombres y mujeres valoraron la importancia del amor y tomaron la decisión de vivir juntos con base en este sentimiento amoroso, lo que antes no se había dado, porque las parejas se formaban para consolidar un patrimonio

económico, por compromisos políticos previamente establecidos, por necesidades hereditarias y dinásticas, donde poco importaba si los cónyuges se querían o no, ni tampoco importaba si se conocían o no; porque los acuerdos para construir un matrimonio podrían establecerse por ambas familias, cuando sus hijos aún eran niños (González-Doria, 1999).

El amor es el elemento definitorio de la condición humana, como señala el biólogo chileno Humberto Maturana cuando dice que los humanos somos criaturas amorosas y enfermamos cuando el amor se nos niega (Maturana, 2002). No podría negarse la fuerza del amor en la formación de pareja, cuando incluso se ha probado, empleando la tecnología moderna, como el amor cambia no solo la percepción de la realidad, sino modifica también la estructura biológica del cerebro (Calixto, 2018). Pero al mismo tiempo habría que señalar que los humanos además de ser criaturas amorosas que cuidan de los más débiles de su grupo social y procuran su subsistencia, también son capaces de ejercer el poder y de desarrollar conductas de violencia y maltrato a otros seres vivos, incluso de su misma familia.

El amor es un fenómeno relacional bastante complejo que incluye elementos cognitivos, emocionales y conductuales dirigidos hacia la persona seleccionada y que deben ser percibidos como amorosos por la otra persona; porque de nada serviría que alguien diga amar a otro, si ese otro no es capaz de percibir este amor; por lo que el resultado de este proceso, como diría Linares (2012), sería la conciencia nutricional de sentirse amado. La confirmación y la valoración de la otra persona, son dos componentes cognitivos del amor, a decir de Maturana (1992) el amor es aceptar al otro como un legítimo otro, en convivencia con uno.

LA QUÍMICA DEL AMOR

Recientemente, dado los avances de la ciencia y la tecnología, ahora se sabe que mucho de nuestro comportamiento, de nues-

tro carácter e incluso las formas de interpretar lo que nos sucede, tiene que ver con reacciones químicas que ocurren en el cerebro (Calixto, 2020).

Hernández et al. (2015) investigadores de la Universidad de Hidalgo, señalan que el amor de pareja se produce gracias a una serie de descargas neuronales y hormonales que al mezclarse crean una revolución interna muy variada que podrían identificarse como signos del enamoramiento.

La relación de pareja se distingue por un proceso de atracción e interés en el otro, la primer etapa podría titularse como etapa del deseo, caracterizada por el interés de ver y estar con la otra persona, los dos componentes químicos de esta primera etapa son la testosterona y los estrógenos (hormonas sexuales masculinas y femeninas) y las feromonas que actúan como señales para la glándula pituitaria que segrega hormonas que activan el olfato de la otra persona.

La segunda etapa, a decir del grupo de investigadores mencionado anteriormente, es el enamoramiento que tiene diversos síntomas físicos, tales como: dificultad para conciliar el sueño, falta de apetito, sudoración de las manos, nerviosismo, palpitaciones, “mariposas en el estómago”: todo ello producto de neurotransmisores y hormonas como la dopamina, adrenalina, serotonina, norepinefrina y feniletilamina. El enamoramiento es muy desgastante para el organismo, por lo que su duración, según Calixto (2020) no es mayor a tres años, la atracción bioquímica decae con el tiempo, el organismo se va acostumbrando a estas sustancias químicas y ya no producen la misma respuesta. Poco a poco a través del emocionar y el conversar la relación de pareja se va haciendo más estable.

La tercer etapa se conoce como apego, a través del conversar y el emocionar el amor de pareja se vuelve más tranquilo, estable y duradero, hay sentimientos de serenidad y calma, durante esta etapa las sustancias que prevalecen y dirigen las emociones son la oxitocina, vasopresina y endorfinas que promueven sentimientos positivos más duraderos.

El doctor en neurociencias Eduardo Calixto (2018), del Instituto Mexicano de Psiquiatría, señala en su libro que el amor no se desarrolla en el corazón, como se cree popularmente, sino que consiste en un proceso fisiológico que se construye y/o se destruye en el cerebro. Durante el enamoramiento el cerebro libera una serie de sustancias que no solo nos apasionan, sino que nos hacen adictos a ellas, pero esas mismas sustancias nos quitan la objetividad, de modo que vemos solo lo que queremos ver, y adornamos al ser querido de cualidades que quizá no tiene. De modo que a veces

“la misma persona de la que nos enamoramos se convierte en el peor juez de nuestras decisiones, en victimario, verdugo y destructor de nuestros sueños o, peor aún, en la pareja que por años destruye nuestra autoestima y humilla nuestros valores más cuidados” (Calixto, 2018, p.6)

Barbara Fredrickson (2015) señala que el amor reúne tres hechos asociados entre sí: Compartir con la otra persona emociones positivas; Sincronizar con el otro tu bioquímica y tu conducta y Reflejar en él o en ella el propio interés, lo que redunda en lo que Fredrickson describe como: *Resonancia Positiva*.

Todo lo dicho hasta aquí nos habla de la complejidad y la dificultades para construir una relación de pareja satisfactoria con la que no solo podamos llegar a viejos, sino una pareja con la que hemos compartido, disfrutado, amado y crecido en el tiempo.

LA RELACIÓN DE PAREJA EN LA ADOLESCENCIA

La atracción específica entre dos personas no surge solamente de las cualidades ya sean estas físicas o emocionales, que la otra persona pueda tener, o de procesos químicos promovidos por el cerebro como ya mencionamos, sino que dicha atracción también surge de las debilidades e inseguridades de cada uno y de su anhelo por superarlas. Los miembros de una pareja se

estimulan mutuamente, se dan apoyo, se plantean expectativas, suelen ser severos críticos del otro, contraen compromisos, evitan confrontaciones, de manera que la vida en pareja afecta de manera clara y directa a ambos. Como diría Willi (2004) “en una relación amorosa, la diferenciación con respecto al otro es la condición para el desarrollo diferenciado del propio potencial” (p. 37) lo que termina con el conocido mito de encontrar en la pareja su “media naranja para ser feliz”.

Es común que surjan dificultades cuando la relación de pareja es simétrica, ambos tienen la misma profesión, las mismas aficiones, y hasta se parecen en sus emociones, lo que hace difícil controlar las rivalidades, pero esto no significa que se busque una pareja diametralmente opuesta a uno. Las parejas a decir de Minuchin et al. (2012) se balancean y eso les ayuda a permanecer juntos, porque lo que a uno le falta al otro le sobra. Pero uno de los factores más importantes para lograr ser una buena pareja es buscar cada uno el desarrollo del potencial humano del otro.

Podría considerarse a la pareja como la célula más pequeña de la sociedad, pero no por ello deja de ser un elemento vivo que se transforma en el tiempo, por lo que se entiende que si se inicia la relación en la adolescencia y se continúa la relación en el tiempo, ambos van a cambiar mucho más que si la pareja se formara desde el inicio por dos adultos.

Nadie nos enseña cómo ser una buena pareja, cada uno aprende en su contexto social y en su propia familia cómo relacionarse, un chico puede tener claro como se genera un conflicto entre sus padres, pero lo que no tiene muy claro es cómo se produce la reconciliación, porque la mayor parte de las veces esto ocurre a puerta cerrada. Este aprendizaje temprano repercute posteriormente en la vida adulta no sólo en la relación de pareja sino en el contacto con los demás.

Las heridas emocionales son memorias profundas de dolor que te llevan a reaccionar incluso de forma inconsciente, y que afectan la vida cotidiana. Estas heridas tienen que ver con

el abandono, la humillación, el rechazo, la injusticia que podemos haber vivido en la infancia y adolescencia, todos estamos expuestos a este tipo de heridas, pero el problema es no darse cuenta o incluso negar que existen y por ello no trabajarlas (Orihuela, 2016).

LA RELACIÓN DE PAREJA Y SU IMPACTO EN LA SALUD

Hay que recordar que la psicología tratando de ser objetiva y poder convertirse en ciencia, tuvo que enfocarse en la conducta que podía ser observada, medida y cuantificada, lo cual permitió dejar atrás las especulaciones de la teoría psicoanalista, pero a pesar de este cambio, continuó enfocándose en los problemas humanos, en las enfermedades psicológicas o mentales, sin mirar ni atender cuestiones de gran trascendencia como pueden ser las emociones, el bienestar y las fortalezas humanas.

Otro cambio importante fue el dejar de considerar al ser humano como una entidad compuesta de mente y cuerpo o como diría Gregory Bateson, de espíritu y naturaleza y entender cada vez con mayor claridad que lo que uno piensa o siente, cuando esto se mantiene en el tiempo, llega a afectar al cuerpo, que no hay mente ni espíritu sin un cuerpo que lo sostenga.

Es relativamente reciente la aparición de la llamada *Psicología Positiva* que pone énfasis en el estudio de los factores que hacen más placentera la vida y en la búsqueda de correlaciones entre lo que pensamos y sentimos y las diversas formas en que nuestro cuerpo se ve afectado por ello.

Martin Seligman a quien conocimos en los años sesenta por sus experimentos realizados con animales y su teoría sobre la *Indefensión Aprendida* y su relación con la depresión humana, siendo Presidente de la Asociación de Psicólogos Americana (APA) en 1996, se da a la tarea de reunir en un pueblecito apartado, del Estado de Yucatán en México, a investigadores cuyo centro de interés era el bienestar humano.

Las investigaciones de ese grupo han logrado un cambio

de enfoque de la psicología, ampliando el significado que en 1947 había dado la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1997), para señalar 50 años más tarde que “La salud es un estado de perfecto (completo) bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad”.

De este modo la psicología abre su enfoque para incluir no sólo lo que nos causa daño o problema, sino todo aquello que puede beneficiar y ayudar al bienestar humano, como las relaciones sociales y más específicamente las buenas relaciones de pareja.

Para no utilizar el concepto tan complejo de felicidad, los investigadores usaron la idea de bienestar subjetivo, que abarca la salud física y mental de las personas, además de su bienestar emocional. Ed Diener ha sido señalado como uno de los investigadores más destacado en el campo del bienestar subjetivo, él define este concepto como la forma en que las personas evalúan sus vidas, tanto en el momento actual como en periodos más largos, que incluyen las reacciones emocionales ante lo que les ocurre, los juicios sobre lo vivido, sobre su vida de pareja, sobre su familia, el trabajo y en general sobre su existencia como totalidad. Diener (1999) ha encontrado que el bienestar subjetivo tiene correlación con la salud física, dado que hay personas que se mantienen sanas por largos periodos de su vida y precisamente son aquellos que evalúan sus vidas como placenteras y felices.

Según escribe Sonja Lyubomirsky (2008) cada uno de nosotros tenemos un valor de referencia para la felicidad y este es, hasta cierto punto, un valor fijo que tiene que ver con la herencia. Sin embargo, el nivel de felicidad puede variar en el día a día, dependiendo de una serie de eventos que afectan de forma idiosincrática a cada uno de nosotros. Esta investigadora propone una serie de acciones para incrementar la felicidad tanto a nivel personal como de pareja, empezando por: expresar Gratitud, cultivar el Optimismo, evitar Pensar Demasiado, Invertir en contactos Sociales, Manejar el Estrés y las Dificultades, Aprender a Perdonar, Vivir en el Presente, Cuidar el cuerpo por

medio del Ejercicio y Practicar la Espiritualidad. Si algunas de estas actividades se realizan en pareja, habrá un beneficio mutuo y además se pueden apoyar para mantener el interés y seguir practicando hasta formar hábitos comportamentales.

La socióloga Linda Waite y la periodista Maggie Gallagher (2010), han estudiado las relaciones de pareja y concluyen que las personas que tienen una buena relación son más sanas, más felices y tienen más recursos económicos que los solteros, también señalan que tener relaciones de pareja nutrientes y duraderas, enriquece el sistema inmunológico, extiende y mejora la calidad de vida, acelera la recuperación de una cirugía, reduce los riesgos de sufrir una depresión y de padecer crisis de ansiedad. Whisman (2001) encontró una correlación positiva entre la depresión y la insatisfacción marital, las personas que vivían y mantenían una relación conflictiva se encontraron con más altos niveles de estrés y depresión que los que vivían una relación más satisfactoria.

QUE PODEMOS HACER PARA LOGRAR UNA RELACIÓN DE PAREJA SATISFACTORIA

Mucho de lo que hemos escrito describe investigaciones que se han realizado con personas adultas que mantienen una relación satisfactoria durante algunos años, pero que pasa con las primeras relaciones de los jóvenes, a qué edad comienza un muchacho o una joven a salir con alguien a quien considera su novio(a) o su pareja y qué implicaciones tiene si esta relación es difícil, en donde uno ama y el otro traiciona, donde uno quiere continuar y el otro quiere terminar, cómo afecta a la vida de estas personas un mal amor. En los consultorios que tenemos en la Universidad para atender crisis y emergencias, son muchos los casos de jóvenes que acuden en busca de ayuda para resolver problemas de pareja.

Dedicaré unas líneas a describir brevemente que es el CREAS, empezando por el significado de sus siglas: Crisis

Emergencias y Atención al Suicidio, que fundamos hace más de 15 años para atender precisamente las crisis psicológicas de los estudiantes de las seis carreras de la salud que se imparten en el campus de Iztacala de la UNAM (Médico Cirujano, Biólogo, Enfermería, Odontología, Optometría y Psicología) a la que asisten 16,060 estudiantes aproximadamente (datos del informe anual de la Directora de la FES-I, la Dra. Arizmendi, 2020).

Pues en todos los años de existencia del plantel, más de 45 años, y a pesar de que había dos consultorios para atender emergencias físicas de los alumnos (malestar estomacal, mareos, dolor de cabeza, opresión en el pecho, etc.), no existía ninguno para atender emergencias psicológicas. Tuvimos que demostrar con evidencia aplicando diversos cuestionarios a los alumnos de nuevo ingreso, que había un 30% aproximadamente de ideación suicida en los jóvenes que ingresaban a la Universidad para estudiar una de las carreras de la salud (qué paradoja).

Lo más frecuente entre los problemas que señalaban los jóvenes eran: problemas familiares, problemas interpersonales y problemas de pareja. Actualmente tenemos tres consultorios trabajando en forma continua, desde las 9:00 am hasta las 18:00 pm de lunes a viernes, se puede acudir sin hacer cita y el servicio es totalmente gratuito. Quienes atienden el servicio, son nuestros alumnos del último semestre de la carrera de psicología que han sido entrenados en dos modelos de psicología de emergencia (Terapia Cognitiva-Conductual y Terapia Sistémica). Los jóvenes terapeutas son supervisados por nosotros en reuniones semanales, donde ellos narran las dificultades que pudieron haber tenido en algún caso, o cuando no les está resultando la terapia empleada. Se ofrece en las sesiones de supervisión, orientación y retroalimentación para los terapeutas de emergencia.

ALGUNAS IDEAS QUE HAN RESULTADO SIGNIFICATIVAS

Nos dimos cuenta que las principales quejas de los y las jóvenes que atendíamos tenían que ver con cuestiones interpersonales, malas relaciones con sus familiares, con los compañeros de clase o con problemas de pareja. Sabemos que el ser humano es social por naturaleza y el aislamiento enferma (Calixto, 2018, 2020), pero las relaciones humanas son complejas, lo constatábamos día a día en CREAS.

Vivir bien en la familia o en la pareja no significa que no haya problemas en la relación, sino que estos constituyen una parte mínima y al hacer un balance del día a día, pesa mucho más la compañía, la amistad, la solidaridad, el apoyo, el disfrute, la diversión, las risas compartidas, etc. que las partes negativas o difíciles que pudieran existir. Y concuerdo con el maestro Reynaldo Alarcón (2016) cuando señalaba que la felicidad es una evaluación subjetiva del estado de satisfacción más o menos duradero, que experimenta la persona en posesión de un bien deseado, palabras que podríamos aplicar cuando hablamos de una relación entre humanos que nos permite ser sin exigencias y nos ayuda a florecer como personas. Para las y los jóvenes construir una pareja estable es una de sus preocupaciones y cuando creen tenerla y la pierden, es un motivo de tristeza y depresión que incluso los puede llevar a la ideación suicida.

No quiero terminar este capítulo sin señalar lo útil que ha sido para los que trabajamos con emergencias psicológicas, no solo ayudar a los y las jóvenes a disminuir el sufrimiento, dejando de hacer lo que los daña o genera dificultades, sino también desarrollar en ellos, ciertas cualidades humanas como son virtudes y fortalezas que pueden colaborar al bienestar. Según Peterson y Seligman (2004) las virtudes son aquellas capacidades humanas que pueden adquirirse y desarrollarse a través de la voluntad y representan rasgos positivos de la personalidad. En la investigación que hicieron en diversas culturas, tradiciones y religiones encontraron las siguientes: 1) Sabiduría y Co-

nocimiento, 2) Coraje entendido como la fuerza de voluntad para cumplir objetivos, 3) Humanidad que es la habilidad de empatía por otros seres humanos; 4) Justicia entendida como tratar a los demás con equidad; 5) Templanza que implica la modestia, el perdón y la prudencia 6) Trascendencia que significa encontrar sentido a la vida. De estas seis virtudes se desprenden 24 fortalezas de carácter, que nos fueron muy útiles simplemente al sondear en la conversación clínica sobre ellas.

Las fortalezas son el conjunto de rasgos positivos que se encuentran presentes en los seres humanos y nos ayudan a tener una vida más satisfactoria, no necesariamente se ha nacido con ellas, sino que se pueden adquirir con interés y dedicación (Hervás, 2009). Las fortalezas son una forma habitual de pensar, de sentir y de actuar que resulta positiva para uno mismo y en consecuencia también para el mundo. De manera que si además de ayudar a gestionar, controlar o incluso ayudar a los jóvenes a suprimir los rasgos negativos o los problemas que señalan, colaboramos también a desarrollar las virtudes y fortalezas, eso permitirá que las y los jóvenes puedan sentirse más plenos y felices, y con todo ello, podremos hacer más efectiva la labor del psicólogo (Eguiluz, 2019).

REFERENCIAS

- Alarcón, R. (2016). *Psicología de la Felicidad. Introducción a la Psicología Positiva*. Universidad Ricardo Palma
- Bauman, Z. (2007). *Amor líquido: acerca de la fragilidad de los vínculos humanos*. 7ª Reimpresión. Fondo de cultura Económica.
- Campo, C. & Linares, J.L. (2002). *Sobrevivir a la pareja. Problemas y soluciones*. Editorial Planeta.
- Calixto, E. (2018). *Amor y desamor en el cerebro. Descubre la ciencia de la atracción, el sexo y el amor*. Aguilar.
- Calixto, E. (2020). *El perfecto cerebro imperfecto: Descubre cómo*

- tu cerebro te ayuda a superar temores e incertidumbre y a lograr bienestar y felicidad.* Aguilar.
- Chiozza, L. (2014). *El interés en la vida. Sólo se puede ser siendo con otros.* Libros del Zarzal.
- Diener, E.; Suh, E. M.; Lucas, R. & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276-302. <https://psycnet.apa.org/buy/1999-10106-007>.
- Eguiluz, L. L. (Comp.) (2019). *Usos de la psicología positiva.* Pax-Mex.
- Eisler, R. (2000). *Nuevos caminos hacia el poder personal y el amor.* Pax-Mex.
- Flores, M. E. Troyo, R. Haro, L. P. Lemus, A.; Valle, A. y Muñoz, A. (2015). La desnutrición del siglo XXI y su impacto en las emociones y afrontamiento en niños escolares. *Investigación en Salud*, 2(3), 188-195. <https://www.redalyc.org/pdf/142/14220644003.pdf>.
- González-Doria, F. (1999). *Las Reinas de España.* 7ª ed. Trigo Ediciones.
- Harari, Yuval N. (2019). *De animales a dioses.* 19ª Impresión. Debate.
- Hervás, G. (2009). "El bienestar de las personas". En C. Vázquez y G. Hervás (Eds.), *La ciencia del bienestar. Fundamentos de una psicología positiva.* Alianza.
- Hernández, A., Islas, N. A., Medina, M. I., Melo, I. G., Gómez, K. D., & Hernández, C. D. (2015). Química del amor. *Logos Boletín Científico De La Escuela Preparatoria*, 2(4). Recuperado a partir de <https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/prepa2/article/view/1272>.
- Lee, J. E. (1974). The styles of loving. *Psychology Today*, Vol. 8, 44-51.
- Linares, J. L. (2012). *Terapia Familiar Ultramoderna. La inteligencia terapéutica.* Herder.
- Lyubomirsky, S. (2008). *La Ciencia de la Felicidad. Un método probado para conseguir el bienestar.* Urano.

- Maturana, H. (1993). *Desde la Biología a la Psicología*. Ediciones Synthesis.
- Maturana, H. (2002). *El sentido de lo Humano*. Dolmen Ediciones/ Océano.
- Minuchin, S., Nichols, M. & Lee, W.Y. (2012). Evaluación de Familias y Parejas. Del síntoma al sistema. Paidós.
- Orihuela, A. (2016). *Transforma las heridas de tu infancia. Rechazo, Abandono, Humillación, Traición, Injusticia*. Aguilar.
- Peterson, C. y Seligman, M. E. P. (2004). *Character Strengths and Virtues: A handbook and classification*. Oxford: Oxford University Press.
- Seligman, M. (2014). *Floreecer. La nueva Psicología Positiva y la búsqueda del Bienestar*. Océano.
- Smadja, E. (2013). *La pareja y su historia*. Biblos Editorial.
- Sternberg, R. J. (1986). A triangular theory of love. *Psychological Review*, 93(2), 119-135. <https://psycnet.apa.org/buy/1986-21992-001>.
- Villavicencio, F.E., Troyo, S.R., Haro, J.L.; Lemus, G.A. Vallebarbosa, M. y Muñoz de la T. A. (2015). La desnutrición del siglo XXI y su impacto en las emociones y afrontamientos en los niños escolares. *Revista de Investigación en Salud*, Vol.7, No. 3, pp.188-195.
- Waite, L., & Gallagher, M. (2015). *The case for Marriage*. Broadway Books.
- Watzlawick, P. (1988). *La realidad inventada*. Gedisa.
- Willi, J. (2004). *Psicología del amor. El crecimiento personal en la relación de pareja*. Herder.
- Whisman, M. A. (2001). The association between depression and marital dissatisfaction. In S. R. H. Beach (Ed.), *Marital and family processes in depression: A scientific foundation for clinical practice* (pp. 3-24). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10350-00>.

III

AUTOLESIONES Y ADOLESCENCIA: ABORDAJE DESDE LA TERAPIA SISTÉMICA BREVE

Pablo Concha Ponce

INTRODUCCIÓN

¿Por qué un adolescente querría hacerse daño intencionadamente? ¿Por qué una lesión corporal representa un alivio al malestar emocional? ¿La autolesión puede convertirse en una manera que el adolescente tiene de comunicarse? ¿Cómo podemos colaborar con adolescentes que se autolesionan y sus familias? ¿Qué maniobras y oportunidades de intervención nos brinda la Terapia sistémica breve (TSB)?

Estas son algunas preguntas a las que este capítulo pretende responder, con énfasis en comprender el malestar emocional y su relación con la conducta autolesiva.

La conducta autolesiva se define como toda conducta deliberada destinada a producirse daño físico directo en el cuerpo, sin la intención de provocar la muerte (Villaroel et al., 2013). Existe una amplia tipología de conductas autolesivas, como por ejemplo: cortes en la piel, quemaduras, intoxicación por medicamentos y otras drogas, golpes, etc.

Específicamente en este capítulo se abordará el fenómeno de los adolescentes que se cortan la piel, explorando las dimensiones del problema, sus efectos sociales y la importancia del lenguaje en las intervenciones terapéuticas. Se presentan principios y maniobras de abordaje desde la TSB, sin desconocer la importancia de acompañar la intervención con un diagnóstico en profundidad del problema que está viviendo el adolescente y

su familia, a modo de identificar posibles riesgos que pudiesen estar presentes.

Los nombres reales de las personas que se mencionan en el capítulo fueron cambiados para resguardar su anonimato.

ADOLESCENTES QUE SE CORTAN LA PIEL

Cada sociedad necesita definir quien es un niño y quien es un adulto. Dicha definición y diferenciación se establece socialmente según las responsabilidades que se deben cumplir en cada etapa de la vida. En el caso de la adolescencia, tradicionalmente se la describe como una etapa de transición hacia el estado adulto, cuyo camino no está exento de polémicas, puesto que las exigencias en su desarrollo están establecidas culturalmente.

Incorporar la dimensión social y cultural en la comprensión del desarrollo humano es fundamental para responder la pregunta del por qué un adolescente querría hacerse daño. En nuestra sociedad el malestar emocional y social de los adolescentes impulsa el corte en sus cuerpos en solitario, transformándose en ocasiones en un ritual que permite el control de pensamientos y emociones autodestructivas.

Existen variadas razones por las cuales los adolescentes se cortan la piel, las cuales se dividen en tres grandes categorías: psicológicas, sociales y biológicas. De estas, las funciones psicológicas se centran en la reducción del dolor psicológico, el alivio de la angustia psicológica y reenfocar la atención lejos del estímulo negativo (Whitlock, 2010).

- Jorge de 15 años, en su intento de explicar qué, cómo y cuándo sentía que lo atacaba el *impulso de cortarse* (nombre asignado por él), señalaba que era justo cuando sus padres discutían. En el intento de manejar el miedo a que la discusión empeorara, corría a su habitación, para en secreto cortarse las piernas, en lugar no visible por otras personas.

Según lo anterior, la autoagresión corporal realizada por los adolescentes, se transforma en un ritual de liberación del sufrimiento emocional. De esta manera, encuentran alivio frente a las dificultades para tolerar la presión interna provocada por problemas relacionales. La piel ejerce así una función de contención, es decir, de amortiguar las tensiones que vienen tanto de afuera como de adentro (Le Breton, 2019). El malestar emocional es, sin duda, un factor de riesgo a observar que se debe tomar en cuenta en la intervención.

Otro factor de riesgo en las autolesiones es el contagio social, dimensión que aporta elementos para la explicación y comprensión del incremento de las conductas relacionadas con la autoagresión. Internet puede ser uno de los vectores de contagio social, ya que sirve como plataforma para cientos de mensajes, videos de YouTube y sitios de redes sociales en los que personas con un historial o interés en autolesionarse proporcionan apoyo informal o comparten ideas (Whitlock, 2009).

Finalmente, comprender el por qué de la autolesión requiere de una mirada sensible a la situación particular de cada adolescente, incorporando también a la familia, amigos, red social, como dimensiones necesarias de indagación para la intervención.

UNA PRÁCTICA EN EL ESPACIO PRIVADO

Diversos estudios señalan que la conducta de cortarse la piel ocurre la mayoría de las veces en privado, lo que dificulta la detección e intervención oportuna con adolescentes que pudiesen estar en riesgo.

Los jóvenes que se autolesionan indican que la intensidad de reserva y los sentimientos de vergüenza asociados al comportamiento imposibilitan la búsqueda de ayuda (Del Rosario Flores-Soto et al., 2018). Por este motivo, tradicionalmente la autolesión recibe el nombre de rito íntimo.

La constatación de la autoagresión en el ámbito priva-

do, entrega una respuesta a la consideración de la autoagresión como una epidemia silenciosa (Treupil, 2015). Dentro de este contexto, cuando un adolescente es descubierto, o mejor aún, decide contarle a alguien de su confianza lo que está viviendo, es imprescindible brindar un espacio de apoyo inmediato, permitiendo la expresión de sus emociones contenidas, brindando de esta forma una oportunidad de crecimiento.

Según Le Breton (2012), la emoción es expresión, regulación de un intercambio; se modifica de acuerdo con el público, el contexto, y se diferencia en su intensidad de acuerdo a la singularidad de cada persona. En esta situación, la expresión emocional, se transforma en un intento de solución que pone en riesgo al adolescente, cuya acción violenta se expresa en la metáfora *lastimarse para sufrir menos*.

La acción violenta no es solo un acto, sino que también expresa y comunica otras cosas a nivel implícito. En este sentido puede considerarse como una provocación, con frecuencia difícil de descifrar, a veces desesperada y dramática, por la cual el adolescente transmite al mundo sus necesidades primarias de protección y reconocimiento (Andolfi y Mascellani, 2012).

DERRIBANDO EL ESTIGMA SOCIAL

Comprender la relevancia de las palabras que se expresan en las conversaciones con los adolescentes es fundamental, ya que podríamos -sin darnos cuenta- incrementar el sentimiento de rechazo toda vez que usamos conceptos tendientes a la patologización de la identidad de cada joven. Existe una estrecha relación entre la autolesión y la sensación de rechazo social experimentada por los adolescentes. Por esta razón, es fundamental definir aspectos epistemológicos y éticos en la intervención, para así combatir los efectos del etiquetamiento, conducentes al refuerzo de una identidad dañada, saturada del problema.

Desde una perspectiva post estructuralista se apoya la idea de que no existen verdades universales, cobrando relevan-

cia las construcciones locales y sociales. La postura constructivista se define desde ciertos supuestos, los que en síntesis indican que los significados y comprensiones lingüísticas dependen del uso que se haga del lenguaje en la interacción, no habiendo cabida a la validez universal que cada objeto o fenómeno exija por sí mismo (Gergen, 2009).

Continuando con lo anterior, el acompañamiento terapéutico a los adolescentes y también con sus familias, debe estar orientado al conocimiento de “saberes” y habilidades. Reconocer esto permite enriquecer las descripciones que tienen de sí mismos, sus sueños y proyectos en la vida. Por lo tanto, se sostiene en una ética de respeto de los relatos y las historias.

CLIENTES INVOLUNTARIOS

En la actualidad, la psicoterapia con adolescentes se considera una oportunidad evolutiva para reparar modos de funcionamiento psicológico, así como también una oportunidad de crecimiento, autonomía y bienestar en su desarrollo.

Sin embargo, los adolescentes que se autoagreden en general no consultan por motivación propia, y en muchos casos presentan procesos terapéuticos interrumpidos tempranamente, transformándose en clientes involuntarios y, finalmente, en un desafío para todo terapeuta.

Relvas y Sotero (2014) denominan clientes involuntarios a aquellos que recurren a la intervención psicológica o psicosocial debido a presiones de entidades, de otras personas y/o eventos exteriores, como por ejemplo, la escuela o los padres.

Los consultantes involuntarios, tienden a ser vistos, evaluados y etiquetados como resistentes y reacios a la intervención, pues en principio no estarían motivados para cambiar. Esto trae consigo una dificultad importante a la hora de construir una relación con un adolescente y su familia, porque la etiqueta de resistente -en apariencia- resulta ser una evaluación “inofensiva” de un proceso terapéutico, pero que, sin embargo,

resulta ser todo lo contrario, un obstáculo para la confianza, una atribución a factores “intrínsecos” de los clientes, contribuyendo finalmente a potenciar la estigmatización de los adolescentes.

Berg y Miller (1996) consideran que existen tres tipos de relación entre paciente y terapeuta:

1. La relación de tipo “comprador”, donde el paciente se ve como parte de la solución y está dispuesto a hacer algo respecto del problema.
2. La relación de tipo “demandante”, aquí las personas son capaces de describir su problema con lujo de detalles. Sin embargo, por lo general no llegan a visualizarse como parte de la solución.
3. La relación de tipo “visitante”, donde no existe problema y no están disponibles para negociar los objetivos terapéuticos.

Cuando pensamos en el tipo de relación que se construye con consultantes involuntarios, es inevitable considerar que la motivación para el cambio no es un proceso lineal, una dimensión estática en la conducta, sino más bien dinámica, cambiante, posible de cultivar y potenciar en la relación terapéutica. Selekman (1996) sostiene que para co-crear un contexto para el cambio con adolescentes, se debe entre otras cosas, establecer *rapport*, y para ello se invita a cada miembro de la familia, a hablar de sus fuerzas y talentos personales.

Uno de los principales retos de la intervención sistémica con adolescentes es establecer una buena alianza tanto con ellos como con sus familias, y diseñar un encuadre terapéutico claro y a la vez flexible (Ortega, 2018).

Existen alternativas que resultan útiles para construir una relación colaborativa en las conversaciones con los adolescentes. A continuación, se mencionan brevemente cuatro principios y maniobras:

1. En primer lugar, abandonar el rol de “experto” e incorporar el respeto y curiosidad genuina para conocer qué está ocurriendo, qué está sintiendo y sus intentos de solución.
2. Invertir buena parte del primer encuentro en la fase social. García y Schaefer (2015) describen que en este momento se busca conversar sobre aspectos que no sean amenazantes para el cliente, de modo de contribuir a su comodidad y a su disposición para conversar. Es aquí donde entran en juego preguntas sobre sus pasatiempos, estudios, gustos, familia, amigos y todo aquello que sea importante para el adolescente.
3. Uso del sentido del humor del terapeuta. No cabe duda que el humor es una buena herramienta para fomentar la cooperación; sin embargo, se debe ser prudente y respetuoso en un primer encuentro, ya que el adolescente pudiese estar experimentando emociones negativas que requieren especial atención.
4. Elogios y agradecimientos. En lo primero, se busca destacar lo positivo e iniciar el camino de reconocimiento de recursos. En lo segundo, abrir oportunidades para el diálogo a través de la confianza depositada por el adolescente en la entrevista.

Cuando nos enfocamos en los recursos de cada adolescente y su familia, estamos favoreciendo al desarrollo de un espacio de colaboración, respeto y confianza, tan necesarios para la construcción de una buena alianza terapéutica con ellos y sus familias.

Finalmente, es bueno destacar que no solo el adolescente es el miembro involuntario en consulta, sino también su familia, ya que ésta en momentos no colabora con el proceso de cambio, en ocasiones porque no se sienten parte de las dificultades ni sus soluciones, o simplemente no saben como hacerlo.

En esta situación también es recomendable considerar maniobras y principios terapéuticos para establecer una relación de cooperación con la familia. A continuación, se describen brevemente tres principios:

1. Escuchar, observar y no juzgar. Es importante establecer una relación de aceptación a la familia.
2. Acuerdo entre terapeuta y familia en metas realistas, medibles y alcanzables en el proceso.
3. Comprender y contener emocionalmente a la familia.

En ocasiones, las familias por miedo al rechazo y castigo social, ocultan la situación que enfrenta uno de sus miembros, retardando la posibilidad de cambio y mejoría. Según Ortega (2018) en las familias que se han organizado de manera rígida en torno al adolescente como problema, se deben realizar intervenciones necesarias dirigidas a cambiar la visión de la realidad, destacándose el encuadre evolutivo, que consiste en reenmarcar las dificultades del adolescente no como “enfermedad”, sino como retraso en el desarrollo evolutivo.

En el trabajo con adolescentes el rol de la familia es fundamental, ya que es el espacio más próximo y rápido de apoyo y contención emocional que estos poseen. Además, se debe hacer hincapié en la mejora de la comunicación al interior de la familia, favoreciendo espacios de encuentro al interior de ésta.

Debido a lo anterior, es también necesario conocer la configuración familiar de cada adolescente, los problemas que los aquejan, las soluciones que ponen en marcha y el intercambio afectivo entre sus miembros, para de esta forma, potenciar los factores protectores que cuentan como familia.

TERAPIA SISTÉMICA BREVE

Beyebach (2016) define TSB como la integración de tres modelos terapéuticos: La terapia centrada en las soluciones (TCS)

que constituye el “modelo base”, la terapia MRI y la terapia narrativa (TN).

Es por tanto un enfoque de trabajo dinámico y flexible desde el punto de vista epistemológico y en sus estrategias de intervención. Esta posición terapéutica entrega un número mayor de posibilidades, siempre centrada en la persona (consultante) y su contexto, con énfasis en el cambio y crecimiento a través de los recursos de cada persona.

A continuación, revisaremos la postura terapéutica de la TSB con principios y maniobras que pueden orientar el trabajo con adolescentes que se cortan la piel, incorporando a la familia como un recurso de apoyo, contención y cambio.

Para comenzar, hay que destacar un principio clásico de la TCS propuesto por De Shazer (1997) cuando plantea que la solución siempre llega antes del problema, considerando que las soluciones simplemente consisten en que una persona haga algo diferente o ve algo de modo diferente. En términos prácticos, esto significa que el espacio terapéutico debe transformarse en un espacio “diferente”, un lugar seguro en donde el adolescente se sienta cómodo para conversar sobre lo que le parece importante. En esto, se debe facilitar la expresión libre de emociones, aceptándolas, elaborándolas, principalmente aquellas que pudiesen estar contenidas, por ejemplo, la tristeza o angustia.

EXTERNALIZAR EL DOLOR Y LA TRISTEZA

Payne (2002) sostiene que externalizar el problema significa mantener una actitud de que las dificultades son algo que afecta a la persona, no algo que forma parte de ella. De esta manera, se insta a las personas a cosificar, y a veces, a personificar, los problemas que las oprimen (White y Epston, 1993).

Cuando el dolor, la tristeza y la presencia de conflictos al interior de la familia o en el entorno social se mantienen durante un tiempo sin resolver, aparecen creencias limitantes que

terminan dañando a la persona; nos contamos historias que hacen referencia a lo negativo, oscureciendo temporalmente la visión de futuro.

Es por este motivo, que resulta fundamental conocer al adolescente al margen del problema, colocar poco a poco como tema central en la conversación sus actividades, sueños, deseos y proyectos en la vida.

- Marcela, de 16 años, llega a consulta con sus padres tras ser derivada por la profesora del colegio. Fue ésta quien advirtió cambios en la conducta de la joven y tomó conocimiento con sus padres.
- En el primer encuentro se presenta tímida, no participa mayormente en la conversación, tampoco establece contacto visual con terapeuta.
- Luego de las primeras dos sesiones, tras conocer el motivo de consulta y conocernos con ella y su familia, comenzamos a externalizar emociones -para ella negativas y dañinas- como la tristeza. Para eso co-creamos un símbolo externo, una metáfora que representara esa tristeza sin nombrarla directamente, llamándola *días grises*.
- Y así, poco a poco, fuimos revisando las múltiples formas de resistencia de Marcela a los días grises, conociendo sus tácticas para salir vencedora, aunque fuese por poco tiempo.

La externalización es un recurso, un estilo de conversaciones cuyo fin es proteger la identidad de la persona y, a su vez, potenciar su sentido de agencia personal en el cambio de su conducta.

CONVERSEMOS SOBRE EXCEPCIONES

Las excepciones son aquellas ocasiones en las que se esperaba el problema, pero este no se da, pero también aquellas en las que

el problema se da con menor intensidad, duración o frecuencia (Herrero de Vega y Beyebach, 2018).

El valor que tienen las preguntas por excepciones es incommensurable. Permite tejer redes de cambios en el presente y ampliar para la proyección en el futuro. A continuación, a modo de ejemplo, algunas preguntas de las conversaciones con Marcela:

- ¿Recuerdas el último día en que pensaste en que ibas a terminar cortándote?
- ¿Cómo lograste resistirte?
- ¿Cómo lograste reconocer la presencia de los *días grises* y vencerlos?
- ¿Qué sentiste luego de vencer los *días grises*?
- ¿Qué pensaste? ¿Qué podrías hacer para repetir ese logro?

Cada pregunta permite acceder a un momento, una situación que no ha sido narrada, o que quizás no ha sido contada con la dedicación que merecen las historias de logros o triunfos frente a aquello que nos oprime.

SEGUIR HABLANDO DE RECURSOS

Las preguntas de escala son, ante todo, una forma de seguir hablando de recursos, mejorías y objetivos (Herrero de Vega y Beyebach, 2018).

El trabajo con escalas estuvo presente en todo el proceso con Marcela. El manejo de los *días grises* -externalización de su tristeza- fue evaluado en cada conversación, abriendo posibilidades a nuevas narrativas respecto a como se fue sintiendo mejor, y lo más importante, como se fue transformando en una dificultad manejable al ser externalizada y permanentemente evaluada.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Terapeuta: *¿En qué lugar dirías que estás hoy?*

Marcela: *Creo que en un 8*

T: *¿Cómo lograste llegar al 8?*

M: *Creo que reconocer la causa de los días grises me ayudó mucho*

T: *¿Qué tuviste que hacer luego de reconocer la causa de los días grises?*

M: *Poner en práctica*

Lo anterior fue un breve extracto de las últimas conversaciones con Marcela, cuyo énfasis estuvo en ampliar los cambios observados y atribuir a ella el control de los mismos, acción que posibilitó durante la terapia, cultivar la esperanza que el cambio era posible.

YO ME COMUNICO CONTIGO EN ESTE TEXTO

Las técnicas narrativas como cartas y testimonios, son un recurso importante en la regulación emocional y funcionamiento reflexivo.

En todo acto comunicativo se ponen en juego dos procesos paralelos y complementarios, aunque no idénticos: el de producción y el de comprensión de la narrativa del emisor (Linares, 2005). El mensaje en el papel tiene forma de comunicación intersubjetiva y relacional, toda vez que llega a las manos de otra persona, quien decodifica el mensaje, lo ordena y emite una respuesta.

Las cartas van más allá de un elemento simbólico de comunicación, cuando se intercambian entre pares se transforman en un mensaje de apoyo, con el propósito de compartir historias de logros y cambios, evaluando así el efecto que ella trae consigo.

García y Schaefer (2015) proponen la técnica de la carta a otro consultante, la cual consiste en una carta dirigida a alguien que esté atravesando la misma situación que ellos han superado, dándoles apoyo y consejos sobre como superar el problema.

- Para Matías fue impactante -según sus palabras- recibir una carta con consejos de otro adolescente; además de ser sorpresivo, también fue emocionante.
- Al ir evaluando conjuntamente el efecto de los consejos recibidos, aparecen nuevas ideas, nuevas alternativas de pensamiento y de conducta aprendidas de un par “experto”, quien -a su vez- cuando envía el mensaje también fuerza sus cambios.

ÁRBOL DE LA VIDA

Ya sea a través del trabajo individual o grupal, el árbol de la vida resulta ser una maniobra efectiva con adolescentes que permite escuchar nuevas historias de habilidades, sueños y esperanzas. A continuación, una síntesis del ejercicio, paso a paso para el trabajo individual:

Guía del árbol de la vida	Acciones a realizar	Preguntas de orientación al dibujo
Primer paso	Se le pide dibujar un árbol	Explicación de la metáfora del árbol
Segundo paso	Se le invita dibujar las raíces y escribir elementos importantes de su pasado	Raíces: ¿De dónde vengo? Descripción breve del origen del adolescente
Tercer paso	Se le invita a dibujar y pintar la tierra y escribir aspectos importantes de su vida actual	La tierra: ¿Qué hago ahora? Exploración de la vida actualmente

Guía del árbol de la vida	Acciones a realizar	Preguntas de orientación al dibujo
Cuarto paso	Se le invita a dibujar el tronco y escribir sus habilidades y recursos personales	El tronco: ¿Cuáles son mis habilidades y recursos personales?
Quinto paso	Se le invita a dibujar las ramas y escribir sus esperanzas, sueños y deseos sobre el futuro	Las ramas: ¿Cuáles son mis esperanzas, sueños y deseos?
Sexto paso	Se le invita a dibujar las hojas y conversar sobre la relación con cada persona importante en su vida	Las hojas: ¿Qué personas son importantes para mí?
Séptimo paso	Se le invita a dibujar y conversar sobre los regalos recibidos de cada persona importante en su vida	Los frutos: ¿Qué regalos he recibido? Regalos no materiales que el adolescente atesora en experiencia

Fuente: Elaboración propia

A través del dibujo, cada adolescente exhibe su conocimiento local, de sí mismo, de lo que valora, de sus sueños y de sus relaciones cercanas, los que se hacen visibles para crear una perspectiva desde la cual se pueden reexaminar los problemas, externalizarlos y separarse teniendo una base de seguridad que la crea el conocimiento de la propia historia (Campillo y Velázquez, 2015).

El árbol de la vida provee caminos para que los adolescentes puedan compartir sus valores, recursos personales, facilitando el desarrollo de un proyecto de vida, de cambio y de esperanza.

REFERENCIAS

- Andolfi, M. y Mascellani, A. (2012). *Historias de la adolescencia: experiencias en terapia familiar*. Gedisa.
- Berg, I. K., & Miller, S. D. (1996). *Trabajando con el problema del Alcohol: orientaciones y sugerencias para la terapia breve de familia*. Gedisa.
- Beyebach, M. (2016). La terapia sistémica breve como práctica integradora. En F. García y M. Ceberio (Eds.), *Manual de terapia sistémica breve* (pp. 57-95). Mediterráneo.
- Campillo, M., & Velázquez, E. V. (2015) Innovaciones en terapia narrativa con el árbol de la vida: Intervención con jóvenes que se cortan la piel. *Procesos Psicológicos y Sociales*, 11 (1), 1-24. <https://www.uv.mx/psicologia/files/2015/09/Marta-Campillo-R.-Esteban-Villegas-Velazquez.pdf>.
- Del Rosario Flores-Soto, M., Cancino-Marentes, M. E., Varela, F., & del Rocío, M. (2018). Revisión sistemática sobre conductas autolesivas sin intención suicida en adolescentes. *Revista Cubana de Salud Pública*, 44, 200-216. <https://www.scielosp.org/article/rcsp/2018.v44n4/200-216/es/>.
- De Shazer, S. (1997). *Claves en psicoterapia breve: Una teoría de la solución*. Gedisa.
- García, F., & Schaefer, H. (2015). *Manual de técnicas de psicoterapia breve: Aportes desde la terapia sistémica*. Mediterráneo.
- Gergen, K. (2009). *Realidades y relaciones. Aproximaciones a la construcción social*. Paidós.
- Herrero de Vega, M., & Beyebach, M. (2018). *Intervención escolar centrada en soluciones: Conversaciones para el cambio en la escuela*. Herder.
- Le Breton, D. (2012). Por una antropología de las emociones. *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*, 4(10), 67-77. <https://www.redalyc.org/pdf/2732/273224904006.pdf>.

- Le Breton, D. (2019). *La piel y la marca: Acerca de las autolesiones*. Topia.
- Linares, J. (2005). *Las cartas terapéuticas: Una técnica narrativa en terapia familiar*. Herder.
- Relvas, A. P., & Sotero, L. (2014). *Familias obligadas, terapeutas forzosos*. Morata.
- Payne, M. (2002). *Terapia narrativa: Una introducción para profesionales*. Paidós.
- Selekman, M. (1996). *Abrir caminos para el cambio: Soluciones de terapia breve para adolescentes con problemas*. Gedisa.
- Treupil, J. (2015). Significados de la autoagresión corporal de acuerdo a los/as jóvenes de Valparaíso y Viña del Mar. En J. Chuaqui (Ed.), *Sociología de la Salud: Chile 2008-2015* (pp. 160-180). Ril Editores.
- Ortega, M. (2018). Terapia familiar sistémica con adolescentes. En A. Moreno (Ed.), *La práctica de la terapia sistémica* (pp. 115-145). Desclée.
- Villaruel, J., Jerez, S., Montenegro, M., Angélica, M., Montes, C., Igor, M., & Silva, H. (2013). Conductas autolesivas no suicidas en la práctica clínica: Primera parte: conceptualización y diagnóstico. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 51(1), 38-45. https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272013000100006.
- Whitlock, J. (2009). The cutting edge: Non-suicidal self-injury in adolescence. *Research Facts and Findings*. Online verfügbar unter, 3, 2012. http://www.actforyouth.net/resources/rf/rf_nssi_1209.pdf, Stand, 3, 2012.
- Whitlock, J. (2010). Self-injurious behavior in adolescents. *PLoS medicine*, 7(5), 1-4. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000240>.
- White, M., & Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Paidós.

IV

TÉCNICAS SISTÉMICAS PARA EL MANEJO Y CONTROL DE LA INGOBERNABILIDAD ADOLESCENTE

Sergio Antonio García Flores

INTRODUCCIÓN

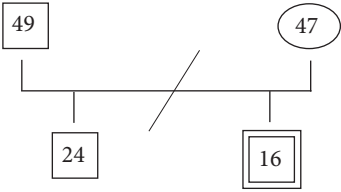
La *ingobernabilidad adolescente* es una de las manifestaciones atípicas de conducta más compleja de atender para padres de familia, maestros, psicólogos o psicoterapeutas. Primero, porque para poder atender a una persona con cualidades de *ingobernable* es necesario aceptar *el calificativo*, situación que no va a suceder a menos que el individuo, por sufrir las consecuencias legales o morales de sus acciones, lo necesite o esté obligado de alguna manera a responder por su conducta. Paradójicamente solo en casos graves de conducta disruptiva, de abuso sexual, uso de drogas o donde se puede poner en riesgo la vida de la persona (como en el caso en cuestión), o un síndrome de estrés postraumático es que el sujeto probablemente irá por propia voluntad a consulta.

En el presente texto se presentan de forma simple algunas técnicas utilizadas en un caso grave de conducta disruptiva del tipo *ingobernable*. Para la aplicación de las técnicas, quien suscribe se acompañó de un equipo terapéutico. Las sesiones se videograbaron y después de analizarse se transcribieron algunos fragmentos. La terapia directa, la entrevista inicial y la terapia familiar fueron dirigidas por quien suscribe. La mayoría de las estrategias numeradas fueron realizadas por el equipo terapéutico.

ESTUDIO DE CASO

El formato del presente estudio de caso tiene como objeto la construcción de teoría (Guzmán y Alvarado, 2009). Fueron necesarias 8 sesiones de psicoterapia desde el modelo de la terapia familiar sistémica con equipo terapéutico, con dos tipos de perfil terapéutico: una postura directiva-enérgico-inflexible, llevada a cabo por quien suscribe, una postura colaborativa-dócil-flexible, por parte de una colega. Se utilizó la “*Guía de entrevista a la familia Parte 1 y 2*” (Minuchin et al., 2000) para caracterizar a la familia, así como 10 estrategias para el desarrollo moral del adolescente que se describirán más adelante.

Características de la familia

Composición de la familia Matrimonio de 25 años, se separaron hace 2 años, el hijo mayor vive solo, la hija se quedó con su mamá.	Divorcio hace 2 años 
Indicadores del sujeto de estudio	Acuden a terapia por indicadores de trastorno de estrés post traumático. En el desarrollo de la entrevista inicial, relatan que la joven comenzó a salir con una amiga (sin autorización, pues la madre trabajaba), a un lugar donde los amigos las drogan y las obligan a tener relaciones sexuales. Esto ocurre por aproximadamente tres meses, dos o tres veces a la semana; la mamá la nota “mal” y la refiere a terapia.

Creencias familiares e hipótesis	El divorcio se constituye como una oportunidad para dejar de pelear y para volver a la calma después de un matrimonio colmado de celos y violencia emocional. El padre se va a Estados Unidos para seguir manteniendo a su hija, empero en la ausencia de la madre por salir a trabajar, la hija aprovecha el tiempo libre y opta por conductas desafiantes y de alto riesgo.
--	--

PROBLEMAS DE CONDUCTA QUE LOS PADRES DE FAMILIA CARACTERIZARON COMO INGOBERNABLE

Algunas de las conductas que se observaron en el presente estudio de caso fueron:

1. *Comportamiento autolesivo* o daño a su propio cuerpo, por ejemplo: morderse, tricotilomanía, onicofagia, aretes no habituales o piercing, tatuajes, golpearse contra la pared, usar objetos para autolesionarse, cutting, etc.

2. *Heteroagresividad*, por ejemplo: causar dolor físico a otras personas o a animales, golpear, dar patadas, morder, picar con objetos, arañar, tirar del cabello, escupir.

3. *Destrucción de objetos intencionalmente* como romper, estropear o destruir cosas, golpear, rasgar o cortar, tirar o quemar, picar o rayar.

4. *Conducta disruptiva*, por ejemplo: interferir las actividades de otros o en el desarrollo equilibrado de ambiente social, abrazar en exceso a otros, acosar o importunar, discutir o quejar, buscar pelea, hacer reír o llorar sin motivo aparente, interrumpir, gritar u ofender

5. *Hábitos atípicos y repetitivos (estereotipias)*. Son conductas poco usuales o extrañas que se repiten una y otra vez, por ejemplo: ir y venir por la habitación, balancearse, torcerse los dedos, chuparse sus manos u otros objetos, dar sacudidas

con partes de su cuerpo (tics nerviosos), hablar sola, rechinar los dientes, comer tierra u otros objetos, comer poco o de manera exagerada, mirar fijo a un objeto o al vacío, hacer muecas o ruidos extraños.

7. *Retraimiento o falta de atención*. Son problemas de falta de relación con otros o de no prestar atención, por ejemplo: mantenerse alejada de otras personas, expresar temores poco corrientes, mostrarse inactiva, mostrarse triste o demostrar muy poca concentración en diversas actividades, dormir excesivamente, hablar negativamente de sí misma.

8. *Conductas no colaboradoras*. Son conductas en las que la adolescente deliberadamente actúa en contra del sistema, por ejemplo: negarse a obedecer, no hacer sus tareas o no respetar las reglas, actuar de forma desafiante o poner mala cara, negarse a asistir a la escuela o realizar sus obligaciones, negarse a compartir o esperar turno, engañar, robar, o no respetar las reglas de casa, de la escuela, de la sociedad civil o las que enmarcan su fe.

LA TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA

Según Hoffman (1996) la terapia familiar sistémica es un modelo de terapia útil para resolver conflictos donde existe un sujeto observado como problema cuando su manifestación lo identifica como síntoma. La intervención sistémica se diferencia de las expresiones terapéuticas interesadas en el psiquismo humano, en que plantea el paso del individuo al sistema, de lo intrapsíquico a lo interpersonal. Así no interesa un individuo “enfermo” sino las maneras de organización del sistema en el que un individuo demanda atención. Se diferencia también de otras maneras de intervención grupal o familiar en que considera a los miembros de un grupo familiar como apoyo del individuo enfermo. La intervención sistémica utiliza así la interacción como elemento de trabajo y comunicación.

En este abordaje, el terapeuta asume una metaposición

frente al sistema manteniendo una actitud de neutralidad, como un compromiso ético. Este modelo se basa en el trabajo de Bateson (1988) y en la teoría de la comunicación desarrollada por Watzlawick et al. (1997); en estos modelos la familia es vista como un sistema cibernético, auto-organizativo en el cual todos los elementos se vinculan entre sí. Existen diferentes escuelas que abordan de forma diversa las concepciones de sistemas familiares.

El problema cumple con una función específica para el sistema familiar. En este modelo, la terapia empieza con una hipótesis circular sobre las razones que llevaron en este caso a la persona en busca de ayuda, la o las hipótesis se confirman o se modifican por medio de las preguntas circulares. El terapeuta o el equipo terapéutico tratan de identificar ideas epistemológicas, para poder, desde una postura neutral, buscar reestructuraciones. En este caso, desde la mirada de los padres el problema se convierte en persona, para el equipo terapéutico la persona se convierte en síntoma.

La Terapia Familiar Sistémica según Simon et al. (2012) se suele utilizar para referirse al Modelo de Milán de Terapia Familiar o Terapia de Sistemas. En el modelo de la Escuela de Milán se utiliza el concepto de cibernética de las relaciones familiares, que tiene que ver con la forma de abordar holísticamente los problemas de las personas, enfocado a las relaciones familiares a través de preguntas circulares, que permiten la formación o verificación de hipótesis dinámicas sobre las bases y funciones interaccionales de los problemas familiares.

El equipo terapéutico, mediante el reencuadre y prescripción de síntomas, evalúa la conducta de cada miembro de la familia de modo que contradice la epistemología que tiene la familia de sí misma. Con estas intervenciones se busca crear cambios de segundo orden en el sistema familiar, pero a partir de los propios medios de la familia. Este tipo de trabajo lleva de 6 a 10 sesiones, con intervalos largos entre estas. El significado y la comprensión se construyen socialmente; no accedemos al

significado ni a la comprensión si no tenemos acción comunicativa, es decir, si no nos comprometemos en un discurso o diálogo generador de significado dentro del sistema para el que la comunicación tiene relevancia.

Un sistema terapéutico es un sistema dentro del cual la comunicación tiene una relevancia específica para su intercambio dialógico. El concepto de homeostasis se considera en términos de mecanismos fisiológicos en relación a la constancia del medio, en la descripción de una red de interacciones recíprocas en el que los distintos componentes del medio interior están en equilibrio dinámico; la homeostasis es una característica de los sistemas en donde está en aparente equilibrio, hasta que un síntoma aparece.

A continuación, describiré cómo fue aplicada la Terapia Sistémica Familiar en el caso en cuestión. En primer lugar se transcribirá un fragmento de una sesión y luego se describirán las principales técnicas utilizadas

FRAGMENTO DE SESIÓN GRABADA DE EVALUACIÓN

El siguiente fragmento transcribe una conversación con la madre de la adolescente. En el intertanto se han trabajado con la adolescente las consecuencias de su experiencia traumática de violación reiterada y luego las conductas que reflejan su ingobernabilidad. Está en condiciones de obtener su pre-alta y se evalúa su pertinencia con su madre, centrándose en los cambios positivos que se ha observado tanto en la hija como en su interacción con la familia

Dr.- Gracias por estar aquí Fabiola

Fabiola – De nada

Dr.- Entiendo que América está viniendo con nosotros, ¿ya tiene cuánto? ¿2 meses? ¿3 meses?

Fabiola - 4 meses

Dr.- Bueno ahora estamos en una pre alta. La pre alta es cuando decimos – *“Ya llévesela y ya nada más tráigala una vez*

cada semana, cada 15 días, y luego después un mes o dos meses, y luego ya cada 6 meses”–, eso es una pre alta. Platícame ¿cómo llegó América y como está hoy?, cuéntame.

Fabiola – Bueno pues América llegó en una depresión total

Dr.- Venía temblando, ¿te acuerdas? Llorando, temblando.

Fabiola - Lloraba, temblaba pues no dormía doctor... muy irritable, no le podía decir yo nada porque lloraba o a veces se disgustaba, me gritaba y pues yo no entendía el por qué, verdad, hasta que ya nos dimos cuenta pues de la situación que ella había pasado, decidimos traerla aquí con ustedes y bendito Dios y la verdad en este tiempo sí he visto mucha mejoría en ella, ya la veo un poquito más sociable, con más ganas de hacer cosas, antes la veía muy... pues siempre quería estar acostada, no quería hacer nada y ahora no, ya la veo un poquito más activa pues, contenta, ya no la veo llorar, pero sí he visto mucho cambio en ella, le digo, más activa, más contenta, platica más con nosotros, pues básicamente.

Dr.- Y qué cambios hubo en la familia, es decir América cambió... y ¿qué cambio hubo en tí? ¿Qué cambió en su papá? ¿Qué cambió en sus hermanos, qué ha cambiado en esta familia?

Fabiola – Bueno, no sé en verdad, hasta la fecha yo todavía me lo pregunto, o sea qué fue, en qué momento pasó eso, si yo pensaba que estaba muy al pendiente de ella, yo siempre trataba de llevarla a todos los lugares, de con quién va, de conocer a todas las amistades, pero ni cuenta de que ...

Dr.- ¿Ella tomaba malas decisiones?

Fabiola – Sí, entonces me di cuenta que no hice bien las cosas verdad, yo creo que ahora pienso, no es tanto estar encima de ellos sino darles un poquito la libertad, pero con límites.

Dr.- Claro

Fabiola – Porque a lo mejor, si me decía –*mamá, déjame ir allá-* y yo, – *sí hija, yo voy y te llevo-* porque a lo mejor decía, –*no pues, si yo voy por ella yo la recojo, no tiene por qué pa-*

sar nada, - en el tiempo que está ahí con sus amistades verdad, pues a lo mejor pueden pasar muchas cosas y de hecho pasaron muchas cosas, entonces ahora trato un poquito de hablar más con ella, de darle la confianza, de que me platique, no de estar así tan encima de ella porque yo sé que después de todo eso a lo mejor a ella la abrumaba un poquito, por ejemplo, yo no quería dejarla salir para nada, si iba a la tienda me iba con ella y pues ya ahorita también he aprendido a darle un poquito más la confianza.

Dr.- Darle un espacio

Fabiola – Darle un espacio.

Dr.- Seguro, pero con ciertos límites como decías

Fabiola – Sí, seguro, pero con ciertos límites.

Dr.- ¿Y eso ha funcionado?

Fabiola – Yo siento que sí Dr.

Dr.- Apretarla demasiado se resiste y se puede ir sin permiso .

Fabiola – Sí.

Dr.- De hecho, estando con su papá una vez se volvió a ir

Fabiola – Sí.

Dr.- Es decir, no garantiza estar en un lugar o en otro, la convivencia con ella ha mejorado, ¿la relación tuya con ella?

Fabiola – Sí

Dr.- ¿Cómo?

Fabiola - Platicamos más, doctor. Bueno por la situación ella ahorita está viviendo con su papá verdad, no está viviendo conmigo, pero por ejemplo yo vengo todos los días, estoy con ella en la casa de mi hijo, yo le hablo *hija estoy en casa de tu hermano* y ya ella va. La veo un poquito mejor con sus sobrinos, ahí en la casa más acomodada, platica más con todos y antes no doctor. Nada más estaba encerrada en su cuarto.

Dr.- Con el teléfono celular y con las amistades

Fabiola – Con el teléfono, no tanto con las amistades, más bien el celular doctor. Como está en la tarde en el bachiller no tenía mucho tiempo, en las mañanas hacía tareas y todo eso

y ya en la tarde estaba en la escuela, salía a las 19:30. Venía yo y la recogía, nos íbamos a la casa pero era desde que llegaba, cenaba y al cuarto a acostarse y a estar nada más con el celular. Las pocas ocasiones que salía, era el fin de semana, salía ahí con una vecina, pero ahí a unas cuantas casas de ahí de mi casa.

Dr.- ¿Ahora convive más con otros familiares de ella?

Fabiola – Sí.

Dr.- Eso le viene bien, tú las has visto mejor

Fabiola – Sí.

Dr.- Independientemente de que no esté contigo

Fabiola – Sí, definitivamente sí.

Dr.- No se acoplaba

Fabiola – No, yo voy todos los días pero no estoy pegada ahí con ella. O sea le hablo y le digo *hija, ya estoy aquí con tu hermano* y ya va, pero sí ella tiene algo que hacer porque ha estado frecuentando más a sus primos, vive un primo ahí cerca de donde vive con su papá y va en las noches por ella y se la llevan a jugar básquet. Si está haciendo otras cosas que antes no hacía, entonces yo tampoco voy. Y si me dice – *mamá va a venir Omar mi primo por mí porque vamos a ir a jugar*- pues bueno, ese día ya no la veo, ya dejo que vaya y juegue pero ya le aviso *hija ya me voy* y ya otro día vuelvo a ir y está con nosotros, cena con nosotros. Antes no cenaba con nosotros, ella siempre cenaba en el cuarto, en la mañana yo le hablaba *vente hija a desayunar* y no.

Dr.- Pero no está contigo, pero al mismo tiempo sí está porque tú vas todos los días, no la dejas sola

Fabiola – No.

Dr.- Y ahora sí se acopla

Fabiola – Sí.

Dr.- Estás contenta

Fabiola – Sí.

Dr.- Si tu nivel de frustración o de preocupación al principio eran de un 7 o de un 8 o 9 ¿hoy tu nivel de preocupación de tristeza o de frustración en qué nivel está?

Fabiola – Pues yo creo que de un 5.

Dr.- ¿5?

Fabiola – Sí, un 5.

Dr.- Entre un 4 o 5

Fabiola – Sí.

Dr.- Por eso no bajas la guardia, por eso continuar

Fabiola – Sí.

Dr.- Un poco desde lejos, pero seguir firme

Fabiola – Sí.

Dr.- Ok, es decir no creer demasiado

Fabiola – No quiero hostigarla tanto, pero quiero que ella vea que estamos al pendiente de ella.

Dr.- ¿Y eso es verdad?

Fabiola – Sí.

Dr.- Ok, que bueno que sigues asustada porque lo que pasó no es tan poca cosa

Fabiola – No, fue un golpe muy duro para, pues para...

Dr.- Para todos.

Fabiola – Para todos.

Dr.- Pero ya estás recuperando a la niña

Fabiola – Sí, doctor. La verdad es que aquella niña de primaria, en aquella época era una niña bien alegre, muy amigüera, muy bromista, juguetona, ya ha estado un poquito volviendo a ser la misma, bueno claro con otra madurez, verdad, porque ya creció.

Dr.- Pero estuvimos a punto de perderla

Fabiola – Sí.

Dr.- Porque ella de 15 y 16 años ya andaba queriendo hacer cosas de una *lepa* de 25 y estuvimos a punto de perderla.

Fabiola – Sí.

Dr.- Bueno Fabiola, pues yo te felicito. Quiero decirte que aceptamos la propuesta de seguirla apoyando, de seguirla acompañando, ahorita voy a trabajar un poquito con ella y bueno te agradezco mucho por estar aquí.

Fabiola – No, Gracias a usted doctor, y la verdad pues

bien agradecida tanto con usted como con Aidé por el apoyo que nos brindaron, más que nada a ella verdad, pero también a nosotros tanto a su papá y a mí.

Dr.- Muy bien, no vamos a bajar la guardia, vamos a seguir fuertes

Fabiola – Sí.

Dr.- Ándele pues muchas gracias por estar aquí.

ALGUNAS TÉCNICAS E INTERVENCIONES UTILIZADAS

A continuación, se describirán algunas técnicas utilizadas para el trabajo de la ingobernabilidad de la consultante adolescente.

1. DILEMAS MORALES

El objetivo prioritario es transformar las estructuras del pensamiento que permiten aportar argumentos sobre la corrección o incorrección de los hechos que tienen relevancia moral. Esta metodología fue ideada por Lawrence Kohlberg, dentro de sus postulados sobre desarrollo moral. La técnica de los dilemas morales integra breves historias referidas a situaciones que encierran un conflicto de valores (Buxarrais, 2004). Normalmente, suelen presentar dos alternativas enfrentadas entre sí, sobre las cuales debe posicionarse el sujeto durante la discusión. Es necesario aportar razones, historias de problemas reales y/o ficticios en la cual tendrán que dar su opinión personal, preferentemente contemporánea, pertinente, atractiva. Por ejemplo, *¿Qué harías hoy en una situación similar después de saber las consecuencias de lo que te ha sucedido y por qué?*

2. FRASES INACABADAS Y PREGUNTAS ESCLARECEDORAS

Su finalidad es facilitar la toma de conciencia de los valores, creencias y opciones vitales de cada persona. Los ejercicios de

frases inacabadas y preguntas esclarecedoras se incluyen dentro de la metodología de clarificación en valores. Proponen a los consultantes una serie de frases inconclusas que deberán completar de acuerdo con sus pensamientos, sentimientos y preferencias. Se le entrega una hoja con frases inconclusas para que las complete o se le parafrasean para que la persona se integre al párrafo o idea. Ejemplo: *cuando salía sin permiso..., la vez que me drogaron, no me daba cuenta que...* Deben plantearse en primera persona del singular y el enunciado es breve. El objetivo en este caso fue permitir a la joven conocerse mejor y reflexionar sobre las conductas realizadas, así como mantener actitudes personales coherentes con aquello que piensa y desea. Es necesario completar unas frases según los propios pensamientos (*Si mi mamá me sirve caldo... Me lo como con gusto. Mi primera obligación regresando de la escuela es. . . tender la cama*).

3. ROLE PLAYING Y ROLE MODEL

En esta técnica se utiliza la dramatización de situaciones en forma de monólogo o de sustitución de personajes sobre un conflicto moral; la posible solución requiere el diálogo y análisis desde distintas perspectivas. Deben ser breves y con posibilidad de improvisar. No requiere guion o parlamento por escrito. Facilita el desarrollo de la perspectiva social y de la empatía. Permite ponerse en el lugar de otras personas, intentando comprender sus posiciones, argumentos y sentimientos. Desarrolla la capacidad empática y la adopción de perspectivas sociales a partir de la representación de distintos roles. Enfrenta a razonamientos, sentimientos, emociones y vivencias que se desencadenan ante un conflicto. Se basa en la dramatización, mediante el diálogo y la improvisación de situaciones que presentan conflictos. Por ejemplo, en este caso: *dramatizar la escena donde la mamá se da cuenta que su hija no durmió en casa*.

4. ESCRITURA AUTOBIOGRÁFICA

El principal objeto es tomar conciencia de su presente, pasado y futuro, abrirse a los demás y promover la proyección futura (*Auto-misiva de exhorto*). En este caso, la joven inicia su autobiografía de la siguiente manera: *Querida América...cómo es posible que hayas....* La redacción de textos autobiográficos y socialización, facilitan la apertura y evitan la coacción.

5. EJERCICIOS DE AUTOESTIMA

Tienen como objetivo prioritario favorecer en las personas un autoconcepto positivo. Ejemplo: *Recoger recados de cinco familiares y cinco amistades reconociéndole y destacando sus fortalezas en diversos ámbitos: físico, social, desempeño y cualidad.*

6. EJERCICIOS DE CONOCIMIENTO DE UNO MISMO

Tiene como objetivo ayudar a la persona a adquirir un mayor conocimiento de sí misma. Por ejemplo, promover una reflexión sobre distintos aspectos y dimensiones de la vida personal, como la *distribución del tiempo*.

7. RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS

Su finalidad es aprender a plantearse situaciones problemáticas de forma positiva; no eliminar el conflicto, sino utilizarlo para crecer, para aprender y promover recursos personales. Es una estrategia que tiene varias técnicas: *Facilitación*: solo amplifica la mirada del problema, es una situación extraordinaria que altera el estado normal de las personas. *Mediación*: interviene un mediador quien actúa como clarificador, además plantea las diferentes posibilidades. *Negociación*: es bidireccional, hay información de un sujeto a otro, el terapeuta participa con las puestas en común con la familia completa. *Arbitro*: se centra en

la legalidad, evalúa y toma decisiones para terminar el conflicto; se adopta el conflicto para disolverlo. *Delegación*: un tercero es el que clarifica, ayuda a aconsejar a alguna de las partes para poder tomar mejores decisiones.

En el caso de América, por ejemplo, *se planteó con la familia diferentes formas de solucionar algunos de los problemas suscitados a lo largo de todo el proceso terapéutico, tomando algunas de las posturas de la resolución de conflictos.*

8. CONOCIMIENTO DE LOS DEMÁS

Tiene el objetivo principal de recolectar información en dos dimensiones: pública y privada. Su finalidad es favorecer el desarrollo del autoconcepto, ya sea positivo o negativo. Por ejemplo, elaborar tarjetas de cualidades y defectos familiares, y compararlo con las propias; también hacer el ejercicio de socialización en la terapia familiar donde cada miembro de la familia aporta información sobre sí mismo; después los demás deben asociar los datos con la persona a la que se refieren. Elaboración de tarjetas con la información de los jóvenes con los que salía y principalmente de las amigas que la influenciaban.

9. EJERCICIOS DE COMUNICACIÓN

Su finalidad es desarrollar capacidades para intercambiar ideas y sentimientos. Es necesario claridad para exponer una idea, habilidades para dialogar y facilidad para entrar en contacto con otros (Ejemplo: *discusión con paráfrasis y escribir una idea detonadora*). Tienen como objeto estabilizar el nivel de interacción y convivencia entre la familia. (...*ella no quería hablar, lloraba, entonces se le proponía una frase para completarla escribiendo o hablando como...ese llanto significa enojo o tristeza... ok, muy bien...si es enojo es contigo o con otra persona,*) ella comenzaba a hablar ubicando poco a poco cada aspecto de la idea que se quería trabajar en el momento.

10. ACTIVIDADES DE COMPRENSIÓN CRÍTICA

Estas actividades facilitan la contextualización del juicio moral. Por ejemplo, se pide a la consultante que entre en un diálogo con todos los personajes implicados en una determinada situación y que deje aflorar los sentimientos, opiniones y prejuicios que ésta les provoca, en base a cuestiones personales o sociales que planteen un conflicto de valores y genere posturas distintas. Las actividades de construcción crítica se centran en el tratamiento de un texto literario, imagen, video, incluso un *TikTok*, aunque pueden realizarse a partir de fotografías, dibujos, poesías, canciones u otras formas de comunicación. Se invita a reflexionar sobre lo que representa el recurso de manera individual, centrándose en aspectos interesantes o sobresalientes; *se preguntó, por ejemplo, después de enseñarle una imagen de una joven de su edad graduándose de la universidad ¿Qué representa para ti la imagen? ¿Qué significa para ella y su familia un momento como ese?*

CONCLUSIÓN Y REFLEXIONES FINALES

Según los resultados encontrados en la aplicación de las 10 diferentes estrategias para el desarrollo moral en un caso de *ingobernabilidad adolescente*, damos cuenta que son viables, replicables y útiles para que en un lapso de un mes y medio, con dos sesiones la primera semana, de aproximadamente 45 minutos cada una, para el sujeto de estudio y el holón parental, con un equipo terapéutico conformado por dos tipos de perfiles, uno con una postura directiva-energico-inflexible y el otro con una postura colaborativa-dócil-flexible, se puedan aplicar en contextos similares con éxito, pues se lograron evidentes indicadores de cambio y bienestar general del consultante y el sistema.

En el presente caso existieron dos principios base para el éxito de su aplicación: el reconocimiento de la necesidad del cambio y el compromiso por el proceso terapéutico. Los indi-

cadore de bienestar y equilibrio sistémico, después de concluidas las intervenciones, entre otros, fueron motivación (por la vida, por el estudio, por la convivencia con el holón parental) y empatía (apreciar y comprender los sentimientos de quienes la aman), para reflexionar nuevas actuaciones antes de tomar decisiones riesgosas. Por tanto, son ampliamente recomendadas y puestas a disposición de la comunidad de expertos en la terapia familiar sistémica como contribución para su aplicación.

Para concluir, me gustaría compartir que es muy emocionante ver el rostro de una familia que después de pasar por un grave episodio de dolor, angustia, miedo y coraje, regresan a la convivencia armónica, dinámica y constructiva. En este caso, puedo destacar que, en la medida en que una hija siente que es importante para los padres, que se ocupan de ella y que demuestran cuidado y atención, ella está dispuesta a contribuir a las tareas del hogar y escolares, así como a dejarse influenciar por los proyectos de vida que, aún después de la separación, cada uno de los progenitores tiene para ella.

Me di cuenta también que cuando existe una separación y los padres hacen a un lado los posibles daños causados, el dolor y el orgullo, es posible una convivencia sana en beneficio de sus hijos.

Finalmente, es posible señalar que el reforzamiento positivo es básico para fortalecer la autoestima y la motivación de una persona herida. Y que la fe en dios mueve hasta el corazón más lastimado, cuando hay voluntad.

REFERENCIAS

- Bateson, G. (1998). *Pasos hacia una ecología de la mente*. Lohlé-Lumen.
- Buxarraís, M. R. (2004). *La educación moral en primaria y en secundaria. Una experiencia española*. SEP.
- Guzmán, A., & Alvarado, J. (2009). *Fases y operaciones metodológicas en la investigación educativa*. Asociación de Investigadores en Ciencias de la Educación.
- Hoffman, L. (1996). Una postura reflexiva para la terapia familiar. En S. McNamee & K. Gergen (Eds.), *La terapia como construcción social* (pp. 33- 34). Paidós.
- Minuchin, P., Colapinto, J., & Minuchin, S. (2000) *Pobreza, institución, familia*. Amorrortu.
- Simon, F. B., Stierlin, H., & Wynne, L.C. (2012). *Vocabulario de Terapia Familiar*. Gedisa.
- Watzlawick, P., Beavin, J.H., & Jackson, D. D. (1997). *Teoría de la Comunicación Humana: Interacciones, Patologías y Paradojas*. Herder.

V

PROYECTO DE VIDA: PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN/ INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA NO NORMATIVA EN ADOLESCENTES

Milton Andrés Contreras Sáez

INTRODUCCIÓN

Este trabajo tiene el objetivo de valorar la propuesta de investigación/intervención del Proyecto de Vida, específicamente con adolescentes que han sido víctimas de maltrato. Esta intervención se centra desde una perspectiva psicoeducativa no normativa, la cual se ha desarrollado en contextos obligados de centros residenciales y ambulatorios dependientes del Servicio Nacional de Menores de Chile (SENAME).

La adolescencia deriva en una articulación constante de crecimiento y madurez en base a las experiencias significativas que se desarrollan durante su vida, mediante los ámbitos personales, familiares y de los entornos reconocidos por los mismos jóvenes, en base a sus experiencias de vida y de las proyecciones futuras en cada uno de dichos niveles.

Para lograr una investigación/intervención con los/as adolescentes, se reconocen las diferentes fases de intervención, las cuales se caracterizan por el cumplimiento de hitos que permiten guiar al interventor en el reconocimiento de potencialidades y recursos de adolescentes, donde en esta oportunidad, se focaliza en contextos de intervención obligada.

El desarrollo de esta propuesta de investigación/intervención, se logra además con la participación de agentes claves, donde por medio de la responsabilización del cumplimiento de

hitos, genera un reordenamiento de líneas de acción, actividades y tareas que permiten el buen desarrollo de la intervención desde las dos principales lógicas, la psicoeducación y la utilización de marcos no normativos.

ARTICULACIÓN DEL SENTIDO DE VIDA Y PROYECTO DE VIDA DESDE UNA PERSPECTIVA ADOLESCENTE

La utilización del concepto de Proyecto de Vida implica realizar un estudio exhaustivo de sus características, descripciones y explicaciones, lo cual, conjugado al desafío de darle vida a un quehacer práctico, hace necesario realizar un análisis reflexivo en cuanto al contenido teórico-conceptual aplicado a un rango etario determinado, donde -en este caso- la base es la adolescencia.

Históricamente se ha evidenciado que la adolescencia es una etapa del ciclo vital decisiva que se encuentra entre la niñez y la edad adulta, donde no solamente se encuentra en juego el cambio biológico de la persona, sino que también el impacto que tiene la dimensión familiar y sociocultural. Además, en la adolescencia la persona tiene como tarea central encontrarse a sí mismo, lo cual no está exento de conflictos.

Por lo anterior, el poder construir una planificación asertiva de lo que se quiere hacer y ser, permite aminorar las fluctuaciones que generan las tensiones y tendencias propias que se dan en la adolescencia (Papalia, 2005). Es por esto, que a lo largo de la vida, el ser humano anticipa lo que desea para su propia existencia, tomando decisiones para cumplir con tareas, actividades, objetivos, propósitos y/o metas.

Entonces, proyectarse a futuro permite tener ideas propias de lo que se quiere lograr en el largo plazo, establecer prioridades, lograr un equilibrio en la toma de decisiones y mantener un paradigma de superación personal, sin importar la edad, nivel socioeconómico, cultura, educación y género (D'Angelo, 2000), donde en el trabajo con adolescentes, se agregan además

la dimensión de territorialidad, escolaridad, actividades proso-ciales, factores protectores y de riesgo dinámicos.

Conceptualmente, el Proyecto de Vida es lo que una persona quiere ser para conseguir lo que anhela en un momento determinado, ante lo cual la primera premisa es que puede ser dinámico, permeado por las vivencias personales, familiares y de entorno que permiten cumplir o no las necesidades de una persona. Medan (2012) argumenta que el Proyecto de Vida asegura la generación de intereses que pueden ser fundamentales en la persona, lo cual busca un beneficio no solamente en dicho nivel, sino que también con su entorno social.

No obstante, la terminología de Proyecto de Vida no es única y homogénea, sino que se articula constantemente con el concepto de “sentido de vida”, el cual diversos autores (Baldívieso y Perotto, 1995; Contreras, 2018; D’Angelo, 2000; Frankl, 2004) asocian a la forma de ser de la persona en el transcurso de su desarrollo, lo cual favorece su propio crecimiento a partir de diversas eventualidades que acontecen en el presente, por lo cual dicha forma de actuar y sentir, pudiese determinar su forma de ser y hacer, ya sea de manera positiva o negativa en una proyección futura a corto, mediano y/o largo plazo.

Por lo anterior, previo a la conceptualización de Proyecto de Vida, en primera instancia se debe tener claridad sobre el sentido de vida, definida como la fuerza motivante del ser humano para construir deseos, necesidades y expectativas (Frankl, 1991 y 2004). Entonces, desde este marco conceptual, la construcción de un Proyecto de Vida se puede entender como un proceso de carácter anticipatorio, modelador y organizador de diferentes actividades, que se van modificando por diferentes circunstancias y acontecimientos en el desarrollo vital (Contreras, 2018), donde visualizar desde la perspectiva de adolescentes, permite tener una mirada autónoma y no adultista.

CONCEPTUALIZACIÓN DEL PROYECTO DE VIDA. ACCIÓN ABIERTA Y RENOVADA

Se entiende como Proyecto de Vida, “la acción siempre abierta y renovada de superar el presente y abrirse caminos al futuro, a la conquista de sí mismo y del mundo en que se vive. Es la realización de posibilidades que abre caminos, alternativas y nuevos proyectos” (Baldivieso y Perotto, 1995, p. 161).

Por otro lado, es importante agregar que el Proyecto de Vida es influenciado por las etapas del curso de la vida, siendo la adolescencia el escenario ideal y en que se plantea la búsqueda de identidad (Cattaneo, 2006). En ese sentido, es importante cuestionarse desde cuando se inicia el Proyecto de Vida, entendido como análisis interpersonal, donde desde la infancia, etapa en la cual nace a nivel personal y familiar la pregunta “¿qué quiero hacer cuando grande?”, posteriormente se desarrolla, modifica y/o perfecciona en todo ciclo vital, pero -principalmente- en la adolescencia.

Lo anterior, se interrelaciona con que en este periodo se gatilla una readecuación; el individuo pasa a separarse más claramente de su familia y a plantearse preguntas acerca de su propia identidad y los planes para el futuro (Erikson, 2000). Asimismo, es el período óptimo para proponer metas vinculadas a procesos psicosociales propios, tales como la formación de los valores, el aprendizaje y las relaciones interpersonales (Medan, 2012).

En esa línea, podemos valorar que el tener un Proyecto de Vida permite aprovechar los recursos que la vida va ofreciendo en el camino y que ayudan a llegar más fácilmente a metas establecidas, modificando e incorporando otras que surjan; da lineamientos más claros y racionales de comportamiento, además de estrategias de organización, planeación y toma de decisiones que son útiles tanto en el presente como en el futuro, lo que a su vez trae consigo beneficios en los procesos de visualización, análisis, planificación, organización, elección y toma

de decisiones. Del mismo modo, la elaboración de este proyecto debe considerar aspectos tales como: conocerse a sí mismo o autoconocimiento, el sistema familiar, referentes cercanos u otros significativos y el entorno.

Por otro lado, se encuentra la búsqueda de información y oportunidades de acuerdo a las posibilidades para alcanzar las metas propuestas a corto, mediano y/o largo plazo; asimismo, la flexibilidad, pues los seres humanos poseen múltiples intereses, habilidades y capacidades, con las cuales pueden cambiar o modificar conductas para tomar otras opciones y lograr similares o mejores resultados acorde a intereses personales, familiares y sociales, los cuales no dependen sólo de la persona sino también de la influencia y vinculación con otros significativos en su desarrollo personal, el sentido que le dan a lo que construyen y el deseo de lo que querrán ser y hacer.

Entonces, al definir un Proyecto de Vida las personas podrán defender lo que piensan, sus intereses y formarse un carácter menos vulnerable al medio familiar, colectivo/comunitario y social, debiendo además potenciar sus recursos, habilidades y potencialidades (D'Angelo, 2000), generando además beneficios en su propio crecimiento en el transcurso de su desarrollo, a partir de diversas eventualidades que acontecen en el presente y que -sin lugar a duda- pueden determinar positiva o negativamente su futuro (Contreras, 2018).

DESAFÍOS ACTUALES

Hablar de crear o desarrollar un Proyecto de Vida, puede resultar un tanto difícil, ya que, en el transcurso de la adolescencia, existe el mito de creer que su futuro ya está determinado por su familia, su lugar de origen, su nivel socioeconómico, alguna carencia afectiva y/o la suerte, limitando la posibilidad de planificar y proyectarse. Pese a que estas características no siempre interfieren en la construcción del quehacer futuro, por el solo hecho de ser persona, se piensa, analiza y evalúa posibilidades.

Por lo anterior, cuando se logra desarrollar un trabajo, ya sea de manera autónoma o con acompañamiento, ya sea por parte de la familia u otros agentes, se propicia la generación de objetivos y metas, encauzar sus esfuerzos y establecer a donde quiere llegar, a través de un conjunto de requerimientos internos y externos con los que evaluará la importancia de ser, hacer o tener (Contreras, 2018).

Para que encuentren las respuestas a su Proyecto de Vida es necesario que busquen en lo profundo de ellos mismos, donde cada uno es capaz de escuchar y analizar la elección, donde la libertad está presente, teniendo en cuenta los sueños, metas y aspiraciones de lo que quieren llegar a ser o hacer. Reflexionar entonces, sobre lo que deben hacer para lograr sus objetivos, resulta una tarea primordial en cualquier etapa del ciclo vital, especialmente en la adolescencia. Además, permite fortalecer la personalidad, donde la búsqueda de las metas personales y la colaboración, logran establecer multidimensiones de un curso vital que se construye en el día a día (García-Yepes, 2017).

En el trabajo con adolescentes, lograr transmitir la importancia de un Proyecto de Vida se torna relevante, puesto que la ausencia de este propone un escenario riesgoso, especialmente en ese rango etario, debido a que, en la búsqueda de la aprobación de sus pares, en ocasiones no consideran los conflictos en los que se pueden ver envueltos.

En este escenario, se reconoce al adolescente como un “sujeto vulnerable”, especialmente a la hora de tomar decisiones, pudiendo generar frustración de manera más rápida, mermando la capacidad de actuar, generar temor y desorientación (Tobar y Lautaro, 1999), ya sea un adolescente con alto acompañamiento familiar o con alteraciones, ya que todos y todas tienen el mismo derecho e ilusión de tener sueños y proyectos (Campos, 2012).

IMPLEMENTACIÓN DE UN MODELO DE INTERVENCIÓN CENTRADO EN EL PROYECTO DE VIDA ADOLESCENTE

MÉTODOS DE BASE

La metodología utilizada en la experiencia de investigación/intervención es desde un paradigma mixto, que permite se tenga un fundamento teórico que evalúa por medio de una recolección de datos medibles numéricamente y realiza análisis estadístico simple (Hernández et al., 2006), extraídos de un instrumento predeterminado post intervenciones. Por otro lado, se utiliza la metodología cualitativa, interpretativa, de tipo fenomenológico–hermenéutico por interpretación de discursos de las experiencias y expectativas de adolescentes insertos en centros residenciales (Vivas, 2007). El que la población de estudio sea adolescente, permite que ellos mismos proporcionen la información sobre sus Proyectos de Vida, percepción que suele mostrar menos sesgos que con niñez temprana, media o tardía y resulta más objetiva.

ORIENTACIÓN PSICOEDUCATIVA Y NO NORMATIVA

Desde el modelo psicoeducativo, la evaluación de los adolescentes permite no solo considerar las necesidades y vulnerabilidades, sino sus particularidades, recursos y fortalezas. Por lo anterior, las fortalezas son el objeto en movimiento para orientar las temáticas de trabajo en sesiones (Vizcarra y Dionne, 2008). Esto desde un marco no normativo que permitió la potencialización de cumplimiento de sus Proyectos de Vida.

DIMENSIONES OBSERVABLES BÁSICAS

Las dimensiones observables básicas son el perfil sociodemográfico, Proyecto de Vida individual, familiar (formación de nuevas familias y familia de origen) y social. No obstante, es de

suma importancia la co-construcción de categorías de trabajo, lo cual dependerá del contexto del adolescente e intervención.

PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN/INTERVENCIÓN EN PROYECTO DE VIDA ADOLESCENTE EN CONTEXTOS COMPLEJOS Y DIVERSOS

La propuesta de investigación/intervención aplicada con adolescentes chilenos, ha permitido generar un ordenamiento de base para lograr una intervención teórica-metodológica que cautele los derechos básicos de cada niño, niña y adolescente, donde la esencia es el trabajo desde la psicoeducación y lo no normativo con el adolescente (y no para el adolescente), donde la transición de cada fase, hito y responsable permita una intervención centrada en las potencialidades y recursos.

FASE 1 – OBSERVACIÓN

En la primera fase, el denominado “interventor”, o sea el/la profesional que trabaje directamente con la persona adolescente, tiene la responsabilidad de lograr tres hitos fundamentales para contar con un primer contacto que sea afable y *ad hoc* a la situación personal, familiar y de entorno.

1. Observación documental: se caracteriza por la utilización de documentos judiciales, profesionales y/o de antecedentes básicos, que permiten que el interventor cuente con una primera aproximación a la situación personal, familiar y de entorno del adolescente. Ejemplo: actas judiciales, informes certificados por parte de otros profesionales sobre el adolescente o su familia, informe de ingreso residencia, informes de instituciones reconocidas como redes colaboradoras del adolescente o su familia (educación, salud, deporte, arte, etcétera).

2. Observación empírica: se focaliza en que el interventor utilice técnicas e instrumentos propios de su disciplina para lograr indagar sobre la situación personal,

familiar y de entorno del adolescente. Ejemplo: entrevistas directas con el adolescente, su familia y agentes claves, coordinación con redes directas internas y externas identificadas previamente.

3. Observación científica: es la responsabilidad básica del interventor, donde debe contar con literatura ad hoc al modelo de intervención que sea pertinente para la intervención con el adolescente.

FASE 2 – RECONOCIMIENTO

En la segunda fase, el interventor se mantiene como el principal responsable, sin embargo, progresivamente se le entregan herramientas al adolescente para que sea parte de la intervención de manera activa y no un mero cliente receptor. Para aquello, en base a la gestión realizada en la observación, el interventor tiene la responsabilidad de liderar la fase social de la intervención, la cual se caracteriza por lograr generar un vínculo inicial con el adolescente, en base una lógica más bien trivial que normativa.

El interventor es responsable de reconocer y desarrollar los siguientes hitos:

1. Redes de apoyo: reconocimiento de redes construidas por los mismos adolescentes, ya sea desde una organización formal, estructurada o de manera informal como grupos de interés. Es importante que no solo se base en un nivel de intervención indirecta, sino que también se logre tener un primer acercamiento con las más relevantes.

2. Recursos: se caracteriza por ser un filtro de análisis colaborativo con el adolescente, con la finalidad de poder evidenciar cuales son los recursos que la vida le ha ofrecido durante su desarrollo, lo cual permite además categorizar las principales redes de apoyo.

3. Potencialidades: en este hito, el interventor y el adolescente reconocen cuales son las dimensiones por desarrollar, en base cualidades, gustos, sentimientos, factores protectores, factores socializadores y motivaciones.

4. Fortalezas: se basa en una perspectiva adolescente y no del interventor, ante lo cual las fortalezas a identificar no son sobre la intervención, sino más bien sobre la articulación de los recursos y potencialidades del adolescente, lo cual al ser reconocido por dicho agente, permite que logre desarrollar de manera autónoma una mayor capacidad de resiliencia y autoestima.



Redes de apoyo: colegio, centro de salud, escuela deportiva, amigos/as, otros familiares



Recursos: orden prioritario del adolescente. Ej: 1° amigos, 2° colegio, 3° deporte



Potencialidades: Ej: 1° cuidado de relaciones, 2° mejoramiento de rendimiento escolar, 3° compromiso deportivo para el desarrollo personal.



Fortalezas: desafíos futuros de mantención de recursos y potencialidades. Ej.: como seguir cuidando relaciones, métodos de estudios, responsabilidad deportiva

Fuente: Elaboración propia

FASE 3 – MODELACIÓN

En la tercera fase, el adolescente se transforma en el responsable principal de la intervención, donde el interventor pasa a tener un rol secundario de mediador y negociador, comenzando a modelar entre el adolescente y sus contextos sociales próximos, donde la vinculación con sus redes de apoyo es clave en la mantención de los Proyectos de Vida del adolescente. El principal

objetivo es reconocer su diversidad para generar una estrategia de inclusión en un espacio propio del adolescente y no del interventor.

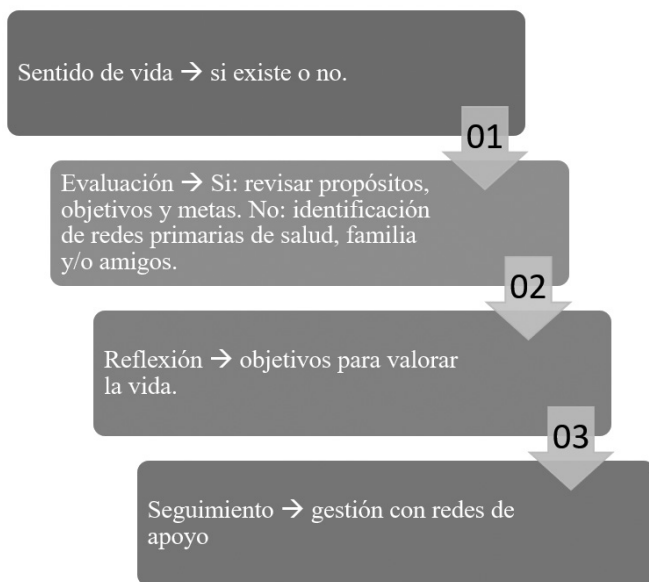
Entonces, los hitos relevantes a desarrollar son:

1. Sentido de vida: se basa en la articulación de reconocimiento del adolescente sobre su desarrollo, crecimiento y eventos, ya sean positivos o negativos. En este hito, es de suma importancia que el interventor logre identificar si es que el joven reconoce o no que su vida tiene algún sentido.

2. Evaluación: Si el adolescente señala que su vida tiene algún sentido, se puede trabajar en sus propósitos, objetivos y metas para desarrollar un Proyecto de Vida *ad hoc* a su vida. En caso contrario, si es que el adolescente señala que su vida no tiene sentido, el interventor es responsable de activar las redes de apoyo ya identificadas u otras especializadas para una atención focalizada.

3. Reflexión: en este espacio, el interventor genera objetivos que propicien la reflexión analítica del adolescente en cuanto a su sentido de vida y de manera preliminar evaluar si es que este logra valorar su vida, generar actividades y tareas propias para potenciar sus cualidades y lograr un desarrollo futuro. En caso de que el adolescente no logre visualizarlo de manera autónoma, el interventor activa sus recursos profesionales y disciplinares para generar dicha valoración.

4. Seguimiento: en este hito, el interventor gestiona directamente con las redes de apoyo previamente identificadas, el seguimiento de los acuerdos que se generan en la intervención directa con el adolescente. En este apartado, es importante trabajar colaborativamente con todos los agentes involucrados, para que las metas del joven logren desarrollarse de manera oportuna.



Fuente: Elaboración propia

FASE 4 – NO NORMAR

En la cuarta fase, se mantiene el orden de las responsabilidades, sin embargo los hitos se basan más bien de manera ejecutiva, donde lo importante es que la temporalidad de la intervención se logre adecuar al contexto del adolescente y de la intervención misma. Por lo anterior, el paradigma de no normar es clave en el desarrollo de la intervención, donde el reconocimiento autónomo del adolescente respecto a lo que quiere hacer y ser en la vida, es parte de su desarrollo vital.

Entonces, los hitos relevantes a desarrollar son:

1. Proyecto de Vida:

a. Individual: se caracteriza por el reconocimiento autónomo de los proyectos futuros que involucran un desarrollo personal, discriminando lo que se puede hacer para lograrlo. Con esto, el desarrollar habilidades y ca-

pacidades es indispensable para desenvolverse en la vida adulta, visualizándose además en lo que han realizado hasta ahora para alcanzar sus metas y como mejorarlas. Los objetivos de intervención se deben centrar en los propósitos y metas claras, lo que tiene relación con el sentido que le otorgan a su vida al pensar en su futuro. Ejemplo: áreas de educación, éxito en la vida, personal y social del adolescente.

b. Familiar: en esta subdimensión, existe la flexibilidad de la proyección en cuanto a las relaciones con su familia de origen, familia en desarrollo o familia a construir. En contextos de vulneración de derechos y maltrato, generalmente el trabajo se focaliza en la reparación de daño y búsqueda de alternativas de mejora en cuanto a relaciones. Ejemplo: imaginario futuro de relaciones interpersonales y familiares, ámbitos de trabajo para mantener buenas relaciones familiares, especificando con cada integrante.

c. Entorno: se basa en generar una responsabilidad social con su entorno próximo en base a una integración no solamente con su familia, sino que también con su contexto. Esta subdimensión toma protagonismo en las situaciones donde jóvenes han sido catalogados de manera negativa, ya que se trabaja directamente con el agente en cuestión como con las redes. Ejemplo: relaciones con amigos actuales, deseo de forjar nuevas amistades, discriminación de personas importantes para la vida, reforzamiento de valores y principios para la integración social.

2. Seguimiento:

el interventor se mantiene gestionando directamente con las redes de apoyo previamente identificadas; sin embargo es clave que la principal focalización del seguimiento sea con el mismo adolescente.

FASE 5 – AUTONOMÍA

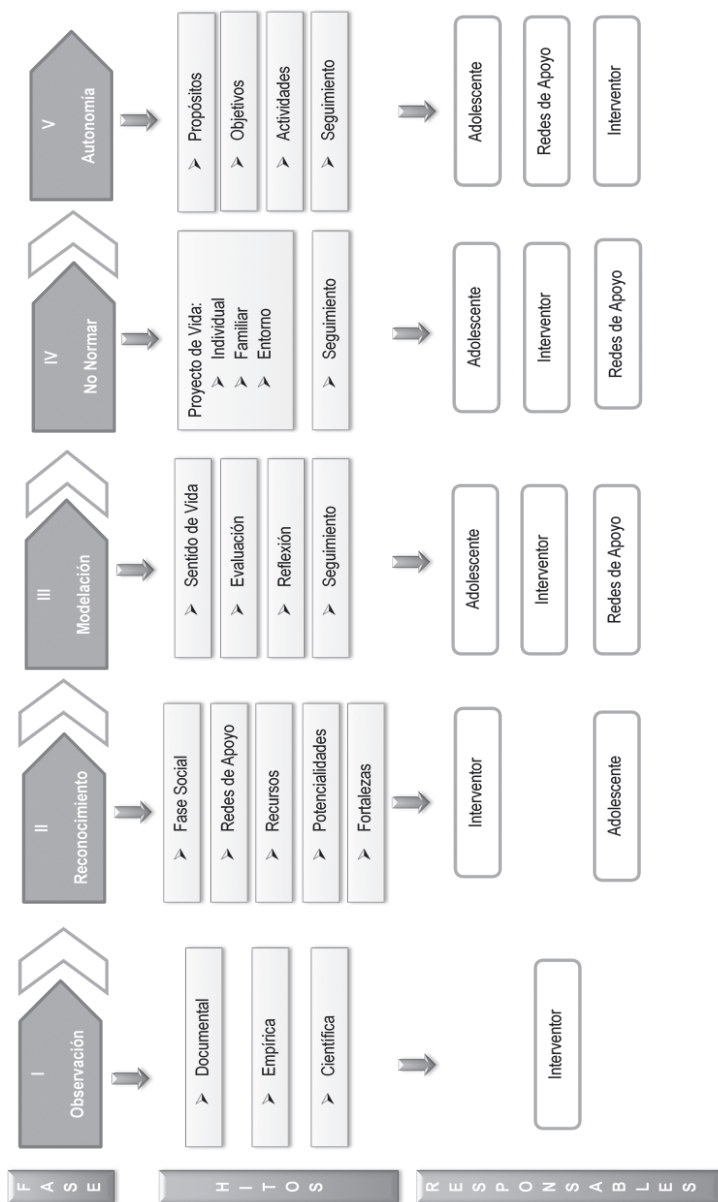
En la última fase, se mantiene el adolescente como principal responsable de su proceso, seguido por las redes de apoyo ya categorizadas con la finalidad de que esto se mantenga en el tiempo. El interventor toma un rol de desvinculación paulatina con el adolescente, con la finalidad de no generar dependencia y potenciar la autonomía de este.

Los hitos relevantes se traducen en cuestiones más bien operativas, claras y de fácil evaluación para el adolescente, las redes de apoyo y el interventor, las cuales son:

1. Propósitos: se caracteriza por ser una aspiración mayor, donde se traduce en una meta que puede ser a corto, mediano o largo plazo. Es importante que los propósitos se traduzcan en cuestiones atingentes al contexto social del adolescente, donde las redes de apoyo y el interventor colaboren en que dichos propósitos sean *ad hoc* para que no generen futuras frustraciones. Ejemplo: deseo de forjar una ocupación, oficio o profesión a nivel “educativo”. Deseo de mejorar o mantener buena relación a nivel familiar o de entorno.

2. Objetivos: se basa en las cuestiones fundamentales a realizar para el logro de un propósito o meta mayor. Los objetivos permiten que se logre realizar un desarrollo paulatino y sistemático del Proyecto de Vida, donde la clave es la co-construcción negociada entre todos los agentes en cuestión. Ejemplo: preparación para estudiar o aprender una actividad específica en nivel educativo; plantear como mejorar o mantener relación con una persona específica o colectivo.

3. Actividades: se traducen en la forma de vida del adolescente, donde logra aplicar tareas propias de su *modus vivendi* para el desarrollo de su Proyecto de Vida en proceso. El objetivo de estas actividades es que logren ser dinámicas y que permitan el buen desarrollo de sus pro-



Modelo de Investigación/Intervención de Proyecto de Vida adolescente.
Fuente: Elaboración propia

pósitos. Ejemplo: estudiar y ejecutar la actividad en el nivel educativo, relacionarse positivamente con la persona específica del nivel familiar o entorno.

4. Seguimiento: se insta a que el adolescente logre reflexionar constantemente en sus avances, estancamientos y retrocesos en su proceso de desarrollo, donde las redes de apoyo pueden ser claves en la colaboración del seguimiento de propósitos, objetivos y actividades, entendiendo que el interventor ya no es clave.

REFLEXIÓN FINAL

Se entiende que la autonomía del adolescente es un asunto evolutivo que se construye socialmente, y que requiere de las condiciones necesarias para que él o ella alcancen el grado máximo de autodeterminación, ante lo cual todo anhelo y lo que quiere conseguir una persona –Proyecto de Vida– se puede identificar para algunos autores como el “sentido de vida”, el cual nace del mismo individuo en el transcurso de su desarrollo, favoreciendo su propio crecimiento a partir de diversas eventualidades que acontecen en el presente y que, sin lugar a duda, pueden determinar positiva o negativamente su futuro (Baldivieso y Perotto, 1995; Medán, 2012).

Podemos señalar entonces que este tema presenta un desafío para las disciplinas de las Ciencias Sociales y Humanas que trabajan con niños y adolescentes que han sido vulnerados en sus derechos, puesto que es de suma importancia lograr identificar las redes de apoyo familiares, ya sean presentes, fuertes o reducidas y reemplazadas en los casos de centros residenciales. En este último escenario, es imprescindible empoderar al individuo y destacar sus habilidades, asociarlo a diferentes redes que puedan otorgar las herramientas necesarias para su desarrollo, reconociendo su capacidad de cambio y realidad social específica, con el fin de lograr identificar y movilizar los recursos personales y las oportunidades que les ofrece el con-

texto, a favor de su desarrollo integral (Carballo et al., 1998). En los trabajos interventivos en contextos complejos y diversos como los obligados -centros residenciales cerrados-, se destaca la relevancia de abordar el tema, puesto que aporta al Trabajo Social, la Psicología, el Desarrollo Familiar, entre otras disciplinas, a contar con información relacionada a los adolescentes “institucionalizados” y la planificación de su quehacer futuro, tomando en consideración que la mayoría de ellos ha vivido conflictos familiares y emocionales que han dado paso a su internación en un Centro Residencial.

Del mismo modo, es un aporte en todas las dimensiones sin distinción de edad, sexo, género, cultura, etnia y nivel socioeconómico. A su vez, contribuye a sus distintos modelos de intervención que permitan la gestión de sus diversidades, dado que contar con un Proyecto de Vida sólido, colabora en el abordaje y disminución de factores de riesgo sobre todo en adolescentes en vulnerabilidad social. Por último, es importante analizar la temática expuesta ya que presenta una oportunidad para el desarrollo profesional de cada integrante del equipo.

En el escenario hispanoamericano, esto es una contribución para las Ciencias Sociales y Humanas, otorgando una forma de interpretar la realidad de un segmento minoritario de adolescentes, con el objeto de guiar sus intervenciones acordes a métodos específicos de las áreas de esta ciencia.

REFERENCIAS

- Baldivieso, L. Perotto, C. (1995). Prevención y Proyecto de Vida en la Salud de adolescentes y del joven. Organización Panamericana de la Salud (552).
- Campos, B. (2012). Las Ciencias Sociales ante la reeducación de menores: El Programa Camino-Colonia y la participación ciudadana. (N. de Alba, F. García, & A. Santisteban, Edits.) *Educación para la participación ciudadana en la enseñanza de las ciencias sociales*, II, 121-130.
- Carballo, A., Elizondo, G., Grace, H., Rodríguez, A., Serrano, X. (1998). *El Proyecto de vida desde la perspectiva de los y las adolescentes*. Universidad de Costa Rica.
- Cattaneo, M. (2006). Metas de adolescentes argentinos: “Un estudio exploratorio”. Universidad del Comahue, Facultad de educación, Argentina.
- Contreras, M. (2018). Dimensiones del Proyecto de vida en Intervenciones Familiares. Investigación/Intervención desde perspectiva adolescente en Centros Residenciales de la Región del Bio Bio. *Revista Electrónica de Trabajo Social* (18), 94-103. <http://www.revistatsudec.cl/wp-content/uploads/2015/08/9-Dimensiones-del-Proyecto-de-vida-en-Intervenciones-Familiares.pdf>.
- D’Angelo, H. (2000). Proyecto de vida como categoría básica de interpretación de la identidad individual y social. *Revista Cubana de Psicología*, 17(3), 270-275. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rcp/v17n3/08.pdf>.
- Erikson, E. (2000). *El ciclo vital completado*. (R. Sarró Maluquer, Trad.) Paidós.
- Frankl, V. (1991). *Psicoanálisis y Existencialismo*. Fondo de Cultura Económica.
- Frankl, V. (2004). *El hombre en busca de sentido*. Herder.
- García-Yepes, K. (2017). Construcción de Proyectos de Vida Alternativos (PVA) en Urabá, Colombia: papel del sistema educativo en contextos vulnerables. *Es-*

- tudios pedagógicos (Valdivia)*, 43(3), 153-173. https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S071807052017000300009&lng=pt&nrm=iso.
- Grotberg, E. (1996). Guía de promoción de la resiliencia en los niños para fortalecer el espíritu humano.
- Hernández, R., Fernández, C., Baptista, P. (2006). *Metodología de la Investigación*. McGraw Hill.
- Medan, M. (2012). ¿"Proyecto de vida"? tensiones en un programa de prevención del delito juvenil. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 10, 79-91. <http://biblioteca.clacso.edu.ar/Colombia/alianza-cindeumz/20140408013905/art.MarinaMedan.pdf>.
- Papalia, D., Wendkos S., Duskin R. (2005). *Psicología del Desarrollo*. MacGraw Hill.
- Tobar, M., Lautaro, A. (1999). Los jóvenes emprendedores en busca del éxito, mediante la consolidación de sus proyectos de vida. Colombia: Fundación Pro-pasos.
- Vivas, A. (2007). Paradigmas de la Investigación en Planos del Conocimiento (Ensayo). Barquisimeto: Instituto de Estudios Corporativos.
- Vizcarra, M., Dionn e, J. (2008). *El desafío de la intervención psicosocial en Chile: aportes desde la psicoeducación*. RIL Editores. Pág. 35 – 52.

VI

DEPRESIÓN Y SUICIDALIDAD EN ADOLESCENTES: APORTES DE LA TERAPIA ESTRATÉGICA BREVE Y CENTRADA EN LAS SOLUCIONES

Juan Pablo Vicencio C.

CONTEXTUALIZACIÓN

Los principios y técnicas de la Terapia Estratégica Breve (TEB) y Centrada en Soluciones (TCS) que expongo a continuación, han sido aplicados en diversos programas públicos en las regiones de Atacama, Valparaíso, Magallanes y de la Antártica Chilena, desde el 2000 a la fecha, en adolescentes con diagnóstico de episodio depresivo (leve-moderado-grave sin síntomas psicóticos), según la Décima versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2004). Todos se situaban en algún punto del continuo de severidad: ideación suicida, elaboración de un plan, obtención de los medios para hacerlo, hasta el acto consumado, conocido como conducta suicida o suicidalidad (Ministerio de Salud de Chile [MINSAL], 2013).

He tomado el concepto de “Terapia Sistémica Breve” (TSB) para referirme a la integración de TEB y TCS (Beyebach, en García y Schaefer, 2015).

¿POR QUÉ UTILIZAR TERAPIA SISTÉMICA BREVE CON ADOLESCENTES EN SALUD PÚBLICA?

El MINSAL (2017a) sugiere hasta doce sesiones para los usuarios (mayores de 15 años) que presentan depresión grave. Los

tiempos promedios en atención primaria de salud (APS) son de 30 a 40 minutos por sesión, una vez al mes (Fischer et al., 2019), con un promedio de tres a cinco atenciones anuales (De la Parra et al., 2019), y donde -en mi experiencia- participaba el adolescente y solo una figura significativa: familiar o del intersector (educación, salud, etc.).

En este escenario, es ventajoso trabajar con TEB y TCS, ya que estos modelos: 1) evalúan la motivación, 2) co-construyen problemas resolubles, 3) trabajan objetivos “bien pensados” o metas “bien formuladas”, 4) fomentan los recursos y, 5) son flexibles en la elección del subsistema a trabajar (DeJong y Berg, 1998; Fisch, Weakland y Segal, 1984; Kim Berg y Miller, 2002), permitiendo que la terapia se acorte, ya que no se piensa en un estado ideal como meta, por ejemplo, en la reestructuración de la personalidad, sino en la resolución de problemas específicos.

El Plan Nacional de Salud Mental de Chile (PNSM) 2017-2025, señala que el desafío actual se relaciona con el enfoque de “recuperación”, y la participación de los usuarios en los servicios de salud mental, pasando del rol pasivo (pacientes) al proactivo (expertos). Agregando, que para la participación efectiva de los usuarios, se necesita un cambio cultural en como el equipo de salud mental interactúa con sus usuarios, para que éstos puedan empoderarse, fomentando autonomía, apoyándolos en la forma de vida que han elegido y respetando sus puntos de vistas (MINSAL, 2017b).

¿Les suena familiar? Evidentemente, la TSB encarna dichas cualidades, por cuanto, puede naturalmente implementarse en salud pública.

FACTORES COMUNES

Los principios y técnicas que utilizo, responden a varias preguntas: ¿cómo fomentar los factores comunes a) del cliente, b) de la relación, c) de la esperanza y expectativas y d) del modelo y técnicas, que décadas de investigación, han demostrado

empíricamente que son los responsables del cambio? (Assay y Lambert, 1999; Norcross y Lambert, 2019; Wampold, 2015) ¿Cómo aplicarlos con usuarios que presentan “depresión” y suicidalidad, dentro de una práctica integrativa que contemple: la mejor investigación disponible, las competencias clínicas y las particularidades, cultura y preferencias de los clientes (práctica basada en la evidencia en psicología)? (American Psychological Association [APA], 2006).

Me centraré en aquellos que tienen mayor peso en la varianza del resultado: factores del cliente (40%) y de la relación (30%) (Norcross y Lambert, 2019).

FACTORES DEL CLIENTE

La literatura de investigación es contundente: el “motor” de la psicoterapia es el cliente (fortalezas, recursos y habilidades) (Norcross y Lambert, 2019; Tallman y Bohart, 1999).

Hirsch (2013, 2016) hace una interesante distinción semántica entre *fortalezas* (cualidades positivas genéricas del cliente: competencias, intereses, aptitudes, virtudes, etc.) y de su entorno (personas, instituciones, bienes, etc.), y *recursos*, que son aquellas características puntuales de la persona o su entorno que se pueden usar, es decir, disponibles de forma inmediata, y no potencial, para resolver un problema específico. Propone examinar sistemáticamente los recursos: un mapa o esquema que permita al terapeuta tenerlos presentes al inicio de la sesión. Para evocar esos recursos, primero tienen que estar en la mente del terapeuta, de lo contrario, nuestras conversaciones no “apuntarán” a la activación de los mismos.

Debemos preguntarnos: ¿qué tipo de recursos parecen ser útiles para esta problemática? No obstante, cuando trabajamos en el sector público, encontramos muchos factores de riesgo asociados a conductas suicidas, ya sea familiares, individuales y/o ambientales: bajo apoyo social, consumo de sustancias, depresión, acontecimientos vitales estresantes, *bullying*

homofóbico... (MINSAL, 2013; 2019; Tomicic et al., 2016) que pueden abrumar al terapeuta, entonces, ¿qué viene a nuestra mente: fortalezas o debilidades? ¿Imposibilidad o resiliencia?

Si además, el terapeuta se muestra pesimista frente a tantas señales de alarma, ¿cómo podrá evocar recursos y co-construir esperanza en sus conversaciones? Recordemos, que la desesperanza es un factor cognitivo central en la suicidalidad (Gómez, 2018a).

FACTORES DE LA RELACIÓN

1. Alianza Terapéutica

Bordin (1976) definió la alianza como el encaje y colaboración entre el cliente y el terapeuta, identificando tres componentes: (a) acuerdo en las tareas, (b) vínculo positivo y (c) acuerdo en los objetivos. Wampold (2015) señala que meta-análisis recientes han demostrado una sólida relación entre alianza y resultado. Es interesante mostrar que, según los análisis de Baldwin, Wampold e Imel (2007), las contribuciones del terapeuta a la alianza, eran más importantes que las del cliente, en otras palabras, los terapeutas eficaces construyeron alianzas sólidas con una variedad de pacientes.

Respecto a la suicidalidad, la alianza constituye un factor protector según Gómez (2018b).

2. La co-construcción de vínculo

Meta-análisis con adolescentes confirman la centralidad del vínculo (independiente del motivo de consulta). Además, si consideramos las condiciones en que se presenta a la sesión (en general, enviado por un tercero), la alianza es aún más crítica que en adultos (Karver et al., 2019).

Las acciones que, en mi experiencia, favorecieron la vinculación son:

- **Humor:** autores sistémicos breves que trabajan con adolescentes, como Selekman (2005) y Bertolino (2006),

han abordado este tópico. Efectivamente, el humor genera un clima relajado. Sin embargo, puede ser un “arma de doble filo” si se ocupa descontextualizado (fuera del clima emocional de la sesión), o como una mera técnica (desconociendo su aspecto interaccional). En este sentido, debemos considerar que el recurso calce con el estilo del terapeuta, del adolescente y del interjuego de ambos. Usualmente, incorporo el movimiento corporal, gestual y el tono de voz, para darle más fuerza al humor (Ceberio, 2009) y que la sesión sea una experiencia emocionalmente significativa (Zeig, 1991).

- **Aprender nuevos lenguajes:** los adolescentes no son un grupo homogéneo; coexisten muchos modos de serlo dentro de una etapa extensa y variable del desarrollo humano (10-20 años). Por ejemplo, cada tribu urbana (metaleros, hip-hoperos, góticos...) presenta sus propios códigos. Otros grupos incorporan un idioma propio -como los inmigrantes o pueblos indígenas- que exigen al terapeuta flexibilidad y creatividad.

- **Elogio:** los adolescentes, por lo general, llegan rotulados y con una historia saturada de “fracasos”; desmoralizados y con un autoconcepto negativo. Reconocer (auténticamente) aquellas cualidades positivas resulta muy poderoso (Kim Berg y Miller, 2002; Selekman, 2005). En mi experiencia, los veo como fuente de recursos y resiliencia. Tener esto en mente, me permite más posibilidades de elogiarlos, en vez de verlos como problemáticos o agresivos.

- **La validación de las emociones y experiencias,** sobre todo de las vividas como displacenteras (rabia o tristeza), les entrega el mensaje: *“este es un lugar protegido donde puedes ser tú, sin ser juzgado o sancionado”*. Recuerdo una adolescente (derivada por una colega por “no vinculación”) que refirió haberse sentido “no comprendi-

da” por la terapeuta. Frente a mi pregunta: ¿qué tendría que haber ocurrido de manera distinta en la sesión para que te sintieras comprendida? Me dice: “Mmmm, no sé... como que yo le decía, estoy triste, me siento sola... y ella me respondía: pero mira todas las cosas buenas que tienes... Como que no me entendía... ¡Al final me sentía peor!” Esto sería un ejemplo de no validación.

Desde una lectura de la TEB el terapeuta, además, estaba haciendo más del mismo tipo de solución fallida de la familia y que era parte del problema: “no tienes motivos para estar triste, ¡alégrate! Lo cual provocaba la paradoja de “sé espontáneo” (Watzlawick et al., 1984).

• **Tener en cuenta las necesidades más básicas del momento presente (alimentación, techo, etc.):** a veces no vemos lo obvio, ya que estamos más preocupados del purismo de nuestra teoría o técnica, y perdemos lo que ocurre “frente a nuestros ojos”. Para ello, debemos estar atentos no solo al contenido, sino a la corporalidad o comunicación analógica (Watzlawick et al., 1981).

Caso clínico: Pedro llega 15 minutos tarde (dispongo de 40 minutos). Nos saludamos con un choque de puños y lo invito a sentarse. Me cuenta que ahora vive en una casa *okupa* (deshabitada) y se vino caminando por una hora... Se disculpa. Son las nueve de la mañana (faltó al colegio). Le ofrezco agua. Mira la fuente con caramelos... Lo felicito por su esfuerzo y responsabilidad al asistir a sesión; lo escucho mientras saco un sándwich: *sabes Pedro, estoy un poco fatigado... sé que tengo prohibido comer en el box, pero ¿compartirías este pan con un té? Así me sentiré menos culpable.* Abre los ojos y devora el pan... ¡Gracias Juan Pablo! *Me salvaste, tenía cualquier* (mucha) *hambre* (no había tomado desayuno). El diálogo fluye rápido: le digo que lo que me cuenta es demasiado importante y que necesito más tiempo ya que nos quedan cinco minutos (ir lento). “¿Te parece si excepcionalmente te veo

el viernes para que me cuentes en detalle?” El adolescente asiente, despidiéndose espontáneamente con un abrazo. Por último, arreglo una visita domiciliaria junto a la trabajadora social para conversar con su mamá y buscar la manera de que el municipio pague los pasajes para asistir a terapia. A su vez, hablo con el psicólogo del establecimiento educacional, que es cercano al adolescente, para acordar estrategias de adherencia (utilización de la “red social personal”) (Sluzki, 1998).

Se preguntarán ¿por qué no le ofrecí directamente el pan? Bueno, Pedro vive en condiciones de pobreza, y se avergüenza de ello, por cuanto me pareció buena idea construir un contexto en el cual pudiera aceptarme la invitación y recibir ayuda. Yo tenía en mente vincular (compartir un pan: algo que los adolescentes suelen hacer), pero también conversar: ¿alguien puede focalizarse en una conversación cuando está fatigado o con hambre?

- **Romper el “setting clásico”:** suelo tener conversaciones (que apuntan a objetivos específicos) en el establecimiento educacional, en el patio del Centro de Salud, en la casa del adolescente (visita domiciliaria psicosocial), en una plaza –como parte de una actividad preventiva del Centro de Salud–, etc. Son instancias altamente valoradas por ellos: facilitan la vinculación y le permiten al terapeuta contextualizar el motivo de consulta. Además, en adolescentes “con exceso de energía” (hiperactivos en jerga médica), resultan más eficientes las intervenciones.

- **Utilización terapéutica:** Este es un principio central en el trabajo ericksoniano; en el box incorporo (o me acomodo, según la expresión de Duncan et al., 2003) cualquier conducta, aprendizaje, experiencia y habilidad, que me entregue el adolescente. Esto, para vincular o individualizar (“cortar la terapia a la medida”) según Zeig (1999); (ver ejemplo de “Pedro”). De ahí que necesitamos conocer el mundo del adolescente: canciones,

deportes, videojuegos, películas preferidas, cómics, etc. ¿Qué valora? ¿Cuál es su marco de referencia?

- **Auto-revelación del terapeuta:** compartir experiencias de vida (pasadas) vinculadas a la resolución del problema, como relatos de su adolescencia, normaliza (redefine) y posibilita que el profesional se haga más cercano a los ojos del adolescente (Selekman, 1996). A su vez, le entrega indirectamente ideas para abordar sus dificultades. Esto ocurre, siempre y cuando, la auto-revelación esté al servicio del motivo de consulta y no de sí mismo. En el contexto público, ¿podrá el terapeuta con pocas vivencias evocar un amplio rango de experiencias? En mi opinión, como supervisor, los colegas que han vivido situaciones parecidas y las han trabajado satisfactoriamente, les ayudaba y se sentían cómodos ocupando esta técnica.

Siendo las vivencias amplísimas, es improbable que un terapeuta lo haya vivido “todo”; sin embargo, también existe la posibilidad de hablar en tercera persona (como lo hacía Erickson), por ejemplo: atendí a un adolescente que tenía un problema parecido al tuyo y lo manejó así...

- **Alternativas prácticas resultado de la experiencia:** se sugiere habilitar el box pensando en las características específicas de los adolescentes y en los objetivos del programa; por ejemplo, con material educativo, sillas giratorias o puff, sin escritorio, etcétera. Así, el terapeuta provee de un espacio físico cercano, atractivo y diferenciado de los adultos, tal como lo propone el MINSAL (2013, 2018) para la APS. Claro está, el estilo del terapeuta (respetuoso, acogedor, empático, colaborador) debe ser congruente con este espacio amigable.

- **Incorporar las variables rogerianas:** la empatía (con sus distintas modalidades de reflejo), consideración positiva incondicional y autenticidad (Rogers y Kinget,

1971) son condiciones necesarias para acompañar las acciones antes mencionadas, y son congruentes con la filosofía de la TSB. Además, tienen apoyo desde la investigación para esta población (Norcross y Lambert, 2018).

Una característica encontrada en la mayoría de los adolescentes atendidos es la soledad con que viven sus emociones. El sentirse “leídos” o comprendidos ha sido un factor clave para nuestra vinculación.

EVALUANDO Y TRABAJANDO LA MOTIVACIÓN (VÍNCULO)

El 80% de los adolescentes -según sistematizaciones de uno de los programas en los cuales trabajé- se encontraban en una relación de tipo visitante o consulta involuntaria en su primera entrevista.

Recuerde que la TCS distingue tres tipos de relaciones (interacción) entre paciente y terapeuta: “comprador” (juntos identifican una queja y objetivos: consultante es parte de la solución y está dispuesto a hacer cosas para solucionar el problema); “demandante” (se identifica una queja y objetivo, pero los clientes no se ven como parte de la solución: quieren que el otro cambie) y “visitante” (no se identifican quejas ni objetivos: no existe problema, por cuanto no hay razón para cambiar, ni para estar en terapia) (Kim Berg y Miller, 2002).

En su mayoría, estos adolescentes venían derivados de establecimientos educacionales por problemas conductuales o de consumo, mas que por un trastorno del ánimo o suicidalidad. Al respecto, hay que recordar que un síntoma característico en los adolescentes deprimidos es su humor irritable, y que sus manifestaciones conductuales son más externalizantes (MINSAL, 2013, 2017).

Por lo general, llegan a mí después de un peregrinaje por distintos profesionales. En el trayecto, nadie les explicó nada: se realizó un tamizaje y decidieron por ellos. Peor aún, los programas públicos raramente tienen espacios amigables para adoles-

centes. De pronto, se encuentran en medio de Centros de Atención Primaria en Salud (APS), llenos de “*viejos*” (como dicen ellos) hablando de enfermedades, mientras se preguntan *¿qué hago aquí?* Quizá por esto los adolescentes en riesgo de suicidio no se encuentran en el sistema de salud, ni tampoco consultan (Bustamante et al., 2018).

Cuando pienso en la coacción formal (tribunal) o informal (familiares) con que vienen, les digo: *¿qué difícil debe ser estar aquí!* (validación). Los felicito por asistir (elogio), ya que pudieron no haberlo hecho. Me pregunto: ¿qué está dispuesto a trabajar? ¿Qué es importante para ellos? (descubrir al comprador “*oculto*” según Kim Berg y Miller, 2002). En esta fase, sigo el trabajo de la TCS con relaciones de tipo visitante, con muy buenos resultados. Luego (en sesiones posteriores) vinculo nuestro objetivo co-construido, con aquellos conveniados por el programa de APS. Destaco, además, que la alianza y el trabajo motivacional con el adulto significativo es clave, pues si ellos no están de acuerdo con el tratamiento, la terapia no continuará.

En mi seguimiento y retroalimentación de los casos fallidos (no logro de objetivos), la dificultad central fue no acomodarme a la “*Teoría de Cambio del cliente*”, es decir, a las creencias de los padres (adulto responsable) acerca del problema, sus causas y de como la terapia puede alcanzar los objetivos (Duncan et al., 2003).

ABORDANDO EL RIESGO SUICIDA

¿Debemos solo considerar los recursos? Mi experiencia es que necesitamos atender tanto a los recursos como a los problemas que nos plantean los adolescentes; de lo contrario, éstos sienten que sus “*quejas*” no son consideradas, o son trivializadas.

Podríamos entender el suicidio como una “solución permanente” de problemas que pueden ser pasajeros (MINSAL, 2013), es decir, las conductas suicidas serían una manera en que el adolescente intenta solucionar o abordar ineficazmente

situaciones que lo sobrepasan y frente a las cuales no ve más alternativas.

INTERVENCIONES

Debemos realizar una entrevista focalizada en factores de riesgo y señales de alerta (peligros a corto plazo) así como protectores, incluyendo la aplicación de escalas para valorar riesgo e implementar medidas protectoras (Gómez, 2018; Núñez, 2018) –precisando que no existen instrumentos universalmente aceptados (MINSAL, 2013)- y que el acto suicida no es predecible.

Si existe amenaza de suicidio (crisis suicida) se efectúa una intervención en crisis: brindar un espacio de confianza, escucha empática y contención emocional; evaluar peligro suicida, abordar obstáculos, contactar y entregar indicaciones específicas a la familia, etc. (Larraguibel, 2018; MINSAL, 2013); esto puede hacer una gran diferencia, considerando que el deseo de morir es ambivalente y muchas veces transitorio (MINSAL, 2013).

En estos casos, coincidiendo con Beyebach (2006) pongo “entre paréntesis” nuestro principio de no normatividad (el terapeuta debe intervenir). Centrarnos en mejorías (lo que va bien), cuando hay un riesgo grave o extremo, podría resultar en una práctica dañina, ya que el adolescente necesita “desahogarse”: frecuentemente, existen eventos psicosociales “gatillantes” –como el término de una relación sentimental- que preceden a los suicidios en este grupo etario (Larraguibel, 2018).

Apoyándonos en una metáfora para el terapeuta: “cuando la casa se quema, sólo puedes pensar en apagarla, para luego recuperar las partes no dañadas y reconstruir con ellas. Si el usuario muere, no habrá nada que rescatar”. Con razón, un lector agudo, podrá argumentar: *“¡pero la casa y una persona son dos cosas distintas!”* Es cierto, pero lo que quiero ilustrar, es que cuando un usuario está a segundos de lanzarse por un décimo piso, solo estás pensando en “sacarlo de ahí” (contención física). Esto le ocurrió a un profesional experto en suicidio, quien

comentó dicha situación en un seminario. Asimismo, en otras circunstancias, cuando el principio de acomodarse a las preferencias de los consultantes implica “*hacer más de lo mismo*” (repetir la solución intentada fallida) o un objetivo es ilícito -y poco ético-, por ejemplo: “*necesito que me ayude a morir*”, renegociamos los objetivos. En esas circunstancias, necesitamos flexibilizar y hacer a un lado nuestras posturas.

IMPROVISACIÓN EN PSICOTERAPIA

La psicoterapia es ciencia y arte. Los modelos y sus técnicas proveen al terapeuta de una estructura básica que le permite improvisar. Conocer diferentes terapias -y herramientas técnicas- permiten al terapeuta mayor cantidad de “melodías” (Keeney, 1992). Agregaríamos, que si esas canciones o melodías comparten un mismo género musical, pueden ser más fácilmente integradas. Nótese que en la varianza del resultado el terapeuta también cuenta (Wampold, 2015).

En mi box, por ejemplo, tengo distintos elementos: cada uno, representa una posibilidad (una eventual conversación y/o estrategia) que está a disposición de los recursos del adolescente y del terapeuta. No es el objeto, sino la creatividad y el uso que hagan los interactuantes, lo que da sustento terapéutico a estos.

Ejemplos:

- Figuras plásticas de cómics, como Hulk: ha sido muy útil en el trabajo con la desregulación emocional.
- Un caleidoscopio: me permite ofrecer, como metáfora, diversas formas de ver las cosas (redefinición).
- Un cactus: lo ocupo como una metáfora de protección, límites y belleza (da flor).
- Un grafiti hecho por otro usuario: me permite romper el hielo, hablar de temas.
- Una pizarra acrílica: me permite la representación grá-

fica de circuitos, como las pautas repetitivas en sus interacciones familiares. Para aquellos que son más visuales les ayuda recordar contenidos de la sesión.

- Un computador (con parlantes): nos permite escuchar canciones o ver videos que representan la situación del adolescente, pero que no se atreve a develar (ideación suicida, desesperanza, etc.). Ejemplo: cortometrajes de Steve Cutts.

DECÁLOGO: COMO FRACASAR EN EL TRABAJO CON ADOLESCENTES

Acicateado por “El arte de fracasar como terapeuta” (Haley, 1991) y “Cómo equivocarse en terapia Breve” (Elzufán y Hirsch, 1987) pensé en aquellas estrategias que ocupamos los terapeutas –inadvertidamente- que nos llevan a equivocarnos con adolescentes. Fueron ellos quienes me contaron las razones por las cuales la terapia no funcionó. En cursiva destaco las respuestas textuales (“por dónde no ir”):

1. No focalice: navegue a la deriva, como un “corcho en el agua”; “abra muchas puertas” y no cierre ninguna. “*Con el tío (psicólogo) hablábamos muchos temas...yo lo pasaba súper (muy bien), pero no sé a qué iba...*”

2. Acepte cualquier demanda u objetivo, aunque sea vago, ilegal o no esté en sus manos (ni en la de los adolescentes) ayudar a resolver: “*El psicólogo me prometió que mis papás no se separarían, entonces, cuando se separaron, no volví más*”.

3. Haga cuenta que todos los adolescentes se encuentran preparados (motivados) para el cambio de una conducta: “*El psicólogo me decía que cada vez que me cortara, anotara en un papel mis pensamientos... que eso me ayudaría a no hacerlo más... pero yo no quería dejar de hacerlo! para mí es agradable*”... En este caso, el terapeuta asume

que la conducta autolesiva es un problema que el adolescente se encuentra decidido a cambiar.

4. Haga más de lo mismo, es decir, siga usando las mismas soluciones intentadas fracasadas de los padres. Ejemplo: ocupe un modelo autoritario o permisivo -que representa un estilo de relación poco eficaz con los adolescentes- (Barudy y Dantagnan, 2005). *Era terrible “pollo” (ingenuo) el psicólogo, yo llegaba entero volado* (bajo el efecto de una droga) *y no me decía na’... No sé si no se daba cuenta o se hacía el “huevón” (tonto).*

5. Jamás se acomode al estilo de respuesta del adolescente. *“Me decía lo que tenía que hacer y eso no me gustaba... A mí me gusta “llevarla”* (hacer lo que yo quiero); alto nivel de reactancia, dirían Beutler et al., (2004); es decir, tendencia persistente a no ser obediente con las demandas interpersonales del tratamiento.

6. Haga tratos “imposibles” de cumplir a espaldas de los padres. ¡Olvídense de la ley que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud! Ejemplo extraído de una consultoría: el adolescente llega intoxicado con benzodicepinas al box, suplicándole al terapeuta que no le cuente a sus papás. Este accede para no arriesgar el vínculo. Los padres se enteran de la situación y colocan una queja formal en el Centro de Salud. El caso es asignado a otro terapeuta, iniciándose un sumario interno.

7. No haga contratos terapéuticos especificando los términos de la atención con adolescente y padres. En el punto anterior, el terapeuta podría incluir de manera explícita en el contrato: *“cualquier situación que afecte la salud física del paciente, por ejemplo, cortes, intoxicaciones, intentos de suicidio... será notificada al adulto responsable”.*

7. Muéstrese inauténtico: ría a carcajadas y bótese al sue-

lo si es necesario. Descubrirá lo perspicaces que son los adolescentes, cuando no regresen más. *“El psicólogo era ridículo... pensaba que yo no me daba cuenta que era “entero” (completamente) falso: se hacía el chistoso y no le resultaba...”*

8. Sea formal: ocupe delantal de médico (en Chile hubo un tiempo que era obligatorio usarlo) y realice una larga lista de preguntas cerradas a modo de anamnesis. Si es posible, ocupe lenguaje técnico, con eso se asegura un mal vínculo: *“No me cayó bien el doctor (psicólogo)... no le entendí nada... además era “entero” (completamente) serio... ni un brillo (aburrido)”*.

9. No retroalimente su trabajo: jamás pregunte a los adolescentes cómo se sintieron en sesión. Siga sus manuales preferidos o el último curso al que asistió. *“Me preguntaba siempre de mi papá, y yo le decía que no quería hablar de ese caballero... por eso no volví más a las “charlas” (sesiones).”*

REFLEXIONES FINALES

¿Será suficiente la aplicación de uno o más modelos (juntos o por separado) en el trabajo con adolescentes del sector público? A mi juicio, no. La complejidad de la “depresión” y del suicidio (ver guías clínicas del MINSAL, 2013, 2017; programa nacional de prevención del suicidio (MINSAL, 2013) y lineamientos del PNSM: 2017-2025, requieren una mirada integral con enfoque de salud familiar y comunitaria –lo cual nos lleva a considerar un abordaje multidimensional (bio-psico-social) de las problemáticas de salud mental, y un reposicionamiento del rol del psicólogo desde una perspectiva no sólo clínica, sino también comunitaria.

Todo un desafío para la formación de psicólogos que trabajan en salud pública y que egresan de pregrado -con una

formación generalista-, y sin las competencias específicas para hacer frente a esta complejidad (De la Parra et al., 2019).

CUANDO UN ADOLESCENTE SE QUITA LA VIDA...

Por último, a pesar de todos nuestros esfuerzos, experiencia o competencia, cuando trabajamos con “depresión” y suicidalidad, la posibilidad de muerte siempre está presente. No olvidemos que la depresión es un factor de riesgo en adolescentes (Larraguibel, 2018) y que no somos “omnipotentes” o “bomberos” (características disfuncionales del terapeuta según Ceberio y Linares (2005), sino sólo -en el mejor de los casos- expertos en colaboración y desarrollo de conversaciones de cambio (intervenciones).

Esto me lo enseñó (tristemente) el suicidio de un adolescente, con quien creamos muy buen vínculo. Su decisión me dejó un gran silencio... pero también reafirmó mi propósito de colaborar para construir más y mejores espacios públicos de encuentro con adolescentes: invisibles para nuestro pensamiento adultocéntrico y para un Estado en deuda, que sólo en la última década los ha incluido en sus políticas de salud.

Dedico este capítulo a su memoria.

REFERENCIAS

- American Psychological Association (2006). Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61(4), 271-285. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.4.271>. PMID: 16719673.
- Assay, T. P., y Lambert, M. J. (1999). The empirical case for the common factors in therapy: quantitative findings. En M. Hubble, B. Duncan y S. Miller (Eds.). *The heart & soul of change. What works in therapy*, (pp. 23-55). American Psychological Association.
- Baldwin, S. A., Wampold, B. E., y Imel, Z. E. (2007). Untangling the alliance-outcome correlation: Exploring the relative importance of therapist and patient variability in the alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(6), 842-852. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.6.842>
- Barudy, J. y Dantagnan, M. (2005). *Los buenos tratos en la infancia. Parentalidad, apego y resiliencia*. Gedisa.
- Bertolino, B. (2006). *Terapia orientada al cambio con adolescentes y jóvenes. Una nueva generación de procedimientos y prácticas respetuosas y eficaces*. Paidós.
- Beyebach, M. (2017). *24 ideas para una psicoterapia breve* (2ª ed.) Herder.
- Beyebach, M. (2015). Prólogo. En F. García y H. Schaefer, *Manual de técnicas de psicoterapia breve. Aportes desde la terapia sistémica* (pp. 13-23). Mediterráneo.
- Beutler, L.E., Moleiro, C. y Penela, V. (2004). Hallazgos de la investigación. ¿Qué funciona en psicoterapia? En H. Fernández-Álvarez y R. Opazo (Comps.), *La integración en psicoterapia. Manual práctico* (pp.69-104). Paidós.
- Bordin, E. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252-260. <https://doi.org/10.1037/h0085885>.

- Bustamante, F., Urquidi, C., Florenzano, R., Barrueto, C., de los Hoyos J., Ampuero, K., et al. (2018). El programa RADDAR para la prevención del suicidio en adolescentes de la región de Aysén, Chile: resultados preliminares. *Revista Chilena de Pediatría*, 89 (1), 145-148. https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S037041062018000100145&script=sci_arttext&tlng=e.
- Ceberio, M. (2009). *Cuerpo, espacio y movimiento en psicoterapia: El cuerpo del terapeuta como herramienta de intervención*. Teseo.
- Ceberio, M., Linares, J.L. (2005). *Ser y hacer en terapia sistémica: la construcción del estilo terapéutico*. Paidós.
- De la Parra, G., Errázuriz, P., Gómez-Barris, E. y Zúñiga, A. (2019). *Propuesta para una psicoterapia efectiva en atención primaria: un modelo basado en la experiencia y la evidencia empírica*. *Temas de la Agenda Pública*, 14(113), 1-20.
- De Jong, P., y Berg, I. K. (1998). *Metas bien formuladas. Interviewing for Solutions*. Brooks/Cole.
- Duncan, B., Hubble, M. y Miller, S. (2003). *Psicoterapia con casos "imposibles": tratamientos efectivos para pacientes veteranos de la terapia*. Paidós.
- Elzufán y Hirsch (1987). Como equivocarse en terapia breve. En H. Hirsch H. y H. Rosarios (Comp.), *Estrategias Psicoterapéuticas Institucionales: La organización del cambio*. (pp. 183-186). Nadir.
- Fisch R. Weakland J. y Segal L. (1984). *La táctica del cambio: Cómo abreviar la terapia*. Herder.
- Fischer, C., Cottin, M., Behn, A., Errázuriz, P. y Díaz, R., (2019). What makes a difficult patient so difficult? Examining the therapist's experience beyond patient characteristics. *Journal of Clinical Psychology*, 1-14. <https://doi.org/10.1002/jclp.22765>.
- Gómez A. (2018a). Factores cognitivos en la ideación y la conducta suicida. En A. Gómez, H. Silva y R. Amon (Eds.), *El suicidio: Teoría y clínica* (pp. 54-65). Mediterráneo.

- Gómez A. (2018b). Manejo y tratamiento integral del paciente. En A. Gómez, H. Silva y R. Amon (Eds.), *El suicidio: Teoría y clínica* (pp. 186-198). Mediterráneo.
- Haley, J. (1991). *Las tácticas de poder de Jesucristo y otros ensayos*. Paidós.
- Hirsch, H. (2013). Un análisis de la búsqueda y el uso de los recursos del consultante en la terapia estratégica: Un esquema preliminar. *Revista de Familias y Terapias*, 35, 141-157. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4756896>.
- Hirsch, H. (2016). ¿Cuáles son los recursos externos al consultante que el terapeuta puede examinar? *De Familias y Terapia*, 41, 21-30. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6035162>.
- Karver, M., De Nadai, A., Monahan, M. y Shirk, S. (2019). Alliance in child and adolescent psychotherapy En J.C. Norcross and J. M. Lambert (Comp.), *Psychotherapy relationships that work volumen 1: Evidence-Based Therapist contribution*, Third Edition (pp.79-116). University Press.
- Keeney. B. (1992). *La Improvisación en Psicoterapia. Guía práctica para estrategias clínicas creativas*. Paidós.
- Kim Berg I. y S. Miller S. (2002) *Trabajando con el problema del alcohol: Orientaciones y sugerencias para la terapia breve familiar*. Gedisa.
- Larraguibel M. (2018). Conducta suicida en el niño y el adolescente. En A. Gómez, H. Silva y R. Amon (Comp.), *El suicidio. Teoría y clínica* (pp. 131-142). Mediterráneo.
- Ministerio de Salud de Chile. (2013a). *Programa Nacional de Prevención del Suicidio. Orientaciones para su implementación*. Minsal.
- Ministerio de Salud de Chile. (2013b). *Programa Nacional de salud integral de adolescentes y jóvenes. Plan de acción 2012-2020. "Nivel primario de Atención"*. Minsal.
- Ministerio de Salud de Chile. (2017a). *Guía Clínica: Para el tra-*

- tamiento de la Depresión en personas mayores de 15 años. Actualización en Psicoterapia.* Minsal.
- Ministerio de Salud Chile. (2017b) *Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025.* Minsal.
- Ministerio de Salud de Chile. (2018). *Servicios de salud integrales, amigables y de calidad para adolescentes.* Minsal.
- Ministerio de Salud de Chile. (2019). *Recomendaciones para la Prevención de la Conducta Suicida en Establecimientos Educativos.* Programa Nacional de Prevención de Suicidio. Minsal.
- Norcross, J. C. y Lambert, M J. (2019). Evidence- Based psychotherapy relationships: the third task force. En J.C. Norcross y J.M. Lambert (Eds.) *Psychotherapy relationships that work volumen 1: Evidence-Based Therapist contribution* (3ª ed.) (pp.1-23). Oxford University Press.
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2018). Psychotherapy relationships that work III. *Psychotherapy*, 55(4), 303-315. <https://doi.org/10.1037/pst0000193>.
- Núñez, C. (2018). *Evaluación psicométrica de la suicidalidad.* En A. Gómez, H. Silva y R. Amon (Comp.), *El suicidio. Teoría y Clínica* (pp. 44-53) Mediterráneo.
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Guía de bolsillo de la Clasificación CIE-10. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento.* Médica Panamericana.
- Rogers, C. y Kinget, M. (1971). *Psicoterapia y Relaciones Humanas: Teoría y práctica de la terapia no directiva.* Alfaguara.
- Selekman, M. (1996). *Abrir caminos para el cambio: Soluciones de terapia breve para adolescentes con problemas.* Gedisa.
- Sluzki, C. (1998). *La Red Social: Frontera de la Práctica Sistémica.* Gedisa.
- Tallman, K., y Bohart, A. C. (1999). The Client as a Common Factor: Clients as Self-Healers. En M. A. Hubble, B.L. Duncan, y S. D. Miller (Eds.), *The Heart & Soul of Change: What Works in Therapy* (pp. 91-131). American Psychological Association.

- Tomicic, A., Gálvez, C., Quiroz, C., Martínez, C., Fontbona, J., Rodríguez, J. et al. (2016). Suicidio en poblaciones lesbiana, gay, bisexual y trans: Revisión sistemática de una década de investigación (2004-2014). *Revista Médica de Chile*, 144(6), 723-733. https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S003498872016000600006&script=sci_arttext&tlng=en.
- Wampold, B. (2015) ¿Cuán importantes son los factores comunes en psicoterapia? Una actualización. *World Psychiatry (Edición en español)*, 13(3), 270-277.
- Watzlawick P., Bavelas J. y Jackson D. (1981) *Teoría de la comunicación Humana: Interacciones, patologías y paradojas*. Herder.

VII

PREVENCIÓN Y ABORDAJE DEL CONSUMO DE DROGAS EN ADOLESCENTES: INTERVENCIÓN MOTIVACIONAL BREVE EN CONTEXTOS EDUCATIVOS

Javiera González-Araya
Claudio Rojas-Jara

INTRODUCCIÓN

Actualmente en Chile el consumo de drogas ha ido tomando mayor relevancia debido a sus altos índices en poblaciones cada vez menores y por ser un tema de gran debate. Debido a esto, el sistema de salud pública chileno propone la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020, incluyendo como una de sus metas el reducir la “discapacidad” asociada a trastornos mentales, entre ellos, aquellos debido al consumo de sustancias, tornándose relevante el generar estrategias de detección e intervención en el área (Ministerio de Salud [MINSAL], 2015). Por su parte, el Décimo Segundo Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar refiere que el consumo en esta población se ha visto notoriamente incrementado (SENDA, 2017). En consideración a estos antecedentes, se torna relevante para los profesionales que intervienen con adolescentes la construcción de espacios que se ajusten a las características generales propias de esta etapa, su contexto y variables subjetivas, tanto en el ámbito de la prevención como del tratamiento.

USO DE DROGAS Y ADOLESCENCIA

La adolescencia se define como una etapa en la que el ser humano adquiere crecimiento o maduración (Rojas-Jara, 2016). Si

bien existe discrepancia en el tramo de edades que determinan esta etapa, y solo para fines de este capítulo, consideraremos la adolescencia como el periodo que transcurre entre los 10 a 19 años de edad, donde se producen importantes cambios, ya sea, en fortalezas para la vida o un momento vital en la cual pueden aumentar los riesgos para la salud (MINSAL, 2015). Dichos cambios, se explican desde tres puntos: el *biológico*, donde el individuo transita desde la aparición inicial de las características sexuales, hasta la madurez sexual; *psicológicos*, donde existen procesos a nivel psíquico del individuo, donde las formas de identificación evolucionan desde la niñez a la adultez y, *sociales*, de un punto de vista económico, en el tránsito desde un estado de dependencia socioeconómica total a una relativa independencia (CONACE, 2010). Por otra parte, es importante considerar que la adolescencia tiene sus particularidades de acuerdo a cada sociedad y momento histórico, ligado a un factor cultural, por lo que no se habla de un solo tipo de adolescencia, sino al contrario, se está frente a diversos tipos de adolescencias y formas de ser adolescentes (Arbex, 2002; Rojas-Jara, 2016).

Durante este periodo percibido culturalmente como una etapa compleja, por los importantes cambios que le caracterizan, los individuos están expuestos a diversos cambios (no solo biológicos), nuevos contextos e incipientes desafíos (tanto sociales como emocionales) donde sentimientos de invulnerabilidad y omnipotencia, sumados a la creciente influencia de los pares, pueden aumentar los riesgos a diversas conductas problemáticas como el consumo de drogas (Hidalgo y Júdez, 2007). No obstante, la adolescencia también es considerada una etapa oportuna para el cambio y el mantenimiento de conductas positivas de autocuidado (MINSAL, 2015).

Los adolescentes presentarían ciertas características comunes en relación a los cambios biológicos, emocionales, cognitivos y sociales que atraviesan, dentro de ellos se reconocen la búsqueda de la identidad, la autonomía personal y la integración a grupos sociales (Caravaca, 2015; Zumba, 2018). Algunos

factores comunes que podrían aumentar la vulnerabilidad de los adolescentes en este periodo son (Arbex, 2002):

- *Necesidad de reafirmación*, ligado a la progresiva creación de una identidad personal definitiva, donde la autoimagen y la percepción del entorno alcanzan mayor énfasis.
- *Necesidad de transgresión*, asociado al cuestionamiento de las normas sociales establecidas y la clara persecución de un marco regulatorio propio.
- *Necesidad de conformidad intragrupo*, donde el grupo de pares comienza a ser fundamental en la vida de los adolescentes, transformándose en un “refugio” y separación distintiva del contexto adulto.
- *Sensación de invulnerabilidad*, en que los adolescentes tienden a pensar que sus experiencias son únicas, aumentando la sensación de ser “inmunes” al riesgo (sin consecuencias negativas).
- *El rechazo a la ayuda del adulto*, haciendo referencia a la necesidad creciente de autonomía e independencia que experimenta el adolescente (y su necesidad de diferenciarse del mundo adulto).
- *Susceptibilidad frente a las presiones del entorno*, los adolescentes se vuelven más susceptibles a las múltiples influencias sociales (desde los pares hasta la publicidad).

Cada una de estas características podría ser un factor de riesgo frente al consumo de drogas. Estas pueden ser definidas como cualquier sustancia natural o sintética que al ser introducida en el organismo es capaz, por sus efectos en el sistema nervioso central de alterar y/o modificar la actividad psíquica, emocional y su funcionamiento (Cárdenas & Sierra, 2017), cuyo uso se asocia a una función atribuida subjetivamente y su severidad al grado de vinculación de la persona con la droga (Rojas-Jara, 2015).

INTERVENCIÓN MOTIVACIONAL Y CONSUMO DE DROGAS EN ADOLESCENTES

Al hablar del consumo de drogas, y de las teorías que lo explican, surge un nuevo concepto asociado: el cambio. Inicialmente, es importante comprender que la motivación al cambio no es una condición estática sino más bien un estado de disponibilidad o deseo de cambiar, el que puede fluctuar de una situación a otra, donde dicho estado podría verse influenciado por diversos factores lo que implica un proceso variable que involucra tareas variadas y específicas (Rojas-Jara, 2018).

El modelo transteórico diferencia el cambio de las conductas adictivas detallando niveles (donde intervenir), procesos (que lo provocan), y estadios (que lo caracterizan) (Prochaska & DiClemente, 1984). Este modelo sustenta y permite comprender los comportamientos del consumo de drogas, las debilidades de los individuos para abandonar conductas de riesgo para la salud y reconocer momentos de disposición o motivación para cambiar. Dichos momentos de cambio, expresados como estadios, siguen un patrón que puede volver y avanzar, detenerse y continuar (Rojas-Jara, 2018).

Son características propias de los estadios del cambio (Prochaska et al., 1992):

a) *Pre-contemplación*, las personas no tienen una intención real de cambiar, pues niegan tener algún problema; así el problema es visualizado como externo, por lo que, si hay tratamiento, es por presión del entorno; 2) *Contemplación*, las personas en esta etapa reconocen que tienen un problema aunque no necesariamente implica que deseen resolverlo (ambivalencia); 3) *Preparación*, la mayoría de las personas que transitan por esta etapa están planeando tomar alguna acción determinada en el corto plazo (se comienza a visualizar una acción), y hacen ajustes finales antes de comenzar a cambiar su comportamiento; 4) *Acción*, las personas comienzan a ejecutar las acciones que han preparado, con el fin de superar su problema. En esta

etapa se comienza a visualizar un cambio real; 5) *Mantenimiento*, esta etapa se desarrolla cuando se estabiliza el cambio y su desafío reside en prevenir una eventual recaída. Una tarea para el interventor es reconocer situaciones de riesgo y proveer al paciente de alternativas de acción para su afronte.

Una intervención con adolescentes requiere una distinción de los motivos que les impulsan al uso de drogas. Al respecto, inicialmente los adolescentes se aproximarían al uso de drogas por curiosidad (exploración) y luego por placer (goce) (MINSAL, 2015). Un tercer motivo sería el soporte artificial que las drogas les proveen, es decir, refiere a adolescentes que, en su vida personal, en sus actividades cotidianas o en sus propias reflexiones, no encuentran los medios para sobrellevar la cotidianeidad y lo hacen mediante sustancias que facilitan dicho propósito (Maturana, 2011). De este modo, incentivar el cambio en el comportamiento de consumo de drogas en adolescentes resulta un importante desafío pues implica considerar variables biológicas, psicológicas y sociales. Además, se debe conceptualizar el cambio como un proceso en el cual la disposición motivacional del adolescente mutará de manera regular conforme a sus intereses y objetivos, como también del tipo de vínculo que el adolescente mantenga con las drogas. Bajo esta premisa, toda intervención motivacional con adolescentes requiere de acciones diferenciadas de acuerdo a su capacidad de respuesta motivacional (disposición y estadios) y el nivel de riesgo detectado (bajo, mediano o alto).

INTERVENCIÓN MOTIVACIONAL BREVE CON ADOLESCENTES: UNA EXPERIENCIA PRÁCTICA

Durante el año 2018 se efectuó una intervención motivacional con adolescentes del Liceo Agrícola San José de Duao, ubicado en la comuna de Maule, Séptima Región-Chile, con la finalidad de prevenir el consumo de drogas. Inicialmente se realizó un

tamizaje del consumo a través del instrumento CRAFFT¹ que determinó los niveles de riesgo (bajo, medio, alto) para caracterizar la población objetivo, y en base a sus resultados se diseñó una intervención motivacional diferenciada para cada tipo de riesgo detectado. Para abordar de manera específica cada nivel de riesgo en los adolescentes se utilizó el manual de intervención motivacional para el consumo problemático de drogas de Rojas-Jara (2018) que utiliza cinco sesiones con el objetivo de aumentar su disposición al cambio.²

La intervención fue desarrollada con 195 adolescentes escolarizados, con edades que fluctuaron entre los 14 y los 18 años. Según un análisis por sexo, el 16 % era femenino (n = 31), y el 84 % (n = 164) masculino. Los resultados del tamizaje de riesgo obtenido con el instrumento CRAFFT evidenció que el 54% alcanzó nivel bajo (n = 105), 23% un nivel medio (n = 45), y 23 % un nivel alto (n = 45).

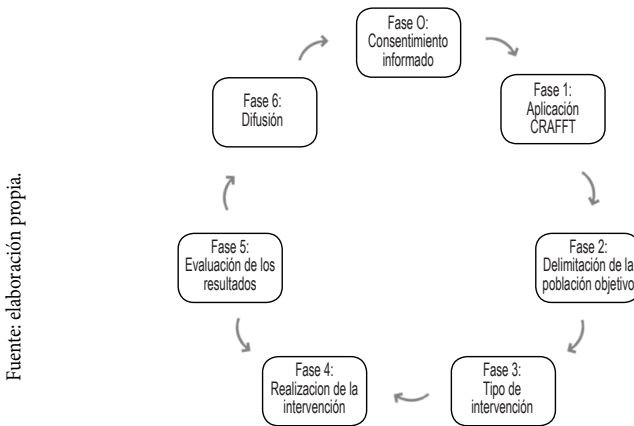
Con base a estos resultados previos, la intervención motivacional se estructuró a través de seis fases (ver figura 1), considerando una fase cero que consistió en la firma de un consentimiento informado por parte del adulto responsable de los adolescentes que voluntariamente aceptaron participar.

1. CRAFFT es una herramienta de tamizaje simple que es recomendada por el Comité sobre Abuso de Sustancias de la Academia Americana de Psiquiatría, para la detección del riesgo por consumo de alcohol u otras drogas en adolescentes y jóvenes. Este instrumento consiste en seis preguntas de respuesta simple (Sí o No) y forma parte de las Orientaciones Técnicas para la detección, intervención motivacional y referencia a tratamiento para el consumo de alcohol y otras drogas en adolescentes del SENDA (2015).

2. Este manual consta de cinco sesiones prácticas de intervención motivacional breve dirigida a personas con uso problemático de drogas. Su objetivo central se dirige hacia el aumento de la disposición al cambio de la conducta problema a través de sesiones dirigidas hacia la generación de vínculo, el reconocimiento de valores personales, la revisión del historial de la conducta problema, la identificación de las figuras significativas, la detección de riesgo y protección en sus redes sociales próximas, la ponderación de costes y beneficios del cambio y no cambio, y la toma de decisiones (Rojas-Jara, 2018). Este manual se puede descargar de manera gratuita en: <https://www.claudiorojas-jara.com/pie-motivacional>

La primera fase implicó el *tamizaje y diagnóstico* previamente descrito. La segunda fase correspondió a la *diferenciación de la población objetivo según el nivel de riesgo detectado*. La tercera fase consistió en *definir la intervención apropiada según el nivel riesgo*, usando el manual de Rojas-Jara (2018), donde el nivel bajo se abordaría por medio de una sesión psicoeducativa, el nivel medio a través de dos sesiones, y el nivel alto con cinco sesiones.³ La cuarta fase fue la *ejecución efectiva de la intervención diferenciada*. La quinta fase se dirigió a la *evaluación de los resultados de la intervención propuesta* para los tres grupos definidos según nivel de riesgo. La sexta, y última fase, correspondió a la *difusión de los resultados obtenidos con la comunidad escolar*, dando énfasis al modelo de intervención utilizado y ofreciendo una sistematización de la experiencia.

Figura 1. Fases de la intervención motivacional



3. En coincidencia con las sugerencias de acción que refiere el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol donde plantea que a) un riesgo bajo requiere una intervención mínima en donde se realice un refuerzo preventivo; b) un riesgo intermedio implica una intervención motivacional e implementar estrategias de motivación y cambio con hasta dos sesiones; y c) un riesgo alto que incluya la implementación de estrategias de motivación para el cambio y un posible tratamiento, con hasta cuatro sesiones (SENDA, 2015).

1. IMPLEMENTACIÓN SESIÓN A SESIÓN: DESCRIPCIÓN GENERAL

Al inicio de cada intervención (ya sea de nivel de riesgo bajo, medio o alto) se realizó un encuadre, explicando la modalidad de trabajo, horarios, algunos compromisos hacia el taller además de una breve presentación de cada uno de los participantes.

Sesión 1: La primera sesión se implementó en base a la actividad de **Vinculación y valores** presente en el manual Pie Motivacional, cada participante debía analizar y rescatar los valores principales que lo definen o identifican como persona. Para facilitar el reconocimiento se entregó cartas con valores identificables, tales como: familia, amistad, humildad, hacer bien las cosas, sentido del humor, etc. Al finalizar la sesión se aplicó la Medida Escalar Agregada del Cambio (instrumento utilizado para medir el impacto pre y post intervención).

Sesión 2: La segunda sesión se orientó en abordar, a través del diálogo, cómo los participantes evalúan **La conducta problema** (en este caso, el uso de drogas), entendiendo el desarrollo, las características y la función de la misma de manera amplia, abierta, respetuosa y sin emitir juicios de valor. Posterior a ello, se entregó una hoja en blanco a cada participante donde podían plasmar lo analizado previamente, explorando sobre las sustancias consumidas, edad de inicio, frecuencia, intensidad, motivaciones o consecuencias asociadas. Cada participante eligió la forma ya sea escrita, por medio de dibujos, etc.

Sesión 3: La tercera sesión utilizó la hoja de trabajo **Yo manejo**, incluida en el manual Pie Motivacional, para reconocer las personas significativas que cada adolescente reconoce en su vida, de manera que en un futuro puedan actuar como agentes facilitadores del cambio. La actividad consistió en entregar a cada estudiante una hoja con un automóvil, en él debían ubicar a las personas significativas que incluiría en un “viaje especial”, cada uno realizó la reflexión con los ojos cerrados, para luego

traspasarla en una hoja de trabajo. En una segunda parte de la sesión, se entregó una segunda hoja de trabajo, **Mi mapa social**, en la cual se planteó a los estudiantes la posibilidad de representar gráficamente a aquellas personas que se encuentran en su contexto más próximo, reconociendo aquellos que funcionan como factores protectores o de riesgo frente a la conducta problema (explicando previamente ambos conceptos).

Sesión 4: La cuarta sesión se dirigió hacia el **Balance decisional** en la que cada participante debe evaluar las ganancias y pérdidas de mantener o cambiar la conducta problema. Esta sesión integra los contenidos que derivan de las sesiones anteriores como una forma de dar peso y valor a la información rescatada anteriormente para inclinar la balanza hacia el cambio.

Sesión 5: La última sesión busca generar un análisis de las sesiones previas y otorgar un espacio para la **Toma de decisiones** sobre la conducta de riesgo abordada. Cada estudiante recibió una bitácora personal en la que se encontraba todo lo abordado durante la intervención (cada actividad o técnica desarrollada junto a sus productos) de manera que pudiera tener, observar y comparar sus aportes durante el proceso. Por otra parte, se realizó la segunda Medida Escalar Agregada del Cambio. Finalmente, se le entregó a cada estudiante un diploma de honor en reconocimiento a su participación en cada sesión dentro de la intervención.

a) Intervención motivacional breve: nivel de riesgo alto

El nivel de riesgo alto fue detectado en 45 estudiantes. Inicialmente este grupo fue dividido para un trabajo más efectivo (uno de 23 y otro de 22 participantes). Las cinco sesiones fueron realizadas una vez por semana, iniciando ambos grupos durante el mismo periodo, en diferentes horarios (mañana y tarde). Por actividades curriculares específicas del establecimiento educacional, la composición del grupo de alto riesgo se redujo a 35 estudiantes (creándose ahora un grupo de 10 y otro de 25 participantes). Cada sesión se realizó ubicando a todos

los participantes (incluyendo el interventor) de manera circular para favorecer el contacto visual y una comunicación más fluida.

b) Intervención motivacional breve: nivel de riesgo medio

El nivel de riesgo medio fue detectado en 45 estudiantes. No obstante, por motivos externos, uno de los estudiantes no participó y la composición de este grupo se redujo a 44 participantes. Para fines de la intervención motivacional fueron divididos en dos grupos de 22 personas cada uno. Se aplicaron dos sesiones: la número 1 (vinculación y valores) y número 4 (balance decisional) de la descripción general de la intervención.

c) Intervención motivacional para nivel de riesgo bajo

Se aplica una sesión única de psicoeducación. Se implementó por medio de una exposición audiovisual en formato Power Point. En ella se abordaron las siguientes temáticas: definición de conceptos claves (consumo, drogas, tipos de consumo, tipos de drogas, compromiso biopsicosocial, factores de riesgo y de protección). Por medio del uso de material audiovisual se complementaron estos contenidos. Para finalizar, se realizó un conversatorio en el que cada estudiante expuso sus dudas frente a la temática, experiencias propias de consumo o de algún cercano, posibles consecuencias que ya hayan experimentado, entre otros elementos.

2. EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN

La evaluación decisional (pre y post intervención) hacia el cambio se estableció por la Medida Escalar Agregada del Cambio que consta de dos preguntas que pueden ser contestadas desde 0 (nada) hasta 10 (extremadamente):

Pregunta 1: ¿Qué tan importante es para ti poder cambiar la conducta?

Pregunta 2: ¿Qué tanta confianza sientes que puedas cambiar la conducta si lo decides?

La primera pregunta se orienta hacia el reconocimiento de la disposición a cambiar de los sujetos, mientras que la segunda se dirige a evaluar la percepción de autoeficacia para el cambio. Los resultados en los grupos de niveles de riesgo alto y medio fueron los siguientes:

2.1. INTERVENCIÓN MOTIVACIONAL BREVE:

GRUPO RIESGO ALTO

En relación a la pregunta 1: ¿Qué tan importante es para ti poder cambiar? Se evidencia que el 85,71 % de los participantes ($n = 30$) logró movilizarse en al menos un punto en positivo de la escala decisonal, evidenciando un aumento en su disponibilidad hacia el cambio. Con respecto a la pregunta 2: ¿Qué tanta confianza sientes que puedas cambiar la conducta si lo decides? El 65,71 % de los participantes ($n = 23$) lograron movilizarse en positivo de la escala de decisión, mostrándose más seguros y eficaces de lograr un cambio si se lo propusieran.

2.2. INTERVENCIÓN MOTIVACIONAL BREVE:

GRUPO RIESGO MEDIO

En relación a la pregunta 1: ¿Qué tan importante es para ti poder cambiar? El 72% de los participantes ($n = 32$) lograron movilizarse al menos 1 punto en positivo de la escala decisonal, mostrando un aumento en su disponibilidad hacia el cambio. Con respecto a la pregunta 2: ¿Qué tanta confianza sientes que puedas cambiar la conducta si lo decides? 56,51% de los participantes ($n = 25$) lograron movilizarse en positivo de la escala de decisión, mostrando mayor seguridad y eficacia de lograr un cambio.

DISCUSIÓN FINAL Y CONCLUSIONES GENERALES

El objetivo de la intervención propuesta era prevenir el consumo problemático de drogas de los estudiantes del Liceo Agrícola San José de Duao a través de una acción motivacional basada en el manual “Pie Motivacional” de Rojas-Jara (2018).

Como se evidenció en los resultados, más del 60% de los participantes de esta intervención motivacional breve (tanto en el grupo de alto como mediano riesgo) presentaron una movilización de su puntuación inicial a la final en la Medida Escalar Agregada del Cambio en una dirección positiva, dando cuenta de un aumento en su disponibilidad al cambio. Los resultados de la intervención concuerdan con la literatura sobre la intervención motivacional basado en el modelo transteórico del cambio presentando resultados significativos en la dirección positiva (McWhirte et al., 2002), ya que la mayor parte de la población objetivo logró incrementar su disposición hacia el cambio pasando de la precontemplación a la contemplación.

Se reconocen como fortalezas de esta intervención el uso de técnicas que favorecen la vinculación y el análisis de la conducta de consumo en paralelo, evitando la elaboración de resistencias o defensas en torno a un fenómeno que provoca naturalmente polarización (desde la apología al consumo hasta la estigmatización del consumidor). La consideración de características propias de la adolescencia en las actividades propuestas facilita la asimilación y acceso a contenidos por parte de la población joven, facilitado también por medio de estrategias lúdicas y dinámicas.

La principal limitación observada consiste en la disponibilidad de tiempo que se permite por parte de las instituciones educativas para que sus estudiantes participen en intervenciones de este tipo. Si bien los objetivos planteados por la intervención motivacional se cumplieron en general, es importante considerar para aplicaciones posteriores el aumento del tiempo destinado con los niveles de riesgo bajo (una sesión), e interme-

dio (dos sesiones), para potenciar aún más la reflexión, interiorización y análisis por los participantes.

Se sugiere que los establecimientos educacionales puedan incluir en sus mallas curriculares tiempo estable destinado a la prevención o el trabajo de diversas temáticas o necesidades que surgen desde el ámbito de la salud mental.

Finalmente, debemos considerar que la intervención motivacional se trata de un punto de partida en la temática del consumo de drogas, pues prepara a las personas para evaluar, cuestionar, aceptar o refutar sus propios comportamientos, de manera que al momento de enfrentar una toma de decisiones (sobre si usar o no una droga, por ejemplo) se disponga de información honesta, amplia y veraz (nivel de riesgo bajo). Una intervención de este tipo también permite actuar sobre jóvenes que presentando ya un consumo de drogas puedan generar una modificación sobre él (nivel de riesgo medio) o acceder a un tratamiento más especializado, con una acción motivacional previa, que ofrezca un mejor pronóstico sobre su impacto y alcances (nivel de riesgo alto). Si entendemos la prevención como un acto necesario y planificado dentro de los contextos educativos, veremos en sus actividades y estrategias no un mero gasto de tiempo sino una inversión positiva en los procesos de enseñanza/aprendizaje donde el consumo de drogas aparece como amenaza regular para nuestros jóvenes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arbex, C. (2002). *Guía de intervención: menores y consumo de drogas*. ADES.
- Caravaca, J. (2015). Diálogos tempestivos: la adolescencia y las determinantes capitalistas involucradas en el consumo de drogas. *Revista de Ciencias Sociales*, 2(148), 13-23. <https://www.redalyc.org/pdf/153/15342284002.pdf>.

- Cárdenas, L., & Sierra, L. (2017). *Orientar y prevenir a las familias del barrio los sauces sobre el riesgo del consumo de sustancias psicoactivas, en el municipio de Chiquinquirá*. Chiquinquirá, Colombia: UNAD. Recuperado de: <https://repository.unad.edu.co/handle/10596/13153>
- CONACE (2010). *Drogas, Tratamiento y rehabilitación de niños, niñas y adolescentes. Orientaciones técnicas desde una mirada comprensiva evolutiva*. Gobierno de Chile.
- Hidalgo, M., & Júdez, J. (2007). Adolescencia de alto riesgo. Consumo de drogas y conductas delictivas. *Pediatría Integral*, 11(10), 895-910. <https://www.redalyc.org/pdf/2451/245122736003.pdf>.
- Maturana, A. (2011). Consumo de alcohol y drogas en adolescentes. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 22(1), 98-109. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(11\)70397-2](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(11)70397-2).
- MINSAL (2015). *Orientaciones técnicas para la detección, intervención motivacional y referencia a tratamiento para el consumo de alcohol y otras drogas en adolescentes*. Gobierno de Chile.
- McWhirter, P., Florenzano, R., & Soubllette, M. (2002). El modelo transteórico y su aplicación al tratamiento de adolescentes con problemas de abuso de drogas. *Adolescencia Latinoamericana*, 3(2). Recuperado de: <http://bibliodrogas.cl/biblioteca/documentos/R2091.pdf>.
- Prochaska, J., & DiClemente, C. (1984). *The transtheoretical approach*. Dow Jones.
- Prochaska, J., Norcross, J., & DiClemente, C. (1992). In search of how people change: applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 9(40), 1102-1114. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.47.9.1102>.
- Rojas-Jara, C. (2015). *Drogas: conceptos, miradas y experiencias*. UCM.
- Rojas-Jara, C. (2016). *Drogas: interpretaciones y abordajes desde la psicología*. UCM.
- Rojas-Jara, C. (2018). *Pie motivacional: intervención breve para*

el cambio en el uso problemático de drogas. Nueva Mirada Ediciones.

SENDA (2017). *Décimo segundo estudio nacional de consumo de drogas en la población escolar de Chile*. Gobierno de Chile.

Zumba, C. (2018). *Propuesta de prevención del consumo de drogas en adolescentes* (tesis de postgrado). Universidad Técnica de Machala, Machala, Ecuador.

VIII

EL ADOLESCENTE DESAFIANTE: LA IDENTIFICACIÓN EMPÁTICA SISTÉMICA ENTRE IGUALES ANTE LA EXCLUSIÓN FAMILIAR

Raúl Medina Centeno

INTRODUCCIÓN

Este trabajo tiene el objetivo de comprender la complejidad inter-sistémica de la adolescencia, con el fin de proveer conocimientos y recursos a la psicoterapia. Cuando los adolescentes se sienten rechazados en la familia, excluidos en la escuela y en otros espacios, tienen la capacidad de reorganizar sus vínculos. Esto significa que buscarán en su contexto cotidiano el amor que no tienen, encontrándose de frente con sus iguales. Esta breve investigación se enfoca en adolescentes “desafiantes” que son sistemáticamente descalificados y desconfirmados por su familia. La hipótesis es que ante la exclusión y el maltrato familiar, estos adolescentes se juntan con otros que viven condiciones parecidas. A esto le denominamos *identificación empática sistémica*. Estos se reconocen en su malestar generando un sistema socioemocional significativo cerrado con mayor poder que su propia familia. Se juntan para darse apoyo mutuo y comparten rituales que podrían poner en riesgo su salud y la vida. A esto lo consideramos como un tipo de “resistencia pasiva” para expresar su malestar sistémico. Se propone un modelo de intervención familiar basado principalmente en la alianza terapéutica con el adolescente con el fin de restaurar las relaciones familiares y el bienestar del adolescente. El objetivo último es ampliar la conciencia y propiciar su emancipación.

LA ADOLESCENCIA COMO FENÓMENO SOCIAL

Para trabajar clínicamente con adolescentes es necesario primero definir con claridad ¿qué es un adolescente? La investigación social señala que la adolescencia es un invento socio-cultural relativamente nuevo (Medina, 2018a), al igual que la infancia (Ariès, 1986, 1987; Cunningham, 1999; DeMause, 1991). Es decir, el vínculo biología y cultura ha generado un estado psicológico que hemos denominado adolescencia en los países occidentalizados. En otras épocas, la adolescencia simplemente no existía como hoy se expresa, el niño o la niña pasaban a ser adulto mediante el enfrentamiento a temprana edad de responsabilidades, como criar hijos/as y trabajar (Medina, 2018b). En la actualidad, existen diversos tipos de adolescentes dependiendo de sus condiciones materiales y socio-emocionales. Llamamos la atención aquellos adolescentes de larga duración de entre veinte y treinta años que son dependientes de su familia económica y psicológicamente. Este fenómeno se debe a varios factores:

1. La educación formal es de larga duración.
2. Pocas oportunidades de un trabajo bien remunerado a los recién egresados de las universidades.
3. La transformación de la mujer, en concreto la incursión de roles que solo eran exclusivos para los varones.
4. El trabajo precario, en muchos países para sobrevivir es necesario que trabajen ambos padres de tiempo completo.
5. Estos dos últimos puntos han generado cambios en los estilos de crianza, de los cuales sobresalen según Baumrind (1966), el autoritario, el permisivo, el democrático y el negligente.

Al respecto Melillo (2011), señala que en la actualidad “hay una contradicción entre la necesidad psicológica de independencia y las dificultades para instrumentar conductas au-

tónomas. Los problemas socioeconómicos han transformado a la adolescencia en una etapa cada vez más compleja y difícil de resolver, y esto obliga a los jóvenes a prolongar situaciones de dependencia respecto a los adultos, o a quedar abandonados a sus propias fuerzas” (p. 75).

CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS DEL ADOLESCENTE

Erikson (1989) señala que el adolescente está en busca de consolidación de su identidad e inicia la exploración de su intimidad. Por ello, el adolescente se caracteriza por ser hipersensible ante la mirada de los otros. Melillo (2011) agrega que la consolidación de la identidad -tener una autoimagen unificada de uno mismo- solo se puede dar en el contexto de la aprobación social, o mejor dicho se constituye con miradas hacia él o ella de reconocimiento cotidiano por sus grupos de pertenencia emocionalmente significativos. Es “por ello que el adolescente está muy atento a su cuerpo, a los estereotipos de belleza propios de su cultura y a la opinión de los demás sobre ellos” (p. 66). Melillo (2011) añade que la adolescencia se caracteriza por tener “una producción acelerada de nueva subjetividad” (p. 68); matizada por una reorganización y resignificación del sí mismo propiciada por el entorno cotidiano al que pertenece, y dependiente de los diversos contextos donde viva el o la adolescente se encontrará con desafíos, riesgos o recursos.

EL ADOLESCENTE Y SU FAMILIA

Hauser ([1991] citado por Florenzano y Valdés, 2011) clasifica a las familias de adolescentes como habilitadoras u obstaculizadoras, teniendo un rol fundamental en el desarrollo psico de sus hijos. Las familias habilitadoras promueven la aceptación y empatía con sus hijos, mientras que las familias obstaculizadoras tienen dificultad para expresar emociones y presentan patrones de descalificación y exclusión a sus hijos. Estos, con-

cluyen que “cuando hay presencia de factores de riesgo para el adolescente, la interacción familiar parecería funcionar como auxiliadora (habilitación cognitiva) y disminuir la posibilidad de que aquel incurra en las conductas de riesgo”. Sin embargo, Florenzano y Valdés (2011) añaden que “la familia tiene un rol crucial en la aparición de conductas de riesgo en niños, niñas y adolescentes” (p. 123).

En esa misma dirección, Neiva-Silva y Koller (2011) señalan también que no siempre la familia será el contexto más protector para el bienestar y desarrollo de los niños, niñas y adolescentes, ya que se puede dar dentro de un ambiente hostil o de alto riesgo físico o emocional. Aunque aclaran, que salir a la calle o establecer vínculos externos con sus compañeros y amigos pueden ser indicadores importantes de salud y resiliencia.

DINÁMICA FAMILIAR Y EL MALESTAR: EL CASO DEL ADOLESCENTE ANTISOCIAL O DESAFIANTE

Hasta aquí podríamos decir que sí existe un vínculo entre las relaciones familiares y la conducta de los adolescentes. Este trabajo se enfoca en adolescentes que denominan antisociales, aquellos que recurrentemente desafían las reglas de su entorno, sistémicamente son adolescentes que indirectamente desafían a la autoridad estricta parental. La pregunta es ¿cuál es la dinámica en que el adolescente se muestra desafiante ante su familia?

Cirillo et al., (1997) describen las conductas antisociales de los adolescentes como “la presencia significativa de actos provocadores y violentos como síntoma principal... van desde el fracaso escolar (como una forma de desafío a la institución), pasando por el vandalismo, la violencia de grupo, los robos hasta llegar al homicidio” (p. 30). Aclaran que este cuadro no se relaciona con jóvenes psicóticos, depresivos y adictos al alcohol o drogas. Por ejemplo, los síntomas de los jóvenes con adicciones son padres negligentes, es decir indiferentes, sin límites y reglas

claras y que los tienen en el olvido. Mientras que los adolescentes que tienen conductas antisociales, se relacionan con la crianza autoritaria. Un tipo de familia machista rígida, caracterizada con un padre dictador que aplasta a la esposa y rechaza activamente al hijo o hija, con descalificaciones –insultos a su persona- y desconfirmaciones, las necesidades del adolescente no son importantes y por lo tanto no son escuchadas.

Al respecto, Patterson (1982, 2002) señala que las prácticas de crianza coercitivas son un factor determinante en el comportamiento antisocial de los adolescentes. En ese mismo sentido y a partir del estudio realizado por Patterson (1982, 2000), Prinzie et al., (2004), concluyen que las prácticas parentales con características coercitivas y con disciplina imprudente se relacionan con problemas externalizantes en los hijos (agresividad, hiperactividad o delincuencia). En ese mismo sentido Iglesias y Romero (2009), refieren una relación entre este estilo y las alteraciones externalizantes. Es frecuente que cuando el control es muy severo los hijos terminen rebelándose ante sus padres, especialmente al principio de la adolescencia, momento en el que suelen buscar una mayor libertad y autonomía, mientras que sus padres y madres intentan seguir manteniendo un control estricto (Segura & Mesa, 2011, citados en Capano et al., 2016).

Según Cirillo et al. (1997), dicho desafío es un resentimiento dirigido principalmente al padre. Por eso concluyen que hay un vínculo entre rechazo del padre y conducta antisocial; rechazo y violencia paterna y de igual manera instigación materna. El perfil de estos padres implica una imposibilidad de experimentar experiencias de simpatía con sus hijos, debido a que la intimidad es una dimensión desconocida para ellos. Tienden a generalizar conductas relacionadas con su propia historia de vida. Por ejemplo, si el joven se va de antro a tomar con sus amigos los sábados, puede ser interpretado por el padre que es un alcohólico. Si la chica sale con el novio, cree que quedará embarazada, etc. Por otra parte, la percepción del adolescente

es que sus padres lo odian, se siente un estorbo. Esto puede culminar con la expulsión de la familia o la auto-expulsión siendo encarcelado por algún delito cometido.

Sobre el juego relacional familiar, según Cirillo et al. (1997) los padres son los que abiertamente triangulan, quienes acusan abierta y explícitamente a las madres de contradecir, de ir contra corriente de ser permisivas, de restar autoridad. Aquí es donde la complejidad se muestra, porque la permisividad de la madre se puede interpretar como un tipo de instigamiento que induce la madre con los hijos en contra del padre.

LA ADOLESCENCIA ENTRE LA FAMILIA Y SU GRUPO DE IGUALES DE PERTENENCIA

Ante lo dicho, para conocer y comprender a un adolescente, es necesario reconocer también sus grupos de pertenencia, más allá de la familia. Los y las adolescentes que se abren a otros grupos más allá de su familia de origen, experimentarán un nuevo mundo, establecerán nuevos lazos sociales, compartirán con otros tareas o juegos, creando condiciones para establecer vínculos, afinidad con algunos de sus pares o del barrio donde vive. Cuando se constituye un grupo afín, este “actúa como agente socializador, le permite al adolescente practicar conductas, habilidades y roles que contribuirán a la construcción de su identidad” (Melillo, 2011, p. 69).

Cyrulnik (2005) por su parte, señala que los adolescentes que viven problemas familiares, como maltrato, abuso, rechazo, exclusión, tienen la capacidad de reorganizar sus vínculos. Esto significa que buscarán en su contexto cotidiano el amor que no tienen en casa, encontrándose de frente con otras personas. Por una parte, los que tienen alrededor en su comunidad como la propia familia extensa, amigos de la familia, vecinos, maestros, etc., pudiendo encontrar un tutor –adulto- de resiliencia.

Para el adolescente, los conflictos domésticos y escolares no le impiden que establezca vínculos y apegos. Al respecto,

Melillo (2011) señala que esta fuerte necesidad de los adolescentes de tener un reconocimiento por parte de otro es lo que prima sobre cualquier consideración de valores en la constitución del grupo de pertenencia. Los adolescentes se fusionan con un grupo, especialmente con aquel que le puede dar ciertos rasgos de identidad.

Retomando de nuevo a Erikson (1974, 1989), señala que la adolescencia se caracteriza por el desafío psicosocial entre la identidad yoica con la confusión de roles, porque incorpora otros grupos de pertenencia -no familiares- emocionalmente significativos -amigos/as, compañeros/as -con quienes se identifica, comparte y a quienes les guarda lealtad y fidelidad.

LA IDENTIFICACIÓN EMPÁTICA SISTÉMICA ENTRE ADOLESCENTES

Cyrułnik (2005) señala que “la relación afectiva puede evolucionar si el medio ofrece la posibilidad de apaciguar las emociones y de implicar al adolescente en un proyecto de existencia” (p. 47). Cabe añadir que los proyectos de existencia pueden ser positivos o negativos. Y si los adolescentes viven en condiciones familiares parecidas -donde no se sienten nutridos emocionalmente-, se dará un tipo de identificación, reconocerán en el otro parte de su malestar, generando un sistema socioemocional significativo cerrado. Ante estas condiciones se explica el juntarse para darse apoyo, se constituirá un tipo de contexto que denominamos “identificación empática sistémica”.

Esta identificación está guiada por actos de simpatía y empatía. Para Sennett (2012) “tanto la simpatía como la empatía transmiten reconocimiento, y ambas se dan en un vínculo, pero una es un abrazo, mientras que la otra es un encuentro” (p. 40). Este encuentro entre los amigos/as es un tipo de identificación. En especial, la empatía conduce a los adolescentes a verse mutuamente en los incidentes más insignificantes y prestar atención a la otra persona en su particularidad. “Estos recurren

a la imaginación como la habilidad que hace posible pensar los detalles específicos de la experiencia de otro ser humano” (p. 39). El diálogo en este contexto se distingue en que el que escucha “tiene que salir fuera del sí mismo (se diluye en el otro y con el otro)” (p. 40). Es un ejercicio emocionalmente complejo donde la persona se siente mutuamente vista y oída.

En este ejercicio dialógico se da la relación nutricia, es decir, por un lado, sentirse aceptados, reconocidos, valorados y queridos (Linares, 1998, 2012, 2013); por el otro, según Sennett (2012), conduce a que el intercambio, los acuerdos, compromisos y al final, la cooperación, tengan mayor solidez.

Aquí es donde podemos observar una relación inter-contextual. En los adolescentes la identificación empática, es sistémica. El punto a observar es que la identificación empática de un adolescente con otro de sus iguales se da de manera cerrada, está significativamente guiada por la relación de rechazo o conflictiva que vive de parte de sus padres, familiares, escuela, clubes, etc. Es decir, el joven no se siente nutrido emocionalmente por su familia o grupos donde existen ciertas reglas, y además está matizado por el rechazo mediante insultos con un alto componente de insatisfacción de las expectativas parentales, escolares, o desconfirmación donde las necesidades del adolescente no son importantes. Ante este escenario es cuando los adolescentes se juntan; es curioso, existe una selección inconsciente, se detecta aquel que comparte tu malestar, que lo comprende porque lo vive también, y después se buscan para volverse a encontrar, y con ello se irá generando un círculo cerrado, íntimo, secreto, con altos niveles de lealtad. Se constituye un sistema paralelo a la familia con mayor poder emocional que el de su familia, una “identificación empática sistémica entre iguales”.

En este punto se puede establecer una pelea simétrica entre el adolescente y su familia, es decir, si la familia endurece el control matizado de descalificación recurrente hacia su persona y amigos, el adolescente se radicalizará también. Ejemplo de ello encontramos en las “tribus urbanas”, como la mara salva-

trucha, emos, darketos, pandilleros, punks, cholos, entre otros. Son grupos desafiantes ante cualquier autoridad. Se establece una lealtad de mutuo apoyo ante las adversidades cotidianas de la vida. Después de todo, ser malo es mejor que no saber quién se es, o someterse a los designios familiares.

El pacto entre adolescentes se sella mediante rituales empáticos que ponen en riesgo su salud o la vida tales como autolesiones, delinquir e incluso seguir un patrón que conduzca al suicidio, como *la Ballena Azul*. Estos rituales de identificación empática que utilizan los adolescentes son para unirse y resistirse, para expresar juntos su malestar sistémico.

LA IDENTIFICACIÓN EMPÁTICA SISTÉMICA ENTRE IGUALES COMO RECURSO PSICOTERAPÉUTICO

En el encuentro entre iguales, además de reconocerse en su malestar y carencia, al mismo tiempo ejercitan ciertos valores a observar: lealtad, fidelidad y confianza. La lealtad al grupo de iguales: amigos y compañeros, es de orden sistémico, es decir, es un juego relacional triangular entre la familia de origen y sus amigos. La lealtad en términos generales se define como la fidelidad y el honor a un grupo, implica cumplir con un grupo aun ante situaciones cambiantes o adversas. Lo contrario es la traición. En los adolescentes este valor se convierte en uno de los ejes de la amistad, sobre todo el guardar secretos ante los demás, en especial a la autoridad, incluida la familia. La lealtad en los adolescentes es uno de los pegamentos socioemocionales más potentes, que permite la constitución de un grupo en particular con necesidades e intereses distintivos.

Otra etapa que pasa el adolescente según Erikson, es la fidelidad. “Es la cualidad que consolida la identidad del adolescente, es cuando se haya un lugar en la propia comunidad, es fidelidad a una alteridad aceptada y aceptante” (p. 71). En otras palabras, es la capacidad del joven adulto a relacionarse con una diversidad de grupos, aceptándose y aceptando a los otros –el

amor de Maturana (1997), aceptar al otro como persona legítima igual que uno- es el inicio de la conversación con el otro, de la recurrencia en la interacción y del establecimiento del grupo.

La confianza es otro aspecto sustantivo que experimentan los adolescentes con sus iguales. La confianza en esta etapa de vida, según Soler (2015), es determinante para lograr relaciones estables y duraderas; y cumple una función dinamizante en la formación social y ciudadana. Al respecto Rua ([2003], citado por Bohórquez y Rodríguez, 2014), distingue dos tipos de amistades entre adolescentes basado en el nivel de intensidad de la relación: los amistosos y los íntimos. Estos últimos son los que contienen un alto nivel de intimidad y confianza. Estos dos aspectos se inter-relacionan, ya que la intimidad al expresarse de manera física y emocional requiere de un alto grado de confianza, porque se deposita en el otro información significativa sobre el mismo o ella misma, que no se comparte con otras personas, incluso la propia familia. Se abre una canal de comunicación que antes no se tenía. En este vínculo de intimidad y confianza se entreteje la complicidad. Es ahí donde la amistad juega un papel importante para crear o destruir, dependiendo de la relación con la familia.

Ante esto, los grupos de pertenencias de adolescentes –a pesar de ser desafiantes- se pueden convertir en un recurso para trabajar en psicoterapia, ya que en su dinámica experimentan una serie de valores que giran en torno al reconocimiento mutuo.

RE-PENSANDO EL MALESTAR EN ADOLESCENTES: DE LA PSICOPATOLOGÍA A LA RESISTENCIA

Por lo regular, se interpreta que las conductas autodestructivas, desafiantes o antisociales de los adolescentes son actos irracionales y psicopatológicos; en cambio, desde este enfoque se visualizan como actos emocionalmente significativos y contienen siempre significado relacional.

Entendemos que la o el joven está resistiendo ante una si-

tuación relacional que interfiere en la consolidación de su identidad. “La propuesta es redefinir el síntoma como una resistencia, en el sentido político, donde existe una relación de poder entre dos o más personas, la resistencia es una manera de lucha ante el poder. En este sentido la resistencia la tomamos como metáfora de análisis e intervención, como expresión psicosocial de los adolescentes” (Medina, 2018a, p. 277).

Esta re-conceptualización redefine la psicopatología en adolescentes como si fuera un problema interno o de identidad a un tipo lucha contra la autoridad maltratante, en una estrategia para defenderse, “por lo tanto, la resistencia como metáfora guía (Linares, 1998), vista como acto psicosocial y por ende político, es de mayor utilidad para el trabajo en psicoterapia con adolescentes y no el etiquetado diagnóstico que tiene connotaciones negativas y sobre todo una etiología individual. Es por ello que redefinimos el malestar psicológico, como un tipo de resistencia, que desafía al contexto. La resistencia en adolescentes se define como “oposición velada que interfiere en la consolidación de su autonomía, la cual es vinculada a un juego familiar relacional” (Medina, 2108a, p.278).

El trabajo terapéutico con jóvenes es reconocer el contexto al que se resiste, los grupos que lo apoyan para resistirse con mayor contundencia y junto con él, explorar otras formas de resistirse -pasar de la resistencia pasiva a la resistencia activa-, donde el adolescente tenga mayor conciencia ante la situación y se empodere reconociéndose como un actor inteligente y emocionalmente sensible a su contexto familiar y de iguales.

METODOLOGÍA DE INTERVENCIÓN

Para el trabajo clínico es fundamental convocar en las primeras sesiones a toda la familia. En la primera y segunda sesión se explora el problema: genograma, motivo de consulta, creencias de cada miembro de la familia sobre el problema, se indaga sobre la parentalidad y la conyugalidad (Linares, 1989, 2012), se

intenta reconocer el origen y diversos contextos del problema (Medina, 2018b), se consensa el objetivo general del proceso terapéutico (Haley, 1980). Se trata de que ellos vean en su narrativa los patrones y estilo de vida que interfieren en la crianza.

Después se constituyen dos espacios terapéuticos: uno con los padres o tutores, y otro con el o la joven. Y al final volvemos a reunir a los padres o tutores y el o la joven. Con los padres se trabaja con su estilo de crianza, desde su análisis inter-generacional -reconocer patrones o explicaciones de su vivencia como hijo o hija-. También se analiza sus satisfacción conyugal, y todo lo que podría interferir con la parentalidad y una crianza eficaz. El objetivo es que se tenga conciencia de la complejidad sistémica de la crianza. En este espacio otro objetivo es que los padres establezcan una alianza parental enfocada a acercarse emocionalmente a su hijo o hija, reconociendo y validando sus necesidades.

Por otra parte, el espacio con el adolescente tiene el objetivo de que este exprese libremente sus pensamientos, emociones y podamos explorar juntos sus recursos y estrategias más eficaces para mostrar su resistencia, mediante una alianza terapéutica.

LA ALIANZA TERAPÉUTICA: EXPLORANDO LA RESISTENCIA PASIVA

1. El trabajo con el o la adolescente se enfoca primeramente en validar sus emociones y narrativa, tratarlo como una persona experta en su contexto. Se busca generar una alianza terapéutica con el fin de establecer un diálogo abierto (Seikkula y Arnkil, 2016), para lo cual es esencial no juzgarlos y sobre todo no establecer una relación de autoridad lineal que pueda ser interpretado por el adolescente como control. Para ello es necesario que el terapeuta converse, no como experto, sino como un profesional curioso que quiere conocer al joven, ante lo cual es fundamental preguntar

constantemente el sentido que le otorga el joven a su comportamiento desde una perspectiva contextualizada.

2. Después de constituir este diálogo, se analizan en conjunto las sesiones anteriores con toda la familia, con la finalidad de hacer visible el juego relacional donde está enredada/o (Selvini y otros, 1986, 1999). Aquí puede ser de utilidad las preguntas circulares: ¿crees que desafiar a la autoridad escolar es un mensaje para tu padre? Esta etapa del trabajo terapéutico tiene como objetivo que el adolescente comprenda la situación familiar recurrente en que está atrapado y de la que participa activamente, es decir, envolverlo con la epistemología sistémica.

3. En la segunda etapa se valida su estrategia, para sellar la alianza. Se le señala que lo que ha hecho hasta ahora tiene sentido, que el síntoma es un tipo de resistencia a dicho contexto recurrente, una estrategia para sofocar el malestar y una forma de defender su identidad. Se le reconoce la valentía de defender su intimidad e identidad ante los embates parentales.

4. Después de este acercamiento vincular entre terapeuta y adolescente, se analizan los efectos que ha tenido hasta este momento su estrategia -la resistencia- en su persona, con la escuela, sus amigos, su familia, el barrio, etc. Es decir, reconocer que su estrategia le ha generado más problemas, que no ha salido del enredo familiar, sino que se ha radicalizado el conflicto con sus padres y ha generado más intentos de control y maltrato poniendo en riesgo su identidad. Aquí sirve como método de conversación terapéutica las preguntas de influencia relativa (White y Epston, 1993) con el fin de que el joven evalúe los resultados de su estrategia de resistencia; por lo regular, se concluye que ha interferido en su vida e identidad. Aquí es donde la narrativa crítica se puede convertir en un recurso terapéutico (Medina, 2018a).

5. Después de hacer conciencia de los resultados de su

resistencia mediante el síntoma, de nuevo le preguntamos sobre sí mismo, su identidad, su forma de ser, lo que le gusta hacer, lo que le apasiona, lo que no le gusta, etc. En este punto es importante abrir el panorama más allá de la familia e integrar su grupo de pertenencia de iguales. En ese contexto, se sugiere reconocer y hablar de sus valores y sus sentimientos; por ejemplo, explorar la lealtad, solidaridad, confianza, principalmente aquellos que lo hacen sentir unido a los demás. Aquí es útil preguntar si alguien de sus amigos o amigas se preocupa por su bienestar, en qué situaciones se siente reconocido, si tiene un vínculo emocional fuerte con alguna persona en particular, qué es lo que más le gusta hacer, con quién, cuándo se ha sentido respetado y por quién, y después hacer que se defina como persona en una sola frase, etc. Antes de concluir, se le hace una devolución mediante una reflexión con el co-terapeuta donde se resaltan valores y emociones que lo hacen fuerte en el contexto del grupo de iguales. Por último, es importante reconocer que este grupo le ha ayudado a resistirse con mayor fuerza, pero sobre todo le ha permitido sentirse reconocido y valorado, y tratar de destacar los valores que los une. Esto sellará la alianza terapéutica para continuar dialogando abiertamente.

DE LA RESISTENCIA PASIVA A LA RESISTENCIA ACTIVA

6. Después de establecer una alianza terapéutica y haber reflexionado sobre las relaciones familiares y con sus amigos y reconocer las consecuencias de su resistencia, la siguiente etapa es explorar sus recursos, es decir, conversar si en algunas ocasiones, cuando se ha suscitado el problema familiar, se ha comportado de una manera distinta a su habitual resistencia, lo que White y Epston (1993) denominan “los eventos extraordinarios”, esto es, explorar éxitos únicos que el discurso dominante no reconoce y con ello recono-

cer que tiene varias estrategias para resistirse. Se trata de buscar en su propia historia de vida los recursos personales que le permitieron resolver un problema con su padre o madre, sin necesidad del síntoma. Analizar con detalle el contexto, circunstancia, actores, emociones, pensamientos, etc., que estuvieron presentes cuando él pudo manejar la situación ante las agresiones del padre o la madre. El objetivo de esta etapa es hacer visible que en su propia historia relacional ha sabido lidiar de otra manera con el problema y con consecuencias distintas a su persona. También le haremos saber que esta es otra estrategia que él ha usado, aunque no ha sido la más frecuente. La idea es empoderar sus acciones –no sus síntomas– ante el conflicto familiar.

7. Continuamos con la etapa de diseñar el futuro. Se le sigue señalando que ha sido muy valiente expresando su valor y resistencia para defenderse ante el maltrato. En esta etapa se invita al joven a que piense en otras estrategias para resistirse con el fin de alcanzar su autonomía. Es decir, el método es provocar al joven para que siga resistiéndose, sin embargo, el exhorto es que lo haga de otra forma que pueda generar mejores resultados. En otras palabras, se le da a entender que es necesario seguir resistiéndose, para diferenciarse y hacer respetar su identidad, aunque se requiere establecer otras maneras de mayor alcance y que estén dentro de su control. No se le indica como resistirse; ella o él debe reflexionar sobre ello y recurrir a sus propios recursos para defender lo que quiere lograr.

8. En las siguientes sesiones se analizan las estrategias que ha generado para enfrentar el problema. En esta etapa aunque lo intentado haya tenido resultados modestos, se le reconoce su inteligencia, porque lo que importa es que ya no se resista mediante el síntoma. Se conversa con detalle sobre sus logros, se revisan los posibles cambios en la relación con sus padres; en este caso, las preguntas de influencia relativa y conciencia (White y Epston, 1993) son

un buen soporte metodológico. El terapeuta empodera esta nueva narrativa, reconociendo emociones y pensamientos, en especial si experimentó otro tipo de poder ante su padre, madre o ambos, con mejores resultados que con la resistencia anterior. Y hacerle ver en todo momento que esta iniciativa de resistirse de otra manera, tiene mayor poder para defender su persona y lo que quiere hacer. A esto lo denominamos resistencia activa (Medina, 2018a).

9. Es necesario recordar que al mismo tiempo se está trabajando con los padres en otro espacio, con el objetivo de hacer una alianza parental, cambiar las formas de crianza, en particular, acercarse y acompañar a su hija o hijo. Con ello se está preparando un escenario de intersección que permita no solo cambiar el patrón y creencias familiares, sino reconocerse mutuamente desde otro paradigma.

10. El siguiente paso es convocar de nuevo a los padres o tutores y al joven. Trabajar juntos tres o cuatro sesiones más, cada mes o dos meses, para evaluar los cambios y fortalecer el acercamiento, el cuidado y el acompañamiento sin control por parte de los padres, y reconociéndolos ante este nuevo tipo de crianza. Y por otra parte, valorar en el joven su valentía y su inteligencia para defender su identidad, con otro tipo de resistencia no confrontativa. Con ello se inaugura otra etapa en la familia, dando la bienvenida a un joven adulto.

RESULTADOS

El modelo que se propone aquí se lleva a cabo en un promedio de 15 sesiones, atendiendo alternadamente a los padres y al hijo adolescente, generalmente por 30 minutos cada uno. Los resultados han sido alentadores: Por una parte, la o el joven genera una resistencia no desafiante. Los padres, por su parte, establecen una alianza parental en el reconocimiento de sus

limitaciones y retos para generar una crianza más efectiva en un clima emocional más tranquilo. Y con todo ello el síntoma desaparece.

CONCLUSIONES

1. Esta propuesta clínica no se enfoca en el síntoma, sino en las personas y sus necesidades, miedos y recursos.
2. El grupo de iguales de el o la joven son un recurso terapéutico para fortalecer su identidad e inteligencia.
3. El objetivo central es que el o la joven “expandan su consciencia” (Medina, 2018a):
 - Exploran los primeros comportamientos de adulto con alto nivel de intencionalidad, planeación e inteligencia que los lleva a ser más reflexivos sobre sí mismos y los otros.
 - Experimentan por primera vez un poder pragmático, utilizando otros recursos no confrontativos.
 - Se da cuenta que alrededor también existen personas como él, con miedos y necesidades.
 - Sabrá que el respeto a su persona tiene un vínculo directo con su manera de resolver los problemas y retos que enfrenta.
 - Esta mirada mutua de reconocimiento producirá un cambio cualitativo sistémico.
4. Ante todo esto, es importante evitar la etiquetación y la victimización de la adolescencia. Para fines clínicos es crucial asumirlos como adolescentes sobrevivientes activos pleiteando y negociando por un camino alternativo y viable para llegar a la vida adulta.

REFERENCIAS

- Ariès, P. (1986). La infancia. *Revista de Educación*, 281, 5-17.
- Ariès, P. (1987). *El niño y la vida familiar en el Antiguo Régimen*. Taurus.
- Bohórquez, C. y Rodríguez-Cárdenas, D.E. (2014). Percepción de amistad en adolescentes: el papel de las redes sociales. *Revista Colombiana de Psicología*, 23(2), 325-338. <https://www.redalyc.org/pdf/804/80434236007.pdf>.
- Baumrind, D. (1966). Effects of authoritative parental control on child behavior. *Child Development*, 37(4), 887-907. <https://doi.org/10.2307/1126611>.
- Cirillo, S. Rangone, G y Selvini, M. (1997). El subtipo “regular” de la familia del adolescente antisocial. *Redes. Revista de Psicoterapia Relacional e Intervenciones Sociales*, 2(1-3), 29-42. <http://www.redesdigital.com.mx/index.php/redes/article/view/146>.
- Cunningham, H (1999). Los hijos de los pobres. La imagen de la infancia desde el siglo XVII. El derecho a tener derecho. *Infancia, Derecho y Políticas Sociales en América Latina. Volumen 2* (pp. 251-266). UNICEF.
- Cyrulnik, B. (2005). *El amor que nos cura*. Gedisa.
- DeMause, L. L. (1991). *Historia de la infancia*. Alianza Universidad.
- Erikson, E. H. (1989). *Sociedad y adolescencia*. Siglo XXI.
- Erikson, E. H. (1974). *Identidad, juventud y crisis*. Paidós.
- Florenzano, R. y Valdés, M. (2011). Estilo de interacción familiar y desarrollo yoico: Riesgo psicosocial y resiliencia en la adolescencia. En M. Mutis, E.N. Suárez, D. Krauskof y T.J. Silber (Eds.) *Adolescencia y Resiliencia* (pp. 123-137). Paidós.
- Iglesias, B. y Romero, E. (2009). Estilos parentales percibidos, psicopatología y personalidad en la adolescencia. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 14(2), 63-77. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.14.num.2.2009.4067>.

- Haley, J. (1980). *Terapia para resolver problemas*. Amorrortu.
- Hochschild, A.R. y Machung, A. (1989). *The Second Shift: Working parents and the revolution at home*. Viking Penguin.
- Linares, J. L. (1998). *Identidad y narrativa*. Paidós.
- Linares, J. L. (2012). *Terapia Familiar Ultramoderna: la inteligencia terapéutica*. Herder.
- Linares, J. L. (2013). Pasos para una psicopatología Relacional. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, S (2), pp. 119-146. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmexinvpsi/mip-2013/mip132b.pdf>.
- Maturana, H. (1997). *Emociones y lenguaje en educación y política*. Dolmen y Granica.
- Medina, R. (2018a). *Cambios Modestos Grandes Revoluciones. Terapia Familiar Crítica*. Imagia Comunicación.
- Medina, R. (2018b). Intercontextos de la depresión infantil. *Revista Brasileña de la Terapia Familiar*, 7(1), 90-111. <http://abratef.org.br/2019/wp-content/uploads/2019/09/Revista-Vol7.pdf>.
- Melillo, A. (2011). El desarrollo psicológico del adolescente y la resiliencia. En M. Mutis, E.N. Suárez, D. Krauskof y T.J. Silber (Eds.), *Adolescencia y Resiliencia* (pp. 61-79). Paidós.
- Neiva-Silva, L y Koller, S.H. (2011). El proceso de resiliencia en adolescentes en situaciones de calle. En M. Mutis, E.N. Suárez, D. Krauskof y T.J. Silber (Eds.), *Adolescencia y Resiliencia* (pp. 241-257). Paidós.
- Patterson, G. R. (2002). The early developmental of coercitive family process. En J. B. Reid, G. R. Patterson y J. Snyder (Eds.), *Antisocial behavior in children and adolescents: Developmental theories and models for intervention* (pp. 25-44). American Psychological Association.
- Prinz, P., Onghena, P., Hellinckx, W., Grietens, H., Ghesquière, P. & Colpin, H. (2004). Parents and Child Personality Characteristics as Predictors of Negative Discipline

- and Externalizing Problem Behavior in Children. *European Journal of Personality*, 18, 73-102. <https://doi.org/10.1002/per.501>.
- Seikkula, J. y Arnkil, T. (2016). *Diálogos terapéuticos en la red social*. Herder.
- Selvini, M., Boscolo, L. Cecchin, G. y Prata, G. (1986). *Paradoja y contraparadoja: un nuevo modelo en la terapia familiar de transición esquizofrénica*. Paidós.
- Selvini, M., Cirillo, S., Selvini, M. y Sorrentino, A.M. (1999). *Muchachas anoréxicas y bulímicas*. Paidós.
- Sennett, R. (2012). *Juntos. Rituales, placeres y política de cooperación*. Anagrama.
- Soler, A. (2015). La confianza de los adolescentes escolarizados en las redes sociales virtuales. *Revista: Praxis.Saber*, 7(15), 231-246. <https://doi.org/10.19053/22160159.v7.n15.2016.5734>.
- White, M. y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Paidós.

IX

INTERVENCIÓN CON ADOLESCENTES VÍCTIMAS DE MALTRATO Y ABUSO SEXUAL: REFLEXIONES SISTÉMICAS EN TORNO AL MALTRATO Y ABUSO

Pablo Arroyo Bascuñán

INTRODUCCIÓN

Lo primero que debemos saber al intervenir en un contexto de abuso sexual y maltrato, es que el ser víctima no es en sí misma una patología; sin embargo, estas vulneraciones generalmente producen daño psicológico, por lo cual se hace necesario el trabajo colaborativo entre terapeuta y persona afectada, para lidiar con estas consecuencias.

Para trabajar los síntomas y problemas derivados de la vulneración es necesario conocer el fenómeno, tener presente los marcos comprensivos y considerar en que áreas se da mayormente el impacto, manejando los posibles daños asociados.

El principal objetivo de la terapia será la resignificación de la experiencia de vulneración, permitiendo elaborar la vivencia e integrarla como una experiencia negativa, que si bien sucedió, no necesariamente define o marca la vida de los/las afectados/as. Para lograr la re-elaboración de la experiencia se hace necesario generar un ambiente de colaboración y confianza en donde se permita la exploración de relatos y jerarquización de dificultades; de este modo, el diálogo terapéutico permitirá el desarrollo de nuevos significados y soluciones.

La Terapia Sistémica Breve (TSB) es un modelo que permite acercarnos a este fin. Sus componentes, las terapias Centrada en la Solución, Estratégica y Narrativa, nos entregan una

guía para aportar al bienestar de las personas y a la resignificación de la experiencia.

Si bien las técnicas de la TSB nos permiten abordar las dificultades derivadas del daño asociado a la vulneración, su principal aporte se encuentra a nivel de principios los cuales nos permiten contar con diversas estrategias, utilizando todo lo que sirva para propiciar la protección, favorecer la resignificación y desarrollar los recursos de las víctimas y sus figuras de apoyo.

DINÁMICAS DE LA RELACIÓN ABUSIVA

Se denomina abuso sexual infanto-juvenil a todas las actividades sexuales ejercidas por adultos con niños, niñas o adolescentes (NNA), en donde la víctima es incapaz de comprender del todo el sentido de estas actividades, las cuales son impuestas bajo engaño, manipulación, persuasión o amenazas, y que el adulto utiliza para estimularse a sí mismo, al NNA o a un tercero; además, existe una notable diferencia de edad y/o existencia de una relación de poder o control (Intebi y Osnajansky, 2006).

A su vez, denominamos maltrato infanto-juvenil a todas las formas de maltrato físico y emocional, abuso sexual o trato negligente o a cualquier tipo de explotación comercial o de cualquier otra índole, que ocurren en contexto de relaciones de responsabilidad, confianza o poder y que resulte en daño real o potencial para la salud, la supervivencia, el desarrollo o la dignidad del NNA (Intebi y Osnajansky, 2006).

Existen algunos marcos comprensivos que nos permiten entender las dinámicas relacionales en los que se dan el maltrato y abuso. Por ejemplo, en ellos la figura agresora mayoritariamente es alguien cercano o que tiene acceso a la víctima, siendo rara vez un desconocido.

Revisaremos dos marcos que nos permiten comprender el carácter relacional de las dinámicas abusivas; el primero es el *triángulo de Ravazzolla* y el segundo las *fases del abuso sexual de Barudy*.

El triángulo de Ravazzolla

Desde una mirada sistémica, *El triángulo de Ravazzolla*, hace referencia a que al menos hay presencia de tres personas en la dinámica relacional abusiva, siendo representados por un triángulo, encontrándose en un vértice el abusador quien está en una posición de poder; en otro vértice se encuentra la víctima en una condición de dependencia, esta asimetría es la que impide detener al agresor; y en el último vértice se posiciona el o los terceros, que son todos aquellos en situación de enterarse y que podrían mantener o detener el abuso (Ravazzola, 1997, citado en Martínez, 2014). Estos últimos juegan un rol de espectador pasivo o un rol de agente de protección, el tercero es quien podría cuestionar la pauta relacional abusiva más fácilmente.

Las fases del abuso sexual de Barudy

Barudy entiende el abuso sexual mediante cinco fases. La primera fase es la de *seducción* en donde la figura agresora se vale de la asimetría en el poder y accede a los NNA mediante manipulación y engaños. Esto le permite pasar de forma paulatina a la fase de *interacción sexual* propiamente tal, en donde se lleva a cabo el abuso sexual. Seguidamente se inicia la fase de los *secretos* en donde se impone la ley del silencio y la víctima se adapta al abuso, no devela al encontrarse bajo amenaza, manipulación, chantaje, etc. La siguiente fase es la de *divulgación* que puede suceder de forma accidental o premeditada logrando la víctima develar la vulneración. Por último, se encuentra la fase *represiva* en donde se intenta silenciar al adolescente, buscando el sistema mantener su equilibrio, lo cual impacta negativamente en la víctima (Barudy, 1992).

IMPACTO DE LA VULNERACIÓN SEXUAL

Los malos tratos dejan secuelas en el desarrollo físico y emocional de las víctimas, incluyendo enfermedades, discapacida-

des, incremento en la posibilidad de victimización, tendencia a actuar agresivamente, depresión, ansiedad, baja autoestima, miedo, desconfianza, conductas agresivas, suicidio, entre otras (Intebi y Osnajanzky, 2006).

Dentro de los diversos impactos de la experiencia abusiva, nos encontramos también con las dinámicas traumatogénicas expuestas por Finkelhor y Browne (citados en Pool, 2006), quienes refieren cuatro posibles consecuencias del abuso en las víctimas:

- *Sexualización traumática*: proceso en que la sexualidad se conforma y desarrolla de forma inapropiada y disfuncional. Se producen repertorios inadecuados de conducta sexual.
- *Traición*: sentimiento que deviene por la transgresión de alguien en quien confiaba, se puede manifestar dolor y depresión por la pérdida de esta persona.
- *Indefensión*: se generan sensaciones de indefensión producto de los intentos frustrados por detener el abuso e incapacidad de generar protección.
- *Estigmatización*: se asocia al sentimiento de vergüenza y culpa, la víctima experimenta la sensación de estar marcada por el abuso.

REFLEXIONES SISTÉMICAS EN TORNO AL MALTRATO Y ABUSO

No hay nada más práctico que una buena teoría.

Kurt Lewin

La principal herramienta de intervención en maltrato y abuso sexual desde la terapia sistémica breve, es justamente el cómo se aprecian las dificultades y problemas desde esta mirada, siendo los principios de esta terapia más importantes que las técnicas a emplear. Es por esta razón que las reflexiones sistémicas en torno al maltrato y el abuso presentes en este escrito, se inspi-

ran en los principios propuestos en documentos clásicos de la terapia breve sistémica, titulado el primero de ellos, "Terapia Breve: Centrada en la resolución de problemas" (Weakland et al., 1974) y el segundo, "Terapia Breve: Centrada en el desarrollo de soluciones" (De Shazer et al., 1986).

Sabemos que el ser víctima de maltrato y/o abuso no es una patología, no obstante estas vulneraciones habitualmente generan daño psicológico, entendiéndose esto último como dificultades, problemas y síntomas derivados de estas experiencias traumáticas, que a la vez se reflejan en los relatos de las víctimas. Es por esta razón que el enfoque sistémico breve, con su mirada puesta en las dificultades, problemas, síntomas y relatos, favorecen la intervención en contexto de maltrato y abuso.

Lo primero que debemos mencionar es que la terapia estratégica breve está *orientada a los síntomas* que emergen de dificultades y problemas, en nuestro caso a síntomas que emergen de las experiencias de vulneración. Siendo así, nos disponemos a trabajar lo que trae el consultante y no a buscar raíces más profundas; esta postura favorece la intervención en contextos de vulneración, dado que muchas veces los consultantes no están dispuestos a hablar de abuso o maltrato debido al dolor que éste les genera, mostrando mayor disposición a expresarse en torno a sus efectos, evitando de este modo la revictimización. Trabajar lo que trae la persona favorece muchas veces la participación y la motivación con la terapia y el cambio, al ser una postura más respetuosa con el sentir de la víctima.

También debemos señalar que el cambio puede ser efectuado más fácilmente si la *meta es pequeña y claramente establecida*; si nos centramos en los síntomas y en lo que desea trabajar la persona, podemos generar experiencias positivas que nos lleven a más, jerarquizar problemas y dar pequeños pasos puede ser útil en los casos en los cuales el maltrato o el abuso sexual generan múltiples dificultades o también cuando se da en los contextos multiproblemáticos. Solo es necesario *un pequeño cambio*, podemos comenzar con *generar cambios en una parte*

del sistema que conduce a modificaciones en el sistema como un todo. Un buen ejemplo de esto es el trabajo con figuras significativas los cuales pueden generar avances en el adolescente, a pesar de que la intervención se efectúe con otra persona.

Un principio que es compartido por el modelo estratégico breve y el modelo breve centrado en solución, es que las dificultades son *problemas de interacción* y, en el contexto del abuso y el maltrato, claramente parte del problema se da en el nivel de la relación, primeramente de la relación abusiva con el agresor y eventualmente de la relación familiar en los casos en los cuales no hay credibilidad del relato o apoyo. Como sabemos el abuso y maltrato no son patologías, sino más bien sus efectos e impacto se desprenden de dicha interacción y contextos, los cuales deben ser interrumpidos y modificados respectivamente.

En contexto de maltrato y abuso sexual es de importancia la mirada en los extremos propuesta por Weakland y colaboradores, señalando que los problemas se pueden desarrollar *sobre-enfatizando o quitando énfasis* a las dificultades o a las experiencias, en nuestro caso es posible apreciar la postura de las víctimas que refieren *todo se acabó* (*sobre-enfatizar*) posterior a experimentar una vulneración o el otro extremo sería el pensar *aquí no ha pasado nada* (*quitar énfasis*) posterior a una vulneración. Ambas posturas pueden ser riesgosas y generar síntomas posteriores a las vivencias de maltrato y/o abuso.

Otro principio que favorece la intervención, es el que señala que la *solución intentada fallida intensifica la dificultad original*. Esto tiene que ver con el hecho de seguir utilizando las mismas estrategias una y otra vez; por ejemplo, en terapia de abuso es habitual escuchar la frase: *yo siempre intento olvidar pero no lo consigo*, siendo este intento fallido una solución que intensifica el sufrimiento debido a que una experiencia de abuso no se olvida tan fácilmente. Una solución alternativa sería el trabajar en sesión para que el impacto sea diferente, desde una perspectiva que incorpora la experiencia para conseguir relatos como: *esto sí me pasó, sin embargo no es culpa mía* o *esto me*

pasó pero no define quien soy. De este modo los problemas o síntomas de larga duración ya no son vistos como una cronicidad sino más bien como la *persistencia de una dificultad manejada de forma deficiente.*

Sumado a lo anterior señalar que la resolución de problemas también requiere de la *sustitución de pautas*, por lo cual se hace necesario identificar patrones mantenedores de los síntomas en cada caso en particular, debido a que el impacto del abuso o el maltrato es diferente en cada víctima, de este modo no hay una sola forma de intervenir en todos los casos, siendo necesario la flexibilidad y la creatividad. Desde el enfoque sistémico breve *se buscan los medios para promover un cambio que sí funcione* y en base a este principio utilizamos lo que sea necesario para favorecer el cambio en los consultantes.

La principal tarea desde la terapia breve centrada en soluciones, es trabajar en la dirección que las personas desean. Esta postura es favorable con adolescentes que no quieren expresarse en torno a su experiencia de vulneración de forma directa, pasando a posicionarlo en un futuro deseado.

Por otra parte, en cuanto a la noción de *resistencia* en terapia, hay que señalar que dentro de los programas que trabajan maltrato y abuso con adolescentes, muchas veces las personas no desean la ayuda terapéutica, posiblemente porque puede ser un problema estar obligado a asistir a un programa o la persona prefiere buscar ayuda en otra parte. Si bien es una postura de resistencia ante la intervención, se debe entender que la víctima y su familia han pasado por momentos difíciles, por lo que una actitud de comprensión y colaboración por parte del terapeuta podría contribuir a aumentar su motivación por el cambio.

De estas reflexiones podemos mencionar que es favorable en contexto de abuso y/o maltrato intervenir con un modelo terapéutico orientado a la resolución de los problemas y que considera que las dificultades que presentan las víctimas emergen de la interacción abusiva y del contexto. Somos conscientes que el daño genera pautas mantenedoras, por lo que nos

dedicamos a promover el cambio mediante la búsqueda de soluciones de forma flexible, mediante metas claras y pequeñas. Una terapia que busca que las personas hagan algo diferente y posicionarlas en un futuro deseado.

Sumado a lo anterior, debemos considerar que el modelo sistémico breve también incorpora las prácticas narrativas propuestas por Michael White y David Epston, las que favorecen la construcción de nuevos relatos, lo que permite complementar el trabajo terapéutico ya descrito, pues estas prácticas son útiles para explorar las historias saturadas por el problema, deconstruir la narrativa dominante y externalizar el problema y -a través de ello- buscar nuevas historias y construir nuevas narrativas acorde a nuestras identidades preferidas, dado que somos seres multi-historiados (Payne, 2002).

OBJETIVOS DEL TRABAJO TERAPÉUTICO

Los programas especializados en intervención en maltrato y abuso sexual que trabajan con NNA y sus familias en Chile, se orientan hacia tres objetivos específicos. El primero de ellos es asegurar la **protección**, resguardando al interrumpir la situación de maltrato y/o abuso principalmente mediante mecanismos judiciales. El segundo es favorecer la **resignificación**, que busca un cambio en torno a los significados y relatos, para poder cambiar las formas de pensar, sentir y actuar derivadas de la experiencia de vulneración. El tercero es fortalecer los **recursos**, para favorecer el bienestar psicológico y ampliar la capacidad de agencia personal.

Las prácticas narrativas nos permiten trabajar la resignificación de las experiencias de vulneración, mediante intervenciones como bautizar el problema, uso de lenguaje externalizador, tomar en cuenta aspectos sociales, efectuar preguntas de influencia relativa, deconstruir relatos, invitar a las personas a asumir un postura, uso de documentos terapéuticos y re-narrar las historias (Payne, 2002).

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

Debido al daño relacional que presentan habitualmente las víctimas de agresiones físicas, psicológicas y sexuales, es necesario otorgar especial importancia a mantener una buena relación terapéutica, debido a que puede transformarse en una experiencia emocional correctiva en sí misma. Para esto es importante practicar la aceptación incondicional de las personas, la autenticidad del terapeuta y la empatía con el sufrimiento (Rogers [1951], [1957], en Corbella y Botella, 2003). De este modo, la relación y el vínculo terapéutico permiten reparar las relaciones y vínculos pasados.

Mantener una actitud terapéutica positiva en base al buen trato permite desde ya intervenir y reparar en parte el daño. Asumido lo anterior y en base a los principios sistémicos breves, también es útil trabajar lo que nos trae el consultante a terapia. Sin embargo, en contextos de intervención coactivos eventualmente nos encontraremos con personas que no desean aceptar el apoyo terapéutico. En esos casos puede ser útil también explorar al margen del problema, investigando recursos y construyendo un motivo de consulta personal sin la necesidad de hablar del motivo de ingreso. Esto también puede favorecer posteriormente la apertura y motivación para el trabajo terapéutico en torno a la vulneración. Sin embargo, si no es posible favorecer dicho trabajo siempre es posible posicionar a las víctimas en el futuro deseado sin la necesidad de ingresar en terrenos donde no se nos ha invitado.

Por otra parte, con las personas que sí desean trabajar el daño podemos intervenir en los síntomas mediante pequeños cambios o la jerarquización de dificultades, y para esto recurrimos a diversas técnicas desde una postura flexible y creativa. En el caso en el que las víctimas deseen explorar sus experiencias de vulneración, favoreceremos la expresión emocional, la validación de emociones y la contención. Sin embargo, orientaremos nuestra escucha en la búsqueda de recursos, excepciones,

acontecimientos extraordinarios y respuestas al trauma, buscando ampliar la narrativa de las víctimas mediante el diálogo terapéutico, incorporando historias de logro y áreas libre de conflictos. En paralelo, deconstruimos relatos y creencias asociadas como la culpa y la vergüenza, para finalmente reconstruir una narrativa en base a los nuevos relatos que van acorde a las identidades deseadas.

ESTRATEGIAS Y TÉCNICAS PARA FAVORECER LA PROTECCIÓN, RESIGNIFICACIÓN Y DESARROLLO DE RECURSOS PARA LA ELABORACIÓN DE LA EXPERIENCIA

Como se mencionó con anterioridad, la principal técnica del terapeuta es como se posiciona ante la terapia. De ahí que los principios sistémicos aplicados al abuso y al maltrato cobran relevancia, no obstante una vez que comprendemos los fenómenos del maltrato y del abuso a través de los marcos comprensivos y presentamos una perspectiva sistémica para afrontarlos, nos apoyamos en las técnicas de intervención.

Utilizamos variadas técnicas buscando favorecer la protección, resignificación y recursos, algunas de ellas son:

- ***Conocer al margen del problema:*** técnica para el inicio de la terapia y para explorar recursos desde un principio, al postergar las conversaciones en torno a las vulneraciones que lo llevan a sesión. Lo fundamental es que el problema, o en este caso la experiencia de vulneración, no defina la identidad del adolescente y de este modo podemos explorar recursos de afrontamiento asociado a los intereses, habilidades y conocimientos de la persona (Freeman et al., 2001). Esta maniobra favorece la motivación en los casos que la víctima no desea expresarse en torno a la vulneración o en contexto coactivo.
- ***Construcción del motivo de consulta y de metas:*** la construcción del motivo de consulta es una técnica que

nos permite crear metas y objetivos a trabajar en la intervención. En un contexto coactivo, las víctimas de maltrato o abuso muchas veces no desean abordar el motivo de ingreso al programa de forma directa. Por otro lado, es importante no asumir *a priori* el maltrato y/o abuso como motivo de consulta, siendo necesario permitir la construcción de un motivo personal que posiblemente esté asociado a los problemas e impactos derivados de la experiencia. Luego de esta definición, debemos apoyarle en jerarquizar sus dificultades y problemas para abordarlos de forma más práctica, siendo necesario operacionalizar los objetivos.

- **Excepciones al problema:** las excepciones son acciones o circunstancias en las que la queja o sus consecuencias se atenúan o sencillamente no ocurren (García y Schaefer, 2015). Bajo esta premisa el identificar la disminución o ausencia de las dificultades nos permiten generar esperanzas, nuevos significados y soluciones. No obstante la exploración de excepciones en terapia de abuso y/o maltrato está orientada directamente al impacto o al daño, debido que sería un error explorar cuando no sucede la vulneración.

- **Preguntas de proyección al futuro:** estas técnicas permiten la construcción de objetivos y soluciones. En ellas se solicita a las personas que imaginen que el problema ya está resuelto y luego se les invita a describir su vida sin el problema. Ejemplos de estas son *la bola del cristal* y *la pregunta del milagro* (García y Schaefer, 2015). Al pensar en el futuro deseado, las personas pueden generar esperanzas y motivación con sus metas independiente del motivo de ingreso.

- **Pregunta de escala:** consiste en proponer al cliente que se ubique él, su problema o avance en una escala numerada habitualmente del 1 al 10 (García y Schaefer, 2015). De este modo vamos cuantificando las dificultades y avances, nos permite la exploración de su nivel de afec-

tación de la vulneración y nos facilita la construcción de pasos para crear y avanzar poco a poco hacia las metas y objetivos.

- **Elogio terapéutico:** su función es resaltar aspectos positivos de la persona asociados a recursos personales que permiten vencer o enfrentar sus dificultades (García y Schaefer, 2015), permitiendo desarrollar recursos de afrontamiento y nuevos relatos más positivos.

- **Reencuadres:** proceso por medio del cual el terapeuta proporciona o alienta el desarrollo de un marco o significado nuevo o alternativo para una situación, de modo indirecto o directo (Cade y O'Hanlon, 1995; García y Schaefer, 2015), permitiendo desarrollar un nuevo marco o significados a la situación vivenciada.

- **Redefiniciones:** consiste en modificar la percepción que tiene una persona o su familia sobre el problema y que, por lo general, dificultan el cambio, se propone directamente un encuadre alternativo (García y Schaefer, 2015).

- **Uso de metáforas:** el uso de metáforas en psicoterapia tiene una serie de ventajas, capturan la atención, resultan fáciles de recordar, facilitan la comprensión de una idea, permiten encuadrar directivas, permiten sembrar ideas entre sesiones y facilitan la externalización del problema (García y Schaefer, 2015, p. 96).

- **Externalización:** práctica narrativa que coloca el problema fuera de la persona mediante un lenguaje externalizante, separando el problema de las personas.

- **Deconstrucción:** rastrear los significados que las personas atribuyen al problema; desafiar los supuestos bajo los cuales están construidas las dificultades y problemas.

- **Uso de medios literarios o creativos:** distintos tipos de cartas, diarios, collage, dibujos, arte, etc. Estos medios permiten expresarse y reflexionar de una manera diferente (White y Epston, 1993; Freeman et al., 1997).

- **Tareas terapéuticas:** desde una mirada estratégica breve las prescripciones pretenden interrumpir o alterar pautas, por otro lado la Terapia Centrada en Solución incorpora tareas para descubrir, potenciar o utilizar los recursos de las personas (García y Schaefer, 2015).

CONCLUSIÓN

Para intervenir con adolescentes víctimas de maltrato y/o abuso y sus familias o adultos responsables, es necesario comprender las dinámicas abusivas que se dan en dichas vulneraciones, mediante el manejo de marcos comprensivos en temática de abuso y maltrato, considerando también los daños asociados. Posteriormente debemos entender que desde los modelos sistémicos breves los principios terapéuticos nos permiten posicionarnos desde una determinada perspectiva respecto al trabajo a realizar con víctimas de maltrato y abuso; esta postura precede a las técnicas y estrategias a realizar con las personas, pudiendo estas variar, modificar e implementar según sea el caso y de este modo favorecer el proceso interventivo.

Los modelos estratégico y centrado en la solución resultan altamente útiles cuando los usuarios se presentan poco motivados por llevar a cabo un proceso reparatorio, pues permiten un trabajo más indirecto y/o cooperativo. Por su parte, el modelo narrativo permite trabajar con los relatos de las personas, permitiendo explorar respuestas, deconstruir y reconstruir narrativas e identidades. La división que se acaba de hacer es sólo didáctica, pues los modelos mencionados tienen la particularidad de complementarse entre sí, aportando cada uno distintos caminos para lograr los mismos objetivos, contribuyendo a una mejor calidad de vida y salud mental de las personas que han sido víctimas de maltrato y abuso.

REFERENCIAS

- Corbella S. y Botella L. (2003). La Alianza Terapéutica: Historia, Investigación y Evaluación. *Anales de Psicología* 19, 205-221. <https://doi.org/10.6018/analesps>.
- De Shazer S., Kim Berg I., Lipchik E., Nunnally E., Molnar A., Gingerich W. y Weiner-Davis M. (1986). Terapia breve: Centrada en el desarrollo de soluciones. *Family Process*, 25, 207-222. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1986.00207.x>.
- Freeman J., Epston D. y Lobovits D. (1997). *Terapia narrativa para niños: Aproximación a los conflictos familiares através del juego*. Paidós.
- García F. y Schaefer, H. (2015). *Manual de técnicas de psicoterapia breve: Aportes desde la terapia sistémica*. Mediterráneo.
- Intebi I. y Osnajansky N. (2006). *Maltrato de niños, niñas y adolescentes: Detección e intervención*. ISPCAN y Familias del Nuevo Siglo.
- Martínez M. (2014). Abuso Sexual y Dinámica Relacional: El Lugar de los Terceros. *Revista Testimonios*, noviembre de 2014, disponible en http://www.diocesisdecopiapo.cl/nueva/especial_semana_teologica/Abuso_sexual_y_dinamica_relacional.pdf.
- Payne M. (2002). *Terapia narrativa: Una introducción para profesionales*. Paidós.
- Pool A. (2006). Análisis desde el modelo traumatogénico de los indicadores gráficos asociados a agresiones sexuales infantiles en la prueba persona bajo la lluvia. *Psyke*, 15(5), 45-55. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-22282006000100004>.
- Weakland J., Fisch R., Watzlawick P. y Bodin A. (1974). Terapia breve: Centrada en la resolución de problemas. *Family Process*, 13(2), 141-168.
- White M. y Epston D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Paidós.

X

UNA ADOLESCENTE FRENTE A LA RECONSTITUCIÓN FAMILIAR A PARTIR DE LA MUERTE DEL PADRE: UNA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN DESDE LA CLAVE EMOCIONAL

Perla Montes de Oca

El presente capítulo versa sobre el caso clínico de una adolescente de 15 años, Lupita, quien sufrió recientemente la muerte de su padre, lo cual ha generado una reestructuración familiar.

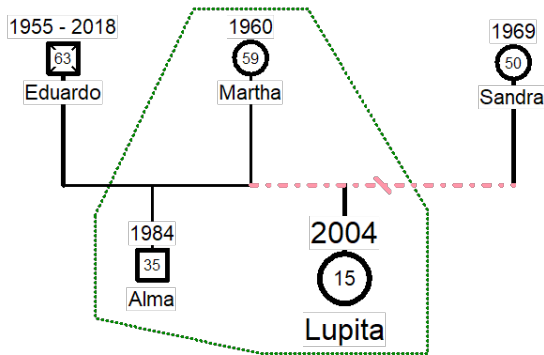
Desde los 4 años cohabita con su media hermana y madrastra, quienes afirman tener las herramientas relacionales suficientes para poder convivir ahora en esta nueva dinámica familiar, a la par que buscan obtener la custodia legal de la menor.

A lo largo del texto, observaremos que Lupita ha vivido situaciones en las cuales se ha mermado su desempeño social con pares y ha presentado otras dificultades propias de la adaptación en un esquema de familia reconstituida. Recordemos que cada nueva relación en la que se involucra una persona se convierte en un escenario para reformular su propia sensación de sí, y la posibilidad de respuesta de si es digno de ser amado o si es capaz de desempeñarse en el mundo (Laso, 2014).

La propuesta de intervención se basa en el modelo de la clave emocional de Esteban Laso, en donde el terapeuta se centraliza en favorecer la identificación de aquellas necesidades relacionales insatisfechas de los individuos, utilizando como guía sus emociones primarias y secundarias.

El lector podrá observar el proceso de la consultante ante la identificación de sus propias necesidades relacionales y como ha ido aprendiendo a honrarlas.

ESTRUCTURA FAMILIAR



Los integrantes de la familia que asistieron a la primera sesión son los mismos que actualmente viven juntos: Martha de 59 años, comerciante; Alma de 35 años, diseñadora de interiores; y Lupita de 15 años, estudiante.

Relatan que hace unos meses ha fallecido Eduardo. Martha, informa como fue el proceso de enterarse que su esposo había tenido una hija en una relación extramarital. Se enteró cuando Lupita tenía 4 años y su esposo, al contarle que la madre de la niña, por cuestiones de salud y ser una consumidora habitual de bebidas alcohólicas, no estaba apta para cuidar de ella, decidieron hacerse cargo de su crianza.

Es evidente que están atravesando un duelo significativo, sin embargo, se está priorizando la atención hacia Lupita, pues consideran que es la más vulnerable, no solo por ser la más pequeña de la familia, sino porque a partir de este momento, se harán presentes un sinfín de variables que reestructurarán al sistema familiar en general.

Dadas las características estructurales presentadas, podemos decir que se acercan a la descripción de una familia reconstituida, que como bien establecen Visser y Visser ([1988], citados en Pereira, 2002) es donde existe al menos un hijo de

una relación anterior. Las familias reconstituidas poseen ciertas características: tienen límites más imprecisos que una familia tradicional, no hay claridad sobre quien forma parte de la familia y algunos miembros pueden participar simultáneamente de dos sistemas familiares distintos, entre otras (Pereira, 2012.)

En el caso que nos atañe, podemos ver que algunas de estas variables, están presentes o latentes indirectamente; sin embargo, es importante destacar que los adultos de este sistema buscan minimizar los riesgos que esta situación pudiera llegar a generarles.

CONSTRUYENDO LA DEMANDA

Selekmán (2005) indica que una de las tareas de los terapeutas es poder llegar a negociar y presentar soluciones accesibles y realistas a sus consultantes. Es por esta razón que en las primeras sesiones, será importante concretizar las demandas de cada uno de los consultantes, ya que eso nos dará oportunidad de identificar a donde quieren llegar, perfilando el objetivo terapéutico, ayudándonos a definir quiénes serán los responsables de esos cambios esperados y, sobre todo, cuáles van a ser las variables que nos ayuden a distinguir si se está dando un cambio significativo, que en nuestro caso, bajo el modelo de la clave emocional, se trata de que los integrantes de la familia lleguen a un mayor nivel de consciencia que les facilite honrar de manera más efectiva sus necesidades.

A continuación, podemos observar algunas de las situaciones que manifestaron:

Lupita comentó que le preocupa lo que va a suceder ahora cuando soliciten su custodia, pues no sabe como reaccionará su madre ante esto, ella solo quiere estar bien con todos. También indicó que ella hubiera esperado sentirse realmente cuidada por su mamá y llegar a sentirse protegida por ella y no al revés.

Martha habló sobre su necesidad de saber cómo tratar

a Lupita, no sabe cómo apoyarla, si debe permitir que vea a su mamá o no. Agregó que no sabe cómo debe educarla, la quiere como una hija pero, finalmente, sabe que no es su mamá.

Alma dijo que ha observado que Lupita es muy seria, retraída, y observa que se exalta muy fácilmente.

Al finalizar la sesión, Lupita preguntó si las próximas ocasiones asistiría ella únicamente o toda la familia, a lo cual la terapeuta preguntó:

Terapeuta: *“¿Cómo crees que podríamos trabajar mejor?”*

Lupita: *“Si vengo yo sola”*

El resto de la familia estuvo de acuerdo. Se quiso validar la decisión de Lupita, pero aclarando que se harían algunas sesiones en conjunto y que habría una corresponsabilidad en todos los miembros de la familia. Si bien las demandas presentadas, tienen ligeras discrepancias, podemos hablar de que se puede vislumbrar un común denominador entre las tres, el bienestar de Lupita, que se irá clarificando en el curso del proceso.

LA POTENCIA DE LA EMOCIÓN EN PSICOTERAPIA

Ante las nuevas demandas del contexto social que cambian de manera vertiginosa, donde las reglas y los constructos sociales se modifican velozmente, es imperante que los terapeutas recurramos a estrategias distintas que nos permitan actuar de manera efectiva, aunque el mundo esté en constante evolución. Y uno de los elementos que permanece constantes en el ser humano es la emoción. Independientemente de que la active o que la potencie, nunca podremos deshacernos de ella, de tal manera, que es el elemento que siempre está presente; por lo tanto, se convierte en nuestra materia prima terapéutica.

Laso (2014) indica que son pocos los teóricos sistémicos que han incorporado las emociones en la práctica clínica. Mucho menos han creado un espacio formativo para los terapeutas en ellas.

No con esto se quiere decir que, se vaya a añadir un mo-

delo de “terapia familiar/sistémica enfocada en las emociones” a los centenares que ya existen, sino de facilitar a los terapeutas familiares, independientemente de su orientación, una receta para convertir todas sus intervenciones en emocionalmente efectivas (Laso, 2014, p. 99).

Por lo tanto, se convierte en una manera de trabajar muy benevolente, pues va acompasando al terapeuta, sin que pierda libertad, capacidad de maniobra, ni ponga en riesgo su propio estilo terapéutico. Entonces bien, ¿qué es una emoción?

La emoción es un mecanismo instantáneo y automático de atribución de significado a las situaciones, en función de una jerarquía de necesidades y valores continuamente actualizada y del futuro de las mismas, inmediato o a largo plazo, que la persona anticipa como continuación o desenlace más probable de la situación en que se encuentra (Laso, 2014, p. 102).

Veamos ahora la categorización de estas: las emociones básicas son la ira/desprecio, miedo/sorpresa, alegría y tristeza, mientras que las secundarias las constituyen la vergüenza, culpa y autodesprecio (Laso, 2015).

Laso (2014) indica que es indispensable poder distinguir la diferencia entre las emociones primarias y las secundarias. Por una parte, la primaria se caracteriza por ser una respuesta inmediata y automática ante una situación, mientras que la secundaria es la reacción que la misma persona hace, hacia su propia emoción primaria, relacionada íntimamente con reglas emocionales, generalmente con los “deberías”. Tendremos que desarrollar la habilidad de hacerlas conscientes, y eso será posible en la medida en la que las vayamos verbalizando (Laso, 2015). Ahora bien, hacerlas conscientes no significa el fin último del proceso, sino que habrá que identificar de dónde proviene y sobre todo la función que llega a tener en las personas.

Las emociones se convierten en la evidencia tangible de lo que ante el ojo humano no es perceptible, es decir, las necesidades relacionales, amor y respeto.

Anteriormente, desde la terapia familiar el abordaje del amor y del poder, se hacía por separado; es por eso que Laso (2014) propone contemplarlos en conjunto, pues ambos fenómenos se apoyan en la emoción.

De esa manera, tendremos acceso a identificar como nos afecta lo que ocurre en nuestro entorno, mientras que trabajar con la sensación de sí, implicará un trabajo más profundo y no tan inmediato (Laso, 2014).

En este caso particularmente, será importante acercarnos a trabajar con la sensación de sí de la paciente, pues llama la atención lo que ella ha plasmado sobre su madre pues -como bien establece Peter (2008)- los niños que han experimentado abandono o descuido pueden llegar a la adolescencia sin haber conocido experiencias relacionales reparadoras.

Para poder obtener una intervención emocional sistémica efectiva, Laso (2014) indica que se deben presentar los siguientes factores:

- La activación (controlada) de la emoción primaria nuclear y su capa protectora secundaria,
- La diferenciación y articulación de la estrategia defensiva secundaria y su objetivo (evitar el daño anticipado), que da paso a la articulación de la emoción primaria y su necesidad concomitante,
- La respuesta, real o virtual, de los “otros significativos” a la manifestación de la emoción, y la consiguiente toma de postura por parte de la persona (...) que equivale al simultáneo aumento de diferenciación de su experiencia interna (...) y de sus estrategias relacionales y vinculares. (p. 117).

Recordemos que es frecuente que el ser humano, en su

etapa de adolescencia, esté rodeado de “deberías”, pues al encontrarse en una etapa formativa, sus cuidadores pudieran llegar a bombardearlos con este tipo de enunciados imperativos. También es común que haya un desborde de vivencias con alta carga emocional y que se haga una directa relación con los cambios hormonales, lo cual puede llegar a ser un tanto peligroso, pues se puede caer en el error de no reconocer un posible incumplimiento de la honradez de sus necesidades y atribuirlo únicamente a los cambios de humor propios de la edad.

Laso (2014) indica que el síntoma, es un cúmulo de emociones secundarias que suelen proteger a la sensación de sí, que generalmente nos pone vulnerables, impidiendo llegar a la emoción primaria.

Por ejemplo, en la siguiente viñeta clínica, podemos observar como la paciente en dos momentos, se ve envuelta entre la emoción secundaria (culpa), recriminándose a sí misma, por sentir algo que “no debería”, opacando su emoción primaria (tristeza) y, por lo tanto, su necesidad relacional (amor):

Lupita: Me había sentido mal, pero no había querido venir, porque pensaba que te podía molestar.

Terapeuta: ¿Por qué piensas que me podría llegar a molestar eso?

Lupita: Porque te iba a decir que me sentía igual, como con mucha tristeza y etc., y no quería estar molestando otra vez con eso.

Es como si estuviera ilegitimando su emoción primaria de tristeza y envolviéndola en la emoción secundaria, al decir “no debo de estar sintiendo esto”.

Laso (2015) establece que dejar totalmente al descubierto nuestra emoción primaria al otro, puede llegar a ser altamente amenazante, por eso la emoción secundaria aparece, para proteger nuestra vulnerabilidad. A veces, es más permisible sentirse iracundo, que triste.

Posteriormente agregó:

L.: Me preguntaba, ¿realmente necesitaré ir a terapia? Por-

que a veces sé que las personas nos podemos llegar a sentir mal, pero luego días bien y otra vez mal y así sobreviven.

Después narró que durante sus vacaciones empezó a sentirse sin ganas de levantarse, sin querer hacer las cosas y su madrestra le dijo que eso no estaba bien, que tenía que participar en las actividades del hogar.

A lo cual Lupita agregó:

L.: Le dije que ya ni me daban ganas de despertarme, si me despierto voy a sentir lo mismo, y si, sé que eso se escucha más depresivo, pero así era. Lo bueno es que ya por fin se lo pude decir, antes no podía.

T.: ¿Y cómo se siente al despertar cada día?

L.: Es que es muy difícil, me hacen siempre críticas constructivas, no digo que sea malo, pero lo hacen y mis errores los hacen ver como si fuera la peor cosa del mundo. No sé si esté bien que te lo diga, siento que las estoy difamando o que estoy siendo una mal agradecida (culpa).

T.: Y te lastima que constantemente te estén diciendo tus errores...

L.: Si porque cuando me dicen: hiciste mal tal cosa, a veces siento que no son cosas tan graves o por lo menos desde mis ojos adolescentes no lo son.

T.: A ver si entendí, cuando te hacen una retroalimentación, lo vives mal, te lastima oír que, ante los ojos de ellas, pareciera ser como si siempre hicieras las cosas mal y además después te sientes culpable de quejarte de ellas ante alguien más, porque pues quizás no vean bien que te quejes de las personas que te cuidan y se encargan de ti.

L.: ¡¡Ajá, exacto!!, y es que ya llegué a la conclusión de que siento que me da miedo hacer y decir las cosas, (con la voz entrecortada y los ojos llorosos). Porque si hago algo... me dicen que lo hice mal o incluso si hago algo bien, también me lo celebran, pero no sé, es raro como me siento, porque tampoco me gusta que me celebren cuando hago algo bien.

T.: Claro, ¿puede ser porque te llegas a sentir que todo el

tiempo estas en un proceso de evaluación?

L.: ¡¡Síiii!! (exclama)... y eso luego se convierte en una paranoia, porque de cualquier cosa que diga o haga, lo van a criticar. Ni siquiera me atrevo a hablar. Siento angustia de equivocarme. Me da miedo regarla.

T.: *¿Por qué si te equivocas, que puede llegar a pasar?*

L.: *Me llego a sentir miserable... (llora)*

T.: *y eso es algo que duele mucho...*

Al llegar a este punto, se puede observar como primero tuvimos que atravesar las emociones secundarias (culpa), pues ella no se permitía llegar a sentirse triste, y adicionalmente emergía la culpa cuando decía lo que le hacían sentir las retroalimentaciones de sus cuidadoras. Cuando logra manifestar que se siente miserable, tenemos un mayor acercamiento a su sensación de sí. Se pudo haber explorado más para tener un mayor entendimiento sobre sentirse miserable y como es que vive esta sensación en su vida; sin embargo, se eligió simplemente legitimar esa sensación desde un acompañamiento empático y cercano.

Posteriormente Lupita cuenta que tenía que presentar un examen académico que la tenía ansiosa, pues temía reprobar y decepcionar a su madrastra y hermana.

T.: *¿Y si hubieras reprobado, que hubiera pasado?*

L.: *Lo hubiera vivido terriblemente mal y ellos hubieran perdido toda la confianza en mí, pensando que no iba a ser nadie en la vida.*

T.: *¿Y si no llegaras a ser alguien en la vida, que significaría eso?*

L.: *Sería algo muy fuerte...*

T.: *¿Para quién?*

L.: *Para ellos, porque eso probablemente significaría que... (le cambia la expresión, sonríe abiertamente, con sorpresa y dice): Siempre me haces abrir los ojos bien bonito... (continúa). Eso significaría que no habrían hecho lo suficiente para que yo lo lograra.*

T.: *Es como si ellos también se estuvieran viviendo en una continua evaluación de su desempeño...*

L.: *Si, porque también esto ha sido difícil para Martha, ha sido muy criticada por sus amistades, por haberme adoptado, imagínate, aceptar a la hija de tu esposo.*¹

Ahora, una vez que ella ya ha podido legitimar su emoción, ya puede llegar a tener un acercamiento hacia las necesidades de Martha también, facilitando un escenario de mayor comprensión entre ambas.

En otra sesión narró la conversación que mantuvo con Martha, en donde se acerca a honrar sus necesidades relacionales:

L.: *Ha sido muy difícil, tener que estar adivinando cómo hacer las cosas bien para ustedes, me siento mal de sentir que nada de lo que hago va a estar bien, no es que no quiera hacer las cosas, solo que prefiero no levantarme en las mañanas a seguir escuchando que no hice lo correcto.*

Madrastra: *Ahora si ya entendí, la has pasado mal y te sientes triste.*

L.: *Ok. necesito ayuda psicológica, yo también me he ayudado a mí misma, pero también necesito ese apoyo de ustedes, tuyo en específico, lo necesito para poder sentirme mejor...*

A lo que la terapeuta pregunta:

T.: *¿Y que sería eso que ella tendría que hacer para que tú te sintieras mejor? ¿Cómo sería ese apoyo?*

Así ya podemos perfilar una corresponsabilidad, al definir lo que espera de su madrastra y la ayude en futuras ocasiones a tomar una postura clara.

L.: *Apoyarme, no como ella dice o hace, no pido que me levanten del fango, si no que por lo menos me den ese impulso para que yo por mí misma pueda levantarme, que no me sigan criticando, sé que me ayuda en mi formación, pero que no me hagan sentir miserable. Que me hagan ver el error, pero de manera amable, como lo hace un padre o madre a un hijo.*

T.: *¿De manera más amorosa?*

Empieza a esbozarse un llanto y a continuación dice:

L.: *Perdón, perdón...*

T.: *¿Por qué pides perdón?*

L.: *Mi papá me decía, que no llore, porque el llorar es de débiles.*

T.: *¿Sabes? Hay cosas que me confunden en el mundo. Por una parte, nos dicen que tenemos que expresarnos y decir lo que sentimos; pero cuando nos sentimos tristes y lloramos, quien está presenciando eso generalmente nos incita a dejar de llorar, es como si nos dijeran: 'deja de sentir'...*

L.: *Llorar es sentirse vivo, desahogarse, pero pienso que si lloro van a decir: 'esta niña ya va a empezar a llorar otra vez'.*

T.: *¿Por qué tenemos que pedir perdón de sentir? la emoción sale porque las palabras no son suficientes, emerge porque hay algo que nos duele o necesitamos algo, imagínate... es como si las personas pidiéramos perdón cuando tenemos hambre o cuando sentimos ganas de dormir.*

Esta intervención, fue con la intención de empezar a legitimar la vivencia de las emociones en la paciente, abriendo camino para que, en el futuro, también logre validar sus necesidades relacionales.

La función del terapeuta en clave emocional será activar la emoción, regular su intensidad, atravesar de manera empática la emoción secundaria para poder llegar a la primaria y finalmente desencadenar en la identificación de la necesidad relacional (Laso, 2014). Además, agrega que la mejor manera de hacerlo es siempre en sesión, ya sea de manera imaginaria o ante los otros significativos.

Incluso consideramos relevante hacer una reconciliación con la palabra "necesidad", pues es frecuente observar que cuando en el contexto terapéutico se aborda con los pacientes lo relevante que es llegar a satisfacer las necesidades de amor y respeto, algunos presentan cierta dificultad para aceptar que

1. Como bien establece Neuburger y Neuburger (1997), las familias pluricompuestas, están más propensas a ser criticadas por el exterior, ya que están más expuestas a los mitos profesionales de los intervinientes médicos y sociales.

necesitan sentirse amados, llegan a percibirlo como algo indebido, una necesidad que no debe ser manifiesta. De manera que se vive con una adherencia a una emoción secundaria, es decir, como si se llegaran a avergonzar de necesitar amor. Linares (2012) indica que el amor es un concepto fascinante, pero, que se vuelve incómodo al momento de utilizarlo en contextos científicos.

Dicho amor, también tendrá que hacerse presente al momento de intervenir terapéuticamente, lo tendremos que hacer desde el amor y el respeto. Laso (2014) agrega que cuando hagamos estas intervenciones tendrán que ser desde una posición experimental, que los enunciados que pronuncie el terapeuta sean tentativos y cálidos, evitando recurrir a un estilo autoritario.

Retomando el caso que hemos presentado, algo a tomar en cuenta, es el hecho de que Lupita al ser recibida por una familia en las circunstancias en las que esto ocurrió, pudo desarrollar un mandato implícito de que tiene que seguir las reglas del sistema a como dé lugar, presentándose una posibilidad de ir anulando y deshonrando su propia identidad. Pero no solamente eso, sino que pareciera asomarse un escenario bajo un esquema depresivo, en donde se hace presente un sobre esfuerzo para alcanzar lo que se espera de la persona, pero sin éxito (Linares, 2012), y al no cumplir esas expectativas se percibe el riesgo del rechazo y amenaza en la afectividad de sus cuidadores, lo cual puede llegar a ser altamente doloroso.

Además, también es importante ir entretejiendo elementos que favorezcan la relación frente a su madre en futuras ocasiones. A continuación, un ejemplo:

L.: Pero, además, me da miedo, los próximos encuentros con mi mamá, no sé si va a llegar a chantajear como en otras ocasiones y me llegue a lastimar.

T.: La ventaja es que tú ya has aprendido a poder decir lo que necesitas...

L. : Pero ella no sé cómo vaya a reaccionar, cómo me va a tratar.

T.: *Claro porque ella no ha aprendido a decir lo que siente, necesita y merece de manera adecuada, todavía... pero tú sí.*²

Linares (2012) establece que el reconocimiento, implica que se logren identificar las necesidades del otro, sin embargo en este caso, la chica pareciera ser que teme que su madre nuevamente no la trate como ella necesita y ante esto, queda enfatizar en la paciente, que lo realmente importante, es que ella sí sepa honrar sus propias necesidades relacionales y las valide, aunque sus otros significativos no lo hagan, porque eso no la va a eximir de aprender a tomar una postura frente a los casos en donde no reciba aquello a lo que se siente merecedora. Laso (2014) establece que al hacer consciente su experiencia emocional, facilitará que la persona se habitué a lo largo de su vida a identificar su necesidad afectiva.

Por otra parte, recordemos que otra de las quejas de Lupita es que su hermana constantemente le decía que tenía que modificar la manera en la que se relaciona con sus pares. Alma veía que a Lupita le faltaban habilidades sociales. Esto la hacía sentir mal, pues más que apoyada se sentía presionada por tener que ser algo que no era.

Hicimos el ejercicio de cerrar los ojos para que pudiera decírselo a su hermana, de manera imaginaria:

T.: *Vamos a hacer un experimento, cierra tus ojos, y visualiza que tienes a tu hermana frente a ti, una vez que ya puedas verla, vamos a intentar decirle lo siguiente: “Alma: Agradezco que quieras enseñarme como debo relacionarme con mis compañeros de la escuela, pero eso me hace sentir que no respetas mi propio estilo de socializar, y eso me hace sentir que no me aceptas y amas tal y como soy”.*

L.: (suspira) *Abre los ojos y dice: A ella le ha funcionado así, pero yo soy otra persona.*

2. En esta última intervención dentro de la sesión, con ciertos tintes Ericksonianos, se hace una sugestión para que esta habilidad la traiga cuantas veces sean necesarias en el futuro.

T.: *Así es, ¿cómo viviste este ejercicio?*

L.: *Me siento sin un peso, como una liberación, le agradezco su ayuda, pero ya no es necesaria.*

Pudo honrarse diciéndolas imaginariamente, lo cual a su vez la llevó a poder redefinir sus relaciones desde la autonomía, pero con proximidad afectiva como lo establece Laso (2014).

Recordemos que las preguntas que siempre nos hacemos a nosotros mismos son: “¿merezco ser querido?” y “¿soy capaz de afrontar los problemas y al mundo?” (Laso, 2014); es por esa razón que el terapeuta deberá estar en una continua observación precisa para identificar, que se contesta a sí misma la persona y si modifica la experiencia en caso de vivirla de manera dolorosa.

La terapeuta, a la siguiente sesión, decidió regalarle el libro *El éxito de los introvertidos* de Löhken, a manera de que tenga un referente a la mano, que le recuerde el honrarse a sí misma desde sus propias habilidades y características personales. Finalmente, lo esperado es que ya no llegue a experimentar que el afecto de las personas de su alrededor está condicionado a su industriiosidad o su personalidad, y en caso de que sea así, ella logre tomar una postura ante esto.

Ahora bien, será responsabilidad del terapeuta generar un espacio en donde se vuelva monitor de sus propias emociones defensivas y primarias, ya que eso podrá darle la pauta de ir honrándose a sí mismo dentro del proceso terapéutico de sus consultantes. Y le permitirá ir sondeando las propias resonancias que le genera lo vivido en las sesiones, para poder leer con precisión el *timing* y no acelerar el proceso de honrar las necesidades de los pacientes y cometer un acto iatrogénico.

Es importante que los terapeutas nos reconciliemos con la emoción, pues en la medida que permitamos que emerja, la tengamos de frente y no nos sea amenazante, es entonces que podremos ver las bondades de trabajar a través de ella. Es un recurso que no podemos desaprovechar, pues mientras sigamos desconfirmándola, es como si estuviéramos negando ontológi-

camente a nuestro paciente. La emoción es algo inherente a nosotros, no la podemos ignorar, la tenemos que integrar.

REFERENCIAS

- Laso, E. (2014). El trabajo en emociones en terapia familiar. Teoría y aplicaciones. En R. Medina, E. Laso, y E. Hernández (Eds.), *Pensamiento sistémico: Nuevas perspectivas y contextos de aplicación* (pp. 97-128). Litteris
- Laso, E. (2015). Terapia familiar en clave emocional, 2: Una mirada integradora. *Revista Integradora de Psicología Iz-tacala*, 18(3), 1087-1116. <http://revistas.unam.mx/index.php/rep/article/view/50783>.
- Linares, J. L. (2012). *Terapia familiar ultramoderna: la inteligencia terapéutica*. Herder.
- Neuburger, R. y Neuburger, M. (1997). Los terapeutas y las familias pluricompuestas. En R. Neuburger (1997), *La familia dolorosa. Mitos y terapias familiares* (pp.66 – 72). Herder.
- Pereira, R. (2002, Marzo/abril). Familias reconstituidas: La pérdida como punto de partida. *Perspectivas Sistémicas*. Recuperado de: <http://www.redsistemica.com.ar/reconstituidas.htm>
- Peter, N. (2008). *El niño abandonado. Guía para el tratamiento de los trastornos del apego*. Gedisa.
- Selekman, M. (2005). *Abrir caminos para el cambio. Soluciones de terapia breve para adolescentes con problemas*. Gedisa.

XI

PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN EN VIOLENCIA FILIO-PARENTAL

Roberto Pereira Tercero

INTRODUCCIÓN

Los protocolos, entendidos como “planes escritos y detallados de un experimento científico, un ensayo clínico o una intervención médica” (Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua) que ordenan las actuaciones o intervenciones, han tenido un gran desarrollo en la práctica médica en los últimos años, en buena parte como una manera de lograr consensos, aunque también tienen un componente “defensivo” importante ante las posibles denuncias judiciales. Haber seguido el “protocolo establecido” es un seguro ante cualquier denuncia por un mal resultado terapéutico.

La práctica de la psicología clínica, aunque en menor medida, también se ha dotado de algunos protocolos de intervención. Sin embargo, la psicoterapia se resiste a su introducción, y la Terapia Familiar Sistémica no es ajena a estas resistencias, justificada teóricamente en una de las principales corrientes de su práctica actual. Si se considera a cada sistema como diferente de cualquier otro, y se rechaza la agrupación diagnóstica de los problemas presentados, resulta evidente que cualquier estandarización del procedimiento es poco menos que imposible.

Por otra parte, la “manualización” de procedimientos, además de ser un instrumento que ayuda notablemente a la investigación, facilita la intervención especialmente en situaciones complejas, así como el aprendizaje a los terapeutas noveles. Debe

aclararse que cualquier protocolización debe contener la suficiente flexibilidad como para permitir las diferencias entre los diferentes sistemas, aún cuando presenten problemas similares. Pero aún con esta flexibilidad, pueden desarrollarse protocolos que orienten la intervención y definan con claridad los pasos a seguir en una intervención psicoterapéutica (Pereira, 2015).

La Intervención en violencia filio-parental es una intervención compleja. Resulta entonces muy útil contar con un Protocolo que promueva una intervención ordenada, que favorezca la necesaria contención y proporcione un encuadre adecuado para estos casos (Pereira, 2019).

LA VIOLENCIA FILO-PARENTAL

Entendemos la Violencia Filio-Parental (en adelante, VFP), como las “conductas reiteradas de violencia física, psicológica (verbal o no verbal) o económica, dirigida a las y los progenitores, o a aquellas personas que ocupen su lugar. Se excluyen las agresiones puntuales, las que se producen en un estado de disminución de la conciencia que desaparecen cuando esta se recupera (intoxicaciones, síndromes de abstinencia, estados delirantes o alucinaciones), el autismo o la deficiencia mental severa y el parricidio sin historia de agresiones previas” (Pereira et al., 2017, p. 220).

Se trata de un tipo de violencia que ha aumentado de manera considerable en los últimos años, siendo el último tipo (hasta ahora) de violencia intrafamiliar que ha emergido a la luz, tras el maltrato infantil y la violencia de pareja (Pérez y Pereira, 2006).

La VFP comparte con el resto de los tipos de violencia intrafamiliar la búsqueda del control y del poder en la familia, aunque se diferencie de ellas en la instrumentalización de la violencia para la consecución de objetivos (Pereira, 2011).

Se trata de niños, adolescentes y jóvenes aparentemente *normalizados*, que proceden de cualquier estrato social, con

conductas violentas más o menos extendidas, que incluyen siempre el ámbito familiar y, con mucha frecuencia, se reducen a este contexto. El espectro de edades de los agresores es amplio, aunque es más frecuente en la adolescencia, y no es extraño que se trate de chicos y chicas que no sólo no son agresivos fuera de casa, sino que incluso en otros contextos presentan conductas sobreadaptadas (Pereira y Bertino, 2009). Es habitual el consumo de tóxicos, pero no en mayor medida que la población de su edad (Romero Blasco et al., 2005).

Los agredidos son los adultos responsables de su educación, de cualquier edad y género, aunque es más frecuente en padres añosos, en familias monoparentales, y aún más en madres que en padres (Gallagher, 2004; Ibabe et al., 2007).

Es una violencia que se produce generalmente en escalada: comienza habitualmente con insultos y descalificaciones, pasa a amenazas y ruptura de objetos, y finaliza con agresiones físicas de índole cada vez más severa (Pereira, 2018).

Es un proceso que puede durar años, y debe destacarse que no alberga un fin predeterminado: la violencia crece progresivamente y no se detiene ni siquiera cuando se consigue una sumisión absoluta, un pleno dominio y control por el terror (Sluzki, 2002).

LA INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

Como en cualquier tipo de violencia intrafamiliar, la intervención es compleja y requiere de terapeutas experimentados que no teman enfrentarse a situaciones conflictivas.

La dificultad inherente al problema se ve agravada usualmente por la urgencia de la demanda, la remisión coercitiva -frecuentemente mediante orden judicial- a la terapia, y la también frecuente falta de colaboración de uno o más miembros. No es raro encontrarse con presiones externas, con intervención de diferentes instancias -servicios sociales, sanidad infantil, justicia, etc.- por lo que el protocolo adquiere la utilidad de

definir con claridad unos objetivos y unas etapas a cumplir en su debido orden, manteniendo una línea coherente de intervención y facilitando, a su vez, la evaluación de los efectos conseguidos en dichas acciones.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

La intervención que se propone y describe más abajo estaría dirigida a familias con hijos de cualquier edad, o de instituciones de tutela y acogida de menores y jóvenes, que practican de forma reiterada conductas de VFP.

Se excluirán casos de violencia episódica, es decir, cuando haya sido un incidente aislado que no tiene continuidad.

Excluimos la violencia que se produce en situaciones de disminución de la conciencia como intoxicaciones, trastornos del curso o del contenido del pensamiento, autismo o retraso mental grave, que no se repiten cuando la intoxicación o el trastorno remiten.

Asimismo, son excluyentes los ataques a los padres que incluyan abusos sexuales o situaciones de agresión en la que se hayan utilizado armas letales, o en las que el propósito inicial estaba claramente declarado como homicida. Este tipo de violencia pertenece a un orden distinto al que definimos como Violencia Filio-Parental y, por lo tanto, su abordaje debe seguir distintos caminos.

PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN

Como señalábamos anteriormente, se trata de una intervención compleja, que a menudo requiere, al menos en las intervenciones familiares, que se trabaje en co-terapia y se supervise periódicamente la marcha del tratamiento.

La intervención comenzará siempre con la familia, ya que es imprescindible conseguir su colaboración para la buena marcha de la terapia.

Tras las primeras intervenciones familiares, podrán acordarse otras individuales, o con otros subsistemas: pareja conyugal, fratría u otras combinaciones del sistema familiar (Pereira, 2018).

Así como las intervenciones familiares se harán siempre en co-terapia, las individuales las llevará a cabo un solo terapeuta, miembro del equipo responsable del caso.

El protocolo desarrolla una propuesta “tipo” de intervención, que posteriormente deberá adaptarse a cada caso. El objetivo de ésta no solo irá dirigido al cese de la conducta violenta, sino también a la realización de cambios en el funcionamiento y la estructura familiar que prevengan una posible reaparición de ésta.

Punto de partida

El punto de partida se centrará en definir el objetivo de la terapia como la búsqueda del bienestar para todos los miembros de la familia en ausencia de violencia.

Debe dejarse claro desde el inicio que la violencia familiar, de cualquier tipo, no es aceptable, si bien la función de los terapeutas no es juzgar sino ayudar.

Y desde el primer momento trataremos de obtener la colaboración de todos los miembros de la familia, e implicarles en la resolución del problema (Pereira, 2015).

Fase previa: recogida de información

La solicitud de ayuda terapéutica puede ser realizada directamente por la familia o por agentes sociales externos (escuela, servicios sociales, justicia juvenil, etc.) que conocen o intervienen sobre la problemática.

Es frecuente que esta solicitud se presente de manera urgente, solicitando una intervención inmediata. Si realmente se requiere esta actuación, para salvaguardar la integridad de algún miembro de la familia, debe orientárseles a los recursos adecuados. Sin embargo, la propuesta psicoterapéutica no debe

dejarse arrastrar por esa urgencia, programándose las intervenciones según el ritmo marcado previamente.

Ahora bien, independientemente de quien realice la demanda, una persona distinta (si ello es posible) de los terapeutas encargados del caso recogerá una información inicial y básica: datos de las personas que conviven, fecha de inicio de los problemas, circunstancias agravantes, intentos previos de solución, etc. (ya sea de manera telefónica o presencial). Se procurará obtener también información acerca de los criterios de exclusión definidos (historial psiquiátrico, consumo de tóxicos, minusvalías psíquicas, etc.), y se hará un esfuerzo por transmitir a la familia un mensaje de neutralidad, objetividad y transparencia.

Tras esta primera recogida de información el equipo terapéutico decidirá cómo y a quién convocará a la primera sesión, qué miembros del sistema familiar participarán en ella y, si se considera necesario, que a esa primera sesión acuda el profesional que deriva el caso.

FASE INICIAL

El objetivo general de la fase inicial de intervención consistirá en dar una lectura relacional a la problemática que se plantea. La inclusión y colaboración de la familia en el tratamiento es imprescindible, por ello, inicialmente y durante un mínimo de 3 o 4 sesiones se trabajará con el conjunto del sistema familiar.

La frecuencia de las sesiones en este período será de una sesión cada dos o tres semanas.

Previamente a la primera entrevista, se formalizará un Contrato Previo para estas sesiones iniciales con el objetivo de analizar junto con la familia el problema presentado, evaluar las posibilidades de intervención terapéutica y elaborar un Plan de Intervención.

La Fase Inicial finalizará con una Propuesta de Intervención, que se formalizará mediante un Contrato Terapéutico. En el caso de que no se vean posibilidades de intervención, o que

no se crea necesario, o que no se haya llegado a un acuerdo con la familia, se les derivará o dará de alta.

Los objetivos específicos de esta fase serían recibir adecuadamente a la familia, explicándoles las características del contexto y facilitando su adaptación a éste.

Desde el comienzo debe buscarse la implicación de todos los miembros de la familia en la problemática planteada, tratando de obtener información de cada uno de ellos, explorando el problema presentado y las interacciones familiares en torno a éste para obtener un cuadro nítido de sus pautas de conducta, especialmente aquellas organizadas en torno a la conducta violenta.

Es crucial acoplarse con la familia, creando un ambiente de escucha y confianza que facilite la comunicación y la expresión de los problemas y las dificultades, buscando la creación de un “sistema terapéutico”. Habrá que verificar si hay otras personas interviniendo en el problema, y explorar las soluciones intentadas previamente.

Más específicamente a la conducta violenta, los objetivos irán dirigidos a explorar detalladamente la conducta violenta sin perder de vista las relaciones familiares, tratando de hallar pautas repetitivas en torno a esta conducta, señalando el papel que juega cada uno de los miembros de la familia.

Es necesario, desde el inicio, combatir tanto la minimización de la conducta violenta como la utilización de ésta. Si se minimiza, hablar extensamente de ella, detallarla, preguntar por qué se le quita importancia y dársela. Si se magnifica, buscar problemas de los que no se pueda culpar a la conducta violenta, o sean anteriores a ésta, asegurando que la conducta violenta se puede controlar, pero que hacerlo es responsabilidad de todos.

Debe reconocerse el sufrimiento de todos los miembros de la familia, y esforzarse por no hacer atribuciones de culpa. Y siempre tratando de ser muy claros, directos y transparentes en el trabajo con la familia, aunque vayamos a decir cosas “políticamente poco correctas”, o que no les van a sentar bien.

Un objetivo especialmente importante es el de formalizar un pacto de no violencia, que se mantenga al menos durante el tiempo que dure la intervención (Pereira et al., 2006).

Durante esta fase inicial es importante definir el contexto psicoterapéutico como independiente de las entidades derivantes. A pesar de que la derivación haya sido coercitiva, o con una cierta presión, se intentará transmitir a la familia que las decisiones acerca del curso de la terapia se tomarán dentro de lo posible en el interior de la sala de Terapia, y se explicará, con la mayor claridad posible, la cualidad de la relación con las instituciones que hayan hecho la derivación.

Esta labor de definir el contexto terapéutico como independiente irá acompañada de la creación de una alianza terapéutica con todos los miembros de la familia Sin dejar de prestar una especial atención al paciente designado para conseguir su colaboración, debe hacerse el esfuerzo simultáneo de transmitir neutralidad, sin atacar al resto de la familia. Esto es de especial importancia en los contextos coercitivos

El trabajo durante las entrevistas de esta fase deberá adaptarse, como es lógico, a las características de cada sistema familiar, aunque orientativamente cada una de las sesiones podría tener el siguiente contenido:

1ª Entrevista

Durante la primera entrevista se pondrá un énfasis especial en la acomodación a la familia, y se estará especialmente atento al planteamiento de la Circularidad Familiar. Sin oponerse frontalmente a la designación del paciente y del síntoma, se subrayará cualquier conducta o actividad que permita plantear la circularidad. Se procurará obtener una descripción detallada de la conducta violenta: antecedentes, desencadenantes, comienzo, duración, reacciones, actitud del resto de los miembros de la familia, intentos de solución, etc., haciendo un esfuerzo por señalar el sufrimiento de todos los miembros de la familia.

Finalmente, se tratarán de corroborar las hipótesis pre-

vias, o se formularán nuevas si no se ha hecho previamente o bien si éstas han resultado incorrectas.

2ª Entrevista

Durante la segunda entrevista se continuará con la acomodación, circularidad y descripción, si no ha concluido la conducta violenta, comenzándose a explorar la posibilidad de un pacto de ausencia de violencia, que implique a todos, al menos mientras dure la terapia.

Se pondrá especial atención en explorar el funcionamiento familiar en torno al síntoma.

Se iniciará el genograma familiar, completando al menos una de las familias de origen. Mediante el genograma, se tratará de hallar conexiones entre la historia familiar y los problemas presentados, haciendo especial hincapié en la exploración de historias previas de violencia.

3ª Entrevista

La tercera entrevista continuará el trabajo iniciado en las dos primeras, finalizando el genograma si no se ha hecho hasta entonces. Se explorará más profundamente el funcionamiento familiar, centrándose sobre todo en las pautas interaccionales que refuerzan y mantienen las conductas violentas.

4ª Entrevista

Última entrevista de la primera fase, tendrá como objetivo finalizar todo lo iniciado en las entrevistas anteriores.

Se pondrá especial acento en la formulación de unos objetivos conjuntos y de una delimitación, lo más clara posible, de la demanda si no se ha hecho hasta entonces.

También se formulará, si previamente no se ha hecho, el *Pacto de la no Violencia*.¹ El rechazo a “firmar” este pacto de no violencia, implicará que no se puede pasar a la siguiente fase.

1. Ver documento en Anexo.

Es decir, la intervención quedará interrumpida al finalizar esta fase inicial, hasta que se suscriba el pacto.

El Pacto de no Violencia tiene un doble objetivo. Por una parte, el hecho de discutir el Pacto, de aceptarlo y firmarlo, tiene ya en sí mismo efectos sobre el mantenimiento de la conducta violenta. Pero tiene otro importante efecto añadido: permite desplazar el foco de la confrontación sobre la violencia (en el caso de que se produzcan incumplimientos), de la interacción interminable entre los miembros de la familia, a la interacción familia-terapeutas. Ya no sólo se está repitiendo la conducta sintomática, sino que se está incumpliendo un Pacto promovido por los terapeutas, y propuesto como condición para la realización de la terapia. La discusión se traslada del sistema familiar al sistema terapéutico, permitiendo un mejor manejo del tema por parte del equipo (Pereira et al., 2006).

Al finalizar la entrevista, se formulará un plan terapéutico, que será la base para desarrollar el contrato terapéutico. En él se describirán la frecuencia y duración de las sesiones, con qué subsistemas se va a trabajar y una aproximación al número de sesiones previstas. Además, los terapeutas formularán unos objetivos de la intervención, que se compartirán o no con el sistema familiar.

REVISIÓN DE OBJETIVOS Y SUPERVISIÓN

Tras finalizar la Fase Inicial, se desarrollará la 1ª supervisión del caso, una vez que los terapeutas han revisado el cumplimiento de los objetivos marcados, en base a la siguiente lista de comprobación:

- ¿Se ha obtenido la implicación de todos los miembros de la familia en la búsqueda de solución del problema?
- ¿Se ha definido la posición de los terapeutas como independientes de las instituciones que han derivado el caso?

- ¿Se ha obtenido un detallado relato de las situaciones de violencia?
- ¿Se ha explorado el funcionamiento familiar, en especial en torno a las conductas violentas?
- ¿Se han explorado las soluciones intentadas?
- ¿Se ha realizado el genograma familiar completo?
- ¿Se han explorado violencias previas?
- ¿Se ha negociado un contrato terapéutico?
- ¿Se ha formulado y “firmado” el pacto de no violencia?
- ¿Se ha intentado redefinir la conducta violenta dentro del funcionamiento familiar?
- ¿Se han formulado hipótesis?
- ¿Se ha intentado aclarar y llegar a una definición común de la demanda y de los objetivos de la intervención?

Puede ser también el momento adecuado para presentar una sesión clínica del caso y para contactar de nuevo con el derivante, otros profesionales implicados en el caso, etc.

FASE MEDIA

El objetivo general de la fase media será el de producir cambios en el funcionamiento familiar que hagan innecesaria la conducta violenta, desarrollando el plan de intervención terapéutica formulado en la fase anterior.

Más específicamente, los objetivos de esta fase serán el desarrollo y afianzamiento de un vínculo terapéutico que permita proponer alternativas a la conducta sintomática.

Se trabajará inicialmente sobre la información obtenida en la fase inicial, que continuará enriqueciéndose; en ningún momento se dejará de recoger información sobre el funcionamiento familiar. Esto permitirá revisar y, en su caso, reformular las hipótesis efectuadas inicialmente.

Tras las entrevistas familiares iniciales puede valorarse la posibilidad de un trabajo individual con alguno de sus miembros, ya sea el paciente identificado o alguna otra persona de la familia (por ejemplo: madre agredida con sentimientos de infravaloración y humor depresivo).

Las entrevistas individuales se realizarán siempre de manera coordinada y, en ocasiones, simultáneamente a las entrevistas familiares que serán el hilo conductor del tratamiento.

El trabajo individual con el paciente identificado puede dirigirse a trabajar sobre la información obtenida en la fase inicial, tratando de identificar las situaciones externas, que favorecen las conductas agresivas. Haciendo siempre hincapié en los aspectos relacionales, se buscará también identificar las experiencias internas (emociones, cogniciones) que favorecen el surgimiento o desarrollo de conductas agresivas, ayudando a reconocer la ira para anticipar las situaciones de agresión reforzando el control de los impulsos.

También se explorarán las áreas de sufrimiento que subyacen a la agresión, y se procurará trabajar con la red social del paciente identificado, o de la familia, con el fin de reforzar el apoyo externo.

REVISIÓN DE OBJETIVOS

Al final de la fase media se supervisará de nuevo la marcha de la terapia, haciendo de nuevo una revisión del cumplimiento de los objetivos marcados:

- ¿Se ha concretado un plan de intervención terapéutico?
- ¿Se han revisado y, en su caso, formulado nuevas hipótesis?
- ¿Se han identificado actitudes que favorecen conductas violentas? ¿Se ha intervenido sobre ellas?
- ¿Se han explorado las áreas de sufrimiento que pueden yacer bajo la agresión?

- ¿Se ha trabajado el control de impulsos?
- ¿Se ha trabajado la red social?
- ¿Se han producido modificaciones en el funcionamiento del sistema familiar que dificulten la aparición de conductas violentas?
- ¿Se ha producido alguna agresión?

En el caso de que no haya agresiones, se hayan registrado modificaciones en el funcionamiento familiar y hayan transcurrido un mínimo de 4 sesiones, se pasará a la siguiente fase.

FASE FINAL

El objetivo general de esta fase es finalizar la terapia y acordar, en su caso, otras actuaciones.

Los objetivos específicos serán terminar las tareas que hayan quedado pendientes durante la fase media, hacer un balance de la terapia, proponer, en caso de que se vea necesario actuaciones terapéuticas posteriores y acordar contactos de seguimiento.

Una vez tomada una decisión respecto a la finalización de la terapia, ésta se planteará a la familia con el fin de llegar a un acuerdo común. Si están de acuerdo, se hará un balance de la terapia. Si se considera oportuno se indicarán otras actuaciones (terapéuticas, educativas, etc.) dirigidas a todos o a alguno de los miembros de la familia para llevar a cabo una vez que haya finalizado la terapia.

En el caso de que sea necesario, se remitirá un informe final a las instancias pertinentes.

REVISIÓN DE OBJETIVOS

Al finalizar la terapia, se revisarán de nuevo los objetivos generales y específicos planteados:

- ¿Ha cesado la conducta violenta?
- ¿Se ha hecho balance de la terapia?

- ¿Se han registrado cambios en el funcionamiento familiar?
- ¿Ha quedado alguna tarea pendiente?
- ¿Se han registrado cambios en la estructura familiar?
- ¿Se ha acordado un seguimiento con la familia?
- ¿Se ha anotado adecuadamente la evolución del caso en la historia clínica?
- ¿Se han hecho los informes perceptivos?

ADAPTACIÓN A CASOS CONCRETOS

El protocolo descrito puede ser útil como línea general de intervención en VFP. Luego, naturalmente, debe adaptarse a las circunstancias particulares de cada caso. Así, por ejemplo, debe tenerse en cuenta la forma de derivación de la familia: no será lo mismo si ésta acude libremente a la terapia, o si lo hace porque una intervención judicial le obliga a hacerlo. En este segundo caso, será necesario dedicar un tiempo más prolongado para conseguir la necesaria alianza terapéutica que permita desarrollar adecuadamente el proceso terapéutico.

También deberá tenerse en cuenta si se trata de una familia reconstituida, en la que la VFP se complica, por ejemplo, con un conflicto de lealtades de un hijo adolescente entre su padre o madre biológica y el padrastro o madrastra. Si no se presta atención al complejo proceso de reconstrucción familiar la terapia se atascará sin permitir avances en el cese de la violencia.

- De la misma manera no actuaremos de igual forma,
- si se trata de una familia nuclear o de una familia monoparental. En la primera aparecerá con más frecuencia el conflicto conyugal, mientras que en el segundo caso nos encontraremos más a menudo situaciones de fusión emocional.
 - si nos encontramos con una familia adoptiva, con

unos hijos o hijas enfadados con el mundo por sentirse abandonados por los padres biológicos, que dirigen su frustración hacia los padres adoptivos.

- si se trata de una familia migrante, cuyos hijos o hijas fueron “abandonados” al comienzo del proceso migratorio, y que cuando se produce la “reagrupación” de nuevo hay un desarraigo en los hijos que habían ido conformando su red social, y que tienen que adaptarse a una nueva situación quizá en un momento complicado de su ciclo vital, volcando el malestar que todo eso les produce hacia sus progenitores.
- si se trata de procesos aún más complejos: hijos adoptados que provienen de otro país, familias emigrantes que enfrentan una reconstrucción familiar al reagruparse, etc. En todos estos casos es imprescindible adaptar el protocolo, añadiendo las características específicas de estas familias.

ANEXO

CONTRATO DE PACTO DE NO VIOLENCIA

La Terapia Familiar es un proceso de trabajo compartido que requiere de ciertas condiciones que permitan la comunicación, la expresión de emociones, etc. Por ello son imprescindibles actitudes como: escuchar a los demás, respeto mutuo, evitar cualquier acción de provocación, amenaza o violencia que impida o dificulte la libre expresión de opiniones o sentimientos.

Dado mi interés en colaborar y participar en este proceso me comprometo a:

- no actuar ni ejercer conductas de violencia, físicas o verbales, durante el transcurso de la terapia,
- no desarrollar actitudes que provoquen o favorezcan la aparición de esas conductas violentas en alguno de los miembros de la familia,
- informar si se produce cualquier comportamiento violento o de aquellos definidos como favorecedores de la violencia, en el tiempo transcurrido entre las sesiones.

Cualquier incumplimiento de este pacto se tratará en el contexto de las sesiones y podrá suponer la finalización de la terapia.

Firma

REFERENCIAS

- Gallagher, E. (2004). Parents victimised by their children. *Australian & N.Z. of Family Therapy*, 25(1), 1-12. <https://search.informit.org/doi/10.3316/informit.425453300542635>.
- Ibabe, I., Jaureguizar, J. y Díaz, O. (2007). *Violencia filio-parental. Conductas violentas de jóvenes hacia sus padres*. Servicio Central de publicaciones de Gobierno Vasco: Vitoria-Gasteiz, España.
- Pereira, R. (2011). *Psicoterapia de la violencia filio-parental: entre el secreto y la vergüenza*. Morata.
- Pereira, R. (2015). Psicoterapia della violenza filio-parentale: Protocollo di intervento. *Psicobiattivo*, 35(2) 155-170. <https://doi.org/10.3280/PSOB2015-002010>.
- Pereira, R. (2018). La nueva violencia filio-parental: características, funcionamiento familiar y propuesta de intervención. *Mosaico*, 71, 131-148. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6862187>.
- Pereira, R. (2019). La intervención en violencia filio-parental desde el modelo sistémico. En E. Calvete y R. Pereira (Eds.), *La violencia filio-parental. Análisis, evaluación e intervención* (pp. 163-202.). Alianza
- Pereira, R. y Bertino, L. (2009). Una comprensión ecológica de la violencia filio-parental. *Redes, Revista de Psicoterapia Relacional e Intervenciones Sociales*, 21, 69-90. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2997726>.
- Pereira, R., Bertino, L., Romero, J.C. y Llorente, M.L. (2006). Protocolo de intervención en violencia filio-parental. *Mosaico*, 36, 27-32.
- Pereira, R., Loinaz, I., Del Hoyo-Bilbao, J., Arrospide, J., Bertino, L., Calvo, A., Montes, Y. y Gutiérrez, M. (2017). Propuesta de definición de Violencia Filio-Parental: Consenso de la Sociedad Española para el estudio de la Violencia Filio-Parental (SEVIFIP). *Papeles del Psicólogo*, 38(3), 216-223. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2017.2839>.

- Pérez, T. y Pereira R. (2006) Violencia filio-parental. Revisión de la bibliografía. *Mosaico*, 36,10-17.
- Romero, F; Melero, A; Cánovas, C y Antolín, M. (2005). *La violencia de los jóvenes en la familia: Una aproximación a los menores denunciados por sus padres*. Documentos de Trabajo. Centro de Estudios Jurídicos del departamento de Justicia de la Generalitat de Cataluña.
- Sluzki, C. (2002). Violencia Familiar y violencia Política. Implicaciones terapéuticas de un modelo familiar. En D. Friedman (comp.), *Nuevos paradigmas, cultura y subjetividad* (pp. 351-371). Paidós.

XII

PROCESO DE SEPARACIÓN DE CARÁCTER DESTRUCTIVO CON HIJOS ADOLESCENTES

Gerardo Chandía Garrido

INTRODUCCIÓN

De acuerdo a las cifras entregadas por el Registro Civil durante el año 2018 (hasta noviembre) se han realizado un total de 60.555 matrimonios y un total de 41.575 divorcios, lo que da cuenta que, si bien la cifra de matrimonios es superior a la de divorcios, esta última ha tenido un aumento sustancial, considerando que en el año 2006 la cifra de divorciados alcanzaba sólo 10.119.

El proceso de separación supone pérdidas y como tal una etapa de duelo, en este sentido es esperable que los individuos y las familias enfrenten distintos periodos en el proceso de elaboración que culmina con la posibilidad de integrar la pérdida. No obstante, en muchos casos la elaboración de las pérdidas asociadas a la separación se queda en una etapa congelada (Cáceres et al., 2009; Ojeda et al., 2014), situación que puede observarse habitualmente en los divorcios destructivos.

Es justamente tal situación la que se pretende abordar a través de una comprensión sistémica y relacional del fenómeno, que permita entender esta situación como el resultado de responsabilidades compartidas y, por ende, dando cuenta que para lograr una intervención terapéutica exitosa deberemos considerar aspectos específicos de este tipo de dinámicas y estar conscientes de la influencia de todos los actores que participan,

considerando que el cómo se lleve el proceso de divorcio influye directamente en el bienestar emocional de los hijos/as.

DIVORCIO

Históricamente, la organización familiar nuclear ha sido considerada un factor esencial para el desarrollo sano de los individuos. Durante mucho tiempo se ha naturalizado esta forma de organización como la única posible y funcional. Sin embargo, en las últimas décadas, las prácticas sociales de los individuos han abierto paso a la visibilización de distintos modos de ser familia y a la constatación de que factores sociales, culturales, económicos y personales se manifiestan en la existencia de una diversidad de sistemas familiares, los que no necesariamente corresponden a los estereotipos normativos de la familia tradicional (Bernales, 2014; Jiménez et al., 2012). En este escenario, el divorcio ha dejado de considerarse socialmente como un acontecimiento traumático y patológico en la vida del ser humano, y es visualizado como un “proceso posible” dentro de la vida en pareja (Bikel y Zanuso, 2007).

El proceso de divorcio de pareja comienza cuando por lo menos uno de los miembros de la pareja decide terminar la relación. En este contexto, nos encontramos con dos personas en una fase de redefinir aspectos relevantes de su individualidad. Sin duda, en aquellos casos en que uno no está de acuerdo con la decisión de separarse, este proceso se hace aún más difícil. En este nuevo contexto, donde las emociones de desamor y dolor se encuentran latentes, no sólo para el que deja de ser amado como también para el que deja de amar, se viven distintas pérdidas, entre ellas el dejar de “ser familia” (Cáceres et al., 2009).

Todo divorcio implica siempre distintos procesos, entre ellos: un proceso social asociado a las definiciones culturales imperantes del hecho de “separarse”, como también las distintas definiciones de “ser mujer” y “ser hombre” de acuerdo a cada cultura; un proceso individual que por lo general se da en dis-

tintos tiempos entre los miembros de la pareja; un proceso de pareja asociado a la dinámica relacional previa de la pareja que muchas veces predice el cómo será el curso de la separación; y un proceso familiar, no sólo de las familias de origen de los miembros de la familia sino también del núcleo que formó la pareja junto a sus hijos (Cáceres et al., 2004).

Tal como señala Cáceres y Manhey (2006), al enfrentarnos a una familia en proceso de separación, estamos frente a un tipo de familia que comparte algunos aspectos comunes:

“Son familias que han vivido una crisis desestructurante en su ciclo vital que les ha demandado una importante reorganización, que ha implicado un cuestionamiento y la necesidad de reformular aspectos de la identidad familiar y los proyectos de vida de cada uno de sus miembros. Son familias que han requerido realizar un proceso de duelo por las pérdidas que implica para todos sus miembros y cuya organización actual depende, en parte, del grado en que estos procesos se hayan llevado a cabo” (p. 28).

ETAPAS DEL DIVORCIO

Bikel y Zanuso (2007) describen seis etapas en el proceso de divorcio:

1. *Pensando en el divorcio*: uno de los miembros de la pareja comienza a pensar el divorcio como una solución a los problemas maritales.
2. *Planeando el divorcio*: el que decide separarse comparte la decisión con el otro cónyuge, quien perplejo no asume la decisión y se evalúan otras vías de solución externas a la pareja (terapias, iglesia, familia extensa). Esta fase puede cronificarse apareciendo cuadros clínicos (depresión y ansiedad).
3. *Separación*: se materializa la separación, entran en

juegos distintas emociones (duelo). Se pueden producir reencuentros esporádicos (afectivos o sexuales). Se reestructuran las relaciones con los hijos y familia extensa. Cuando existe un desacuerdo más latente pueden surgir situaciones de violencia (“unidos a través de la pelea”).

4. *Divorcio legal*: de gran costo emocional para la pareja, pueden generarse situaciones donde las disputas se convierten en el estilo comunicacional habitual, involucrando a los hijos, convirtiendo esta etapa en un divorcio crónicamente litigioso

5. *Divorcio emocional*: etapa lenta y dolorosa, perdura como mínimo dos años e implica una reorganización de la pareja. Se logra mayor estabilidad psíquica.

6. *Post-divorcio*: Surgen nuevas estructuras familiares, donde los hijos inevitablemente verán afectado su bienestar. Todos los miembros deben aprender una nueva forma de relacionarse.

DIVORCIO COMO DUELO

Debemos considerar que separación y duelo no necesariamente se presentan de modo consecutivo, el proceso de duelo comienza desde que la pareja se mantiene junta, cuando se dan cuenta que la relación ha cambiado, cuando el desamor comienza a generar cambios en la dinámica de pareja. Por lo general, esta situación es más consciente en un miembro que en el otro, y es éste quien decide dar el paso hacia la ruptura, generando la crisis de la separación, y produciendo una vivencia de desestructuración para ambos. Durante este tiempo surgen sentimientos de culpa, dudas, rabia, desconfianza e inseguridad.

En este sentido, como todo proceso de duelo “normal” exige readaptación a las pérdidas y es esperable un proceso de dolor y sufrimiento, que necesita para su resolución, tiempo y

un trabajo emocional y psicológico (Benavente y Rivera, 2016; Cáceres et al., 2009).

En el proceso de separación y divorcio, aparece el dolor de los proyectos que no se cumplen, el fracaso, la pérdida del matrimonio para toda la vida (Bikel y Zanuso, 2007). En este contexto, las parejas que logran elaborar adecuadamente el proceso de divorcio, llevando a cabo una separación colaborativa, son aquellas en las que sus miembros logran elaborar las múltiples pérdidas que implica la separación (Cáceres et al., 2009). Tizón (2004) señala las tareas que debe cumplir una pareja durante el proceso de separación, refiriendo entre ellas: aceptar el término de la relación, tolerar el dolor por las pérdidas que ésta conlleva, la readaptación al medio y resolución de temas administrativo-legales y reubicación de la expareja en el mundo interno y externo de ambos. Para el autor sólo una vez logradas estas tareas, la pareja logra centrar su vínculo en base a la parentalidad.

De acuerdo a Cáceres et al. (2009) las parejas deberían pasar por distintos estadios y llevar a cabo algunas tareas en beneficio del proceso de duelo. Estas tareas estarían asociadas con la elaboración de las pérdidas de la separación, pasar de una relación conyugal a una post-conyugal, definir la relación parental post-separación y lograr una organización familiar post-separación. Si bien es cierto se trata de un proceso complejo, de un duelo logrado se puede salir fortalecido. Por el contrario, si éste se estanca se convierte en una experiencia limitante del crecimiento (Cáceres et al., 2004).

Por otra parte, las investigaciones actuales han replanteado la meta terapéutica en el proceso de duelo en contextos de separación, señalando que se debe aprender a vivir con la pérdida, integrarla, más que superarla, teniendo como meta la redefinición de su significado y el otorgarle un sentido (Cáceres et al., 2018).

PROCESO DE DUELO CONGELADO: DIVORCIO DESTRUCTIVO

Cuando los sentimientos asociados a la etapa de duelo, no logran transitar hacia un proceso de adaptación a la nueva realidad, este proceso se detiene y se torna destructivo. En este sentido, la frase “toda separación conyugal causa dolor, pero no cualquier separación causa daño” (Cáceres et al., 2009, p. 54), nos permite desmitificar la idea de que toda separación es dañina.

Cáceres y Manhey (2006) definen, en términos generales, a las familias en separaciones destructivas como aquellas:

“Que se caracterizan por la presencia de un conflicto post conyugal intenso, no resuelto, que se traduce en peleas y tensiones que involucran a los propios hijos y a terceros (familia extensa, amigos o profesionales que les prestan ayuda). Las funciones parentales nutritivas y/o normativas están francamente disminuidas, con el consecuente descuido, desprotección y la emergencia de sintomatología de diversa gravedad en los hijos”. (p.28).

EFFECTOS EMOCIONALES EN LOS NIÑOS/AS INMERSOS EN PROCESOS DE SEPARACIÓN CONYUGAL

Existe discrepancia entre los autores respecto a las consecuencias negativas producidas en los niños producto del divorcio. Algunos sostienen que el divorcio invariablemente conduce a resultados negativos en el desarrollo de los hijos (Mederos, 2017; Tejedor, 2007, 2012) y otros (Martínez et al., 2010) señalan que el divorcio no ocasiona efectos negativos o, cuando los produce, éstos desaparecen a mediano plazo. Sin embargo, pareciera ser que el daño emocional causado en los niños se asociaría más bien a *cómo* se produce el divorcio (anterior y posterior a la ruptura) más que en el proceso de divorcio propiamente tal.

En el caso de los adolescentes, éstos muchas veces asumen el rótulo de “problema”, generándose una fractura en el grupo familiar, sintiéndose desnutridos relacionalmente e incluidos en el conflicto de los padres (Silva y Valderrama, 2015). Cohen (2016), señala que los adolescentes desarrollan una autonomía emocional prematura con el objeto de manejar los sentimientos asociados al divorcio y la des-idealización de los padres, que puede desencadenar en problemas de conducta, abuso de drogas, dificultades emocionales, disminución del rendimiento escolar, entre otros.

Por otra parte, donde existe mayor acuerdo es en el daño emocional provocado en los niños inmersos en el contexto de separaciones destructivas y más aún en procesos de Síndrome de Alienación Parental (SAP), donde queda en evidencia la situación de vulnerabilidad y las consecuencias negativas para el bienestar psicológico de los niños.

RELACIONES PARENTO-FILIALES EN LOS DIVORCIOS DESTRUCTIVOS: EL SÍNDROME DE ALIENACIÓN PARENTAL (SAP)

Una de las consecuencias asociadas a los procesos de separación destructiva radica en el intento que realiza uno de los padres para impedir el acceso de los hijos al otro progenitor, poniendo obstáculos a su encuentro (De la Cruz, 2008). El autor Richard Gardner, en el año 1985 (citado en Segura, Gil y Sepúlveda, 2006), definió a este fenómeno como Síndrome de Alineación Parental (SAP), señalando:

“Es un trastorno que surge principalmente en el contexto de las disputas por la guarda y custodia de los niños. Su primera manifestación es una campaña de difamación contra uno de los padres por parte del hijo, que no tiene justificación. El fenómeno resulta de la combinación del sistemático adoctrinamiento (lavado de cerebro) de uno

de los progenitores y de las propias contribuciones del niño dirigidas a la denigración del progenitor objeto de esta campaña". (p. 119-120).

Si bien el concepto de SAP ha sido ampliamente aceptado, existen críticas al modelo explicativo lineal de Gardner, existiendo autores que señalan que el SAP correspondería a un proceso más bien relacional. Entre ellos encontramos a Bolaños (2005) quien entiende el SAP como un síndrome familiar, donde todos los integrantes de la familia participan en la construcción relacional del fenómeno, participando además en su transformación. De acuerdo a esta nueva perspectiva, adquiere relevancia tomar en cuenta diversos aspectos, como por ejemplo, la evolución de la pareja hasta la disolución, la influencia del sistema legal, como también la participación del padre aliado en la configuración del fenómeno e incluso de los hijos en un sistema de dobles presiones parentales, por tanto, estamos frente a una mirada sistémica y comprensiva del fenómeno. Bolaños (2005) al asumir una mirada relacional del fenómeno, sustituye la definición clásica de Gardner: progenitor aliado y aliado, por el de progenitor aceptado y rechazado.

Gana et al. (2008), realizan una reflexión teórica clínica de los planteamientos de Bolaño, enfatizando en la importancia de ampliar la mirada y ver el SAP como un síndrome familiar donde todos sus miembros participan. Señalan la relevancia de incluir en el análisis del SAP antecedentes de la dinámica relacional anterior a la ruptura y post conyugal. En este sentido Herscovici (citado en Gana et al., 2008) señala que la calidad de la relación conyugal anterior predice los niveles de destructividad de la separación.

La dinámica familiar asociada al SAP se inicia cuando los progenitores no logran llegar a acuerdo y resolver sus conflictos, involucrando a los hijos en la disputa, en un contexto donde distintas emociones se manifiestan como consecuencia de los cambios en las rutinas post separación para los hijos y la ten-

sión del ambiente, como también las emociones de rabia, pena y frustración, vividas no solo por los niños sino también por los progenitores asociado a la ruptura. Estas emociones son traspasadas al entorno, es así como los hijos perciben el malestar de los padres, ya sea directa o indirectamente, situación que se repite en las visitas y contacto con el progenitor no custodio. Este padre ahora traspasa su frustración y tristeza por las dificultades que se van generando y la progresiva desvinculación con sus hijos, quien percibe estas emociones y aumenta su rechazo. Por otro lado, al sentir igualmente la rabia del progenitor custodio, los niños demuestran lealtad hacia éste, por el temor que esta rabia se traspase a ellos. Todo esto además se traspasa a los miembros de la familia extensa que pueden actuar como rechazados o como promotores del rechazo (Gana et al., 2008).

Otro factor a considerar, es la influencia del sistema judicial en el surgimiento, mantención y cronificación del SAP, considerando que la lógica del tribunal es la de dos partes que se enfrentan para vencer al otro, quedando invisibilizadas las necesidades de los niños. Incluso acá, desde la nueva lógica del interés superior del niño y la inclusión como sujetos (y no objetos) en los procesos judiciales, donde es necesario “escuchar su voz”, resulta peligroso, considerando que estos niños se encuentran en una situación de vulnerabilidad, donde su rol es de defensor, emisario o representante de uno u otro padre, por tanto su “voz” se encuentra influida por agentes externos, es decir, las necesidades de los padres se expresan a través de las voz de los niños (Gana et al., 2008).

TERAPIA FAMILIAR EN PROCESOS DE SEPARACIÓN

Uno de los primeros requerimientos para iniciar un proceso de terapia familiar en este contexto, es que la pareja tenga la claridad que la continuidad del vínculo no es posible, al menos en esta etapa. Uno de los dos miembros debe haber tomado la decisión y el otro la debe haber aceptado (aún cuando no lo

quiera). Incluir a los hijos en un contexto donde existe ambivalencia frente a la separación, es altamente perjudicial, siendo necesario recomendar terapia de pareja e incluso terapia individual cuando no exista disposición (Cáceres y Manhey, 2006).

Por otra parte, cuando existe disposición, buena comunicación, una actitud de querer proteger a los hijos, la terapia familiar se convierte en una buena opción de acompañamiento en el proceso de separación, previniendo dificultades posteriores. Un concepto principal es tener claro que la pareja conyugal se separa, pero la parental se debe mantener unida en beneficio de los hijos (Cáceres y Manhey, 2006), como también, considerar a la parentalidad como una construcción relacional, entendiendo que a menudo el quiebre conyugal permite que emerjan modos relacionales novedosos para ambos padres, surgiendo recursos y habilidades que no habían sido necesarias en el ejercicio conjunto de la parentalidad (Cáceres et al., 2018).

No obstante, existe un alto número de parejas donde la separación no resulta un proceso fácil de llevar, generándose dificultades emocionales y relacionales, alcanzado procesos de separación destructivos. En este contexto, la terapia familiar también se convierte en una adecuada estrategia de intervención, considerando que la destructividad no es una dinámica individual sino relacional y es ahí donde es posible generar cambios. Si bien, ambos padres buscarán el beneficio propio, es posible que los cambios comiencen pensando en el beneficio de los hijos, de ahí resulta relevante escuchar a éstos (hijos) de forma directa y a la vez incluirlos en la intervención, con el objeto de sacarlos de la dinámica maltratante, usando incluso a la fratría como recurso terapéutico. Se debe tener presente, que este tipo de familia da cuenta de sistemas cerrados, con tendencia a la homeostasis y con dificultades para el crecimiento. Así también, al tratarse de separaciones destructivas, la posibilidad de incluir al sistema legal como otro interviniente es bastante probable, en este contexto uno o ambos padres asistirán obligados, enfrentándonos a una terapia coactiva, que debe ser acotada en

el tiempo, plantearse objetivos mínimos centrados en desactivar la pauta destructiva y con una fase de evaluación extensa que sea intervención en sí misma (Cáceres y Manhey, 2006).

Por tanto, el objetivo de la intervención familiar es promover una reorganización funcional post separación de la familia, que posibilite la protección y el adecuado desarrollo de sus miembros, siendo relevante intervenir en los procesos de duelo y destructividad (Cáceres y Manhey, 2006; Valderrama y Silva, 2017) y avanzar hacia la corresponsabilidad parental (Cáceres et al., 2018).

Respecto a la pregunta de a quién incluir en el proceso, la respuesta va orientada en trabajar en ejes relacionales, incluyendo a toda la familia, pero no a todos juntos, evaluando quienes conforman la familia, quienes viven con quienes y quienes desean asistir. Resulta recomendable hacer una pre-sesión ya sea reuniéndose con el equipo que trabajará como también haciendo un llamado telefónico a la familia que permita recabar información inicial. Cáceres et al. (2018), señalan que se debe contar con el consentimiento y autorización de ambos padres, esta postura desafía al sistema a incluir al padre/madre que inicialmente no consulta.

Respecto al encuadre de trabajo Cáceres y Manhey (2006) señalan ciertas “maniobras de encuadre” que se deben emplear:

- Distinguir el espacio terapéutico del espacio judicial.
- Recoger y validar los sentimientos de desconfianza en relación al proceso terapéutico y al terapeuta.
- Especificar el rol que tendrá el terapeuta, él decidirá con quiénes y cómo trabajar con la familia.
- Proteger que el desarrollo del proceso se transforme en un arma de guerra entre los ex cónyuges.
- Explicitar que el terapeuta y la terapia estará centrada principalmente en el bienestar de los hijos.

Por último, respecto a la evaluación familiar Cáceres y Manhey (2006) y Cáceres, Barra y Raies (2018), refieren que se debe identificar la etapa del ciclo vital familiar, realizar una evaluación estructural y evaluar la apertura al cambio de la familia, como también poner énfasis en los siguientes aspectos:

- *La separación o divorcio*: evaluar cómo sucedió la separación, pero también el antes y el después del suceso. Así también evaluar la etapa del proceso de separación y el grado de destructividad.
- *Autonomía relativa de los ejes relacionales en el sistema familiar*: en las separaciones destructivas por lo general el conflicto post-conyugal atraviesa el funcionamiento de todos los demás ejes relacionales, viendo interferida su autonomía. Trabajar en un determinado eje no significa necesariamente que tengamos que hacer sesiones con todos ellos, lo importante es siempre mantener la mirada relacional en cada sesión.
- *Eje relacional parental*: diagnosticar la co-parentalidad, que es la capacidad de los padres de trabajar en sociedad y coordinados en beneficios de sus hijos; en los divorcios destructivos esta capacidad se encuentra prácticamente ausente. Se sugiere ayudar a los padres a distinguir entre lo conyugal y lo parental, trabajar en la manera en que ese padre o madre participa en el conflicto y cómo sus propias conductas interfieren en el ejercicio parental propio y del otro.
- *Eje relacional parento filial*: en las separaciones destructivas los padres están más preocupados de ver sus necesidades y no la de sus hijos, llegando incluso a una parentalidad maltratante. Se sugiere trabajar en el desarrollo de la empatía hacia los hijos, se realizan sesiones “espacio-encuentro” (sin la presencia del otro padre), lo que permite que los adultos escuchen a sus hijos y pue-

dan ver la orfandad sumergida en el conflicto. Las sesiones conjuntas de ambos padres y sus hijos, solo son posibles en fases muy avanzadas del proceso, cuando se ha logrado cierto grado de co-parentalidad.

- *Eje relacional fraterno*: en estas familias la configuración del lazo fraterno se encuentra limitada, impedida o dificultada, pudiendo darse la configuración de síntomas, proceso de triangulación, parentalización, alianza, coaliciones, entre otros. El objetivo es devolver a los hermanos a la hermandad, diferenciando lo fraterno de lo filial.

- *Disposición de la familia a la terapia*: evaluar expectativas y motivaciones de los miembros de la familia.

- *Construcción de alianza terapéutica con padres antagónicos*: el terapeuta debe mantenerse imparcial y objetivo, intentando mantener un juicio reflexivo en cada disputa parental. Los padres, por lo general, llegan a la terapia con expectativas distintas entre ellos, lo que hace que la construcción de la alianza (y la mantención) abarque mucho tiempo, siendo la primera fase del proceso y la primera meta de la terapia.

Por otra parte, el terapeuta que trabaja con este tipo de familia suele enfrentarse con mayor frecuencia a situaciones de *impasse*, definido como una ruptura en el desarrollo del proceso terapéutico que no responde a un error técnico sino a un entrapamiento relacional. De lo anterior, Raies y Manhey (2011) señala que se deben considerar dos elementos relevantes: la identificación de indicadores de destructividad, analizándolo desde el punto de vista relacional, cómo se expresan en cada dinámica familiar y los aspectos relativos a la persona del terapeuta y como estos participan en la construcción del sistema terapéutico.

CONCLUSIONES

Hoy en día, hablar de divorcio separado del sistema judicial es imposible; si bien se establecen procesos previos de mediación, estos muchas veces no logran llegar a buen término, lo que da como resultado una familia inmersa en un sistema litigioso, donde la lógica sigue siendo la del ganador versus perdedor.

Por tanto, cambiar la mirada del fenómeno hacia una mirada sistémica y relacional adquiere relevancia, no obstante, esto no es tan fácil cuando la realidad dice otra cosa. El Tribunal decide o más bien el “juez” decide bajo sus argumentos, que, por lo general, son legales, pero también cargados de historias personales. Por otra parte, el aparato judicial funciona con agentes del Sename encargados justamente de los procesos de intervención en estos casos, los llamados Programas de Prevención Focalizado (PPF) que continúan con la lógica del tribunal, entendiendo el fenómeno como un progenitor “bueno” versus uno “malo”. Por tanto, la pregunta es ¿cómo lograr cambios en este contexto? Quizás la respuesta es difícil de responder y más aún, difícil de implementar, no obstante este trabajo permite abrir la mirada hacia el intento de responder esta pregunta bajo la lógica de entender la etapa de divorcio, y en especial el fenómeno de divorcio destructivo, como un proceso sistémico y relacional.

Por tanto, como primera estrategia es no trabajar solos como terapeutas, al enfrentarnos a estas familias; debemos necesariamente trabajar en conjunto con los demás intervinientes (colegios, tribunal, Sename), desde una mirada de apoyo y no de competencia. Las familias que se encuentran en la etapa de duelo, se encuentran cargados de emociones dolorosas, evidenciando mucho sufrimiento, donde a veces la única solución para mantenerse unidos es la pelea con el otro progenitor. No estamos diciendo que este proceso de duelo se evite, por el contrario, debe vivirse y sentirse, pero como terapeutas familiares debemos contribuir a que este duelo no se congele y para eso,

en estas familias donde el proceso ya se encuentra judicializado, solos no podemos.

Otro factor a considerar, es la necesidad de supervisión asociado a la influencia de aspectos personales en nuestro rol, donde debemos estar conscientes y responsabilizarnos, de que cada uno tiene un sistema de creencias asociado a lo que significa ser padre o madre y que significa un quiebre matrimonial. Cuando lo hacemos consciente y lo ponemos al servicio de la intervención, hemos logrado avanzar en el proceso.

Por tanto, cuando todos los intervinientes logren entender el fenómeno desde las propias responsabilidades, se logrará intervenir en beneficio de las familias que se enfrentan a la tan dolorosa experiencia de poner fin al matrimonio.

REFERENCIAS

- Benavente, G. y Rivera, D. (2016). Expectativas premaritales y modalidades de afrontamiento de conflictos en los primeros cinco años de matrimonio en parejas de nivel socioeconómico alto y en su primer matrimonio. *De Familias y Terapias*, 40, 81-96. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5762481>.
- Bernales, S. (2014). Cambios y desafíos en las familias chilenas. Expectativas, influencia de las políticas públicas y tecnologías de la información y comunicación. *De Familias y Terapias*, 23 (36), 23-64.
- Bikel, R. y Zanuso, L. (2007). Hasta que la muerte nos separe... Divorcio: Duelo, reparación y correlaciones judiciales. *Sistemas Familiares*, 23 (2), 59-69.
- Bolaños, I. (1998). *Estudio descriptivo del Síndrome de Alineación Parental. Diseño y aplicación de un programa piloto de mediación familiar*. (Disertación doctoral no publicada). Universidad Autónoma de Barcelona. España.

- Bolaños, I. (2005). Cuando el divorcio conyugal supone un divorcio paterno-filial: del juzgado a la mediación. *Trabajo Social Hoy, monográfico*, 105-123.
- Cáceres, C., Barría, V. y Raies, A. (2018). Parentalidad post divorcio. *De Familias y Terapias*, (45), 27-49. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7076936>.
- Cáceres, C. y Manhey, C. (2006). Aspectos generales de la Terapia en procesos de separación o divorcios destructivos. *De Familias y Terapias*, 14 (23), 27-49. https://terapiafamiliar.cl/desarrollo/wp-content/uploads/2021/03/Eq-separacion-y-ensamble_Aspectos_generales_de_la_Terapia_Familiar_en_procesos_de_separacion_o_di....pdf
- Cáceres, C., Manhey, C. y Raies, A. (2004). Comprensión sistémico-relacional del proceso de separación conyugal. *De Familias y Terapias*, 12 (18), 53-78.
- Cáceres, C., Manhey, C. y Vidal, C. (2009). Separación, pérdida y duelo en la pareja: Reflexiones imprescindibles para una terapia de divorcio. *De Familias y Terapias*, 17 (27), 41-60.
- Cohen, G. (2016). Helping Children and Families Deal With Divorce and Separation. *Pediatrics*, 138 (6), 1-9. <https://doi.org/10.1542/peds.2016-3020>.
- De la Cruz, A. (2008). Divorcio destructivo: cuando uno de los padres aleja activamente al otro de la vida de sus hijos. *Revista Diversitas – Perspectivas en Psicología*, 4 (1), 149-157. <https://www.redalyc.org/pdf/679/67940112.pdf>.
- Gana, C., Manhey, C. y Soto, P. (2008). Hijos alineados y padres alineados. Asesoramiento e intervención en las rupturas conflictivas. *De Familias y Terapias*, 16 (25), 41 - 63.
- Jiménez, M., Amarís, M. y Valle, M. (2012). Afrontamiento en crisis familiares: el caso del divorcio cuando se tienen hijos adolescentes. *Salud Uninorte*, 28 (1), 99-112. <https://www.redalyc.org/pdf/817/81724108011.pdf>.
- Martínez, E., Ochoa, J. y Valdés, A. (2010). Características

- emocionales y conductuales de hijos de padres casados y divorciados. *Revista Internacional de Psicología y Educación*, 12 (1), 117-134. <https://www.redalyc.org/pdf/802/80212393007.pdf>.
- Mederos, C. (2017). Consecuencias del divorcio-separación en niños de edad escolar y actitudes asumidas por los padres. *Revista Cuban de Medicina General Integral*, 36 (3), 296-309. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252017000300003&script=sci_arttext&tlng=pt.
- Mesterman, S. (1988). Los contextos de la pareja violenta. *Sistemas Familiares*, 4 (1), 47-57.
- Ojeda, A., Estévez, J. y González, G. (2014). Ser pareja es aprender del lado oscuro de su relación y fortalecer su vínculo apego-desapego. *De Familias y Terapias*, 37, 89-115.
- Raies, A. y Manhey, C. (2011). Terapeutas en el trabajo con familias que viven proceso de divorcio conflictivo: ¿Cuáles son los principales impasses y cómo podemos enfrentarlo?. *De Familias y Terapias*, 20 (30), 53-60.
- Ravazzola, M. (2005). Violencia familiar: actualización de recorridos teóricos y técnicos desde la terapia sistémico-relacional y perspectivas que incluyen estudios de género. *Sistema Familiares*, 21 (3), 17-33.
- Segura, C., Gil, Mj. y Sepúlveda, M. (2006). El síndrome de alineación parental: una forma de maltrato infantil. *Cuadernos de Medicina Forense*, 12 (43-44), 117-128. https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113576062006000100009&script=sci_arttext&tlng=en
- Servicio de Registro Civil e Identificación. (s.f). *Estadísticas con enfoque de género*. Recuperado de <http://www.registro-civil.cl/>.
- Servicio Nacional de la Mujer SERNAM. (2012). *Orientaciones Técnicas 2012, Modelo de Intervención Centros de la Mujer*. Recuperado de http://www.sernam.cl/descargas/002/doc/Orientaciones_Tecnicas_Centros_Mujer_2012.pdf.

- Silva, E. y Valderrama, J. (2015). Post-conyugalidad en la relación ente padres separados e hijos adolescentes. *Revista Tesis Psicológica*, 10 (1), 46-69. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5888812>
- Tejedor, M. (2007). Intervención ante el Síndrome de Alineación Parental. *Anuario de Psicología Jurídica*, 17, 79-89. <https://journals.copmadrid.org/apj/archivos/102994.pdf>.
- Tizón, J. (2004). *Pérdida, pena, duelo. Vivencias, investigación y asistencia. Temas de Salud Mental*. Paidós.
- Tejedor, M. (2012). El Interés de los Menores en los Procesos Contenciosos de Separación o Divorcio. *Anuario de Psicología Jurídica*, 22, 67-75. <https://journals.copmadrid.org/apj/archivos/jr2012v21a7.pdf>.
- Valderrama, J. y Silva, E. (2017). Los juegos relacionales en familias reconstituidas. *Revista Tesis Psicológica*, 12 (1), 30-42. <https://www.redalyc.org/pdf/1390/139057282004.pdf>

XIII

DIVERSIDAD SEXUAL EN LA ADOLESCENCIA

Eugenia Escalona Araneda

INTRODUCCIÓN

El sexo, la sexualidad y la identidad sexual son temas relevantes en la adolescencia. Nuevas comprensiones teóricas permiten identificar los factores biológicos, sociales y culturales que impactan en la identidad sexual y género. De ese modo, hoy podemos entender que estas identidades son el producto de una elección dinámica, que puede ser más espontánea o más reflexiva, tal como ocurre con la elección de pareja. Estos aspectos constituyen un desafío para el clínico que trabaja con adolescentes.

El principal apoyo de los adolescentes suele ser la familia. Por esto, resulta relevante que la familia conozca pautas de acción que permita prevenir dinámicas conflictivas con el fin de posibilitar una sana expresión de lo erótico y lo afectivo, así como facilitar el desarrollo fluido de la orientación sexual e identidad de género de los adolescentes.

La actitud del terapeuta debe ser la de compartir información necesaria para orientar y, con esto, buscar en conjunto los recursos que necesite el adolescente y su familia para enfrentar de la mejor manera posible los prejuicios sociales y desafíos que enfrentará durante su desarrollo.

Por lo tanto, es fundamental en los terapeutas, abordar con franqueza el desarrollo, el deseo y la naturaleza de la identidad sexual en la evolución del adolescente.

LA CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA RELACIÓN DE PAREJA EN LA ADOLESCENCIA

La adolescencia es un concepto construido en la modernidad, responde a un fenómeno biológico, cultural y social. Dentro de ella, se espera que ocurran cambios puberales, así como el logro de la independencia psicológica y social; lo anterior es detonado y delimitado de manera diferente dependiendo de cada sociedad y cultura.

Una de las primeras formas de experimentar la autonomía en la adolescencia, es por medio del establecimiento de relaciones de pareja, donde frecuentemente se da inicio a la vida sexual como parte del desarrollo de las habilidades de intimidad (Grover & Nangle, 2003). Uno de los mayores impactos de estas primeras relaciones amorosas, tiene relación con lo que el individuo va a esperar de las relaciones de pareja de allí en adelante, además de darle pautas acerca de como comportarse en la intimidad y de como amar a otro.

Dentro de las relaciones de pareja, la sexualidad es un aspecto central e integra el sexo biológico, la identidad y roles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. Ella se experimenta y expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas y relaciones (Organización Mundial de la Salud, 2002).

La sexualidad adolescente, en gran medida, se basa en convicciones forjadas al alero de un intento de independencia y del establecimiento de relaciones de pareja más significativas, y no se encuentra basada solo en el impulso sexual biológico.

Estas convicciones se enmarcan en las ansias de expresar los afectos e impulsos biológicos de una manera socialmente aceptada, ya que los roles de género, de poder, las normas y valores sociales determinarán la forma y la expresión de la sexualidad, por lo que, las prácticas sexuales que vayan eligiendo en la adolescencia impactarán a lo largo de su vida adulta

(González et al., 2007). Es decir, que si se rigidizan las prácticas sexuales basadas en el control, el poder y la sumisión, estas impactarán en el futuro, ya que la persona tiende a replicar el patrón vincular aprendido en estas primeras relaciones de pareja.

ORIENTACIÓN SEXUAL

El deseo sexual es variable en su intensidad y formas de expresión. En este sentido, las personas transitan por la sexualidad a lo largo de su vida, pudiendo sentirse profundamente atraídas por alguien y no expresarlo, no sentirse atraídas y expresar conductas sexuales o no sentir atracción ni expresarlo.

Se movilizan de un patrón de atracción sexual a otro, pudiendo elegir quedarse en uno o migrar para explorarse y explorar al otro (Kinsey et al., 1948), en búsqueda de plenitud sexual, aceptación y amor. Es decir, se observa que hay personas que cambian su objeto amoroso, ya sea de persona del mismo sexo o de otro, la forma en que expresan el amor, así como cambian la manera en que desea recibirlos.

Dentro del continuo, encontramos las orientaciones:

- *Heterosexual*: Persona que se siente atraída hacia individuos del otro sexo.
- *Homosexual*: Persona que se siente atraída hacia individuos del mismo sexo. Los hombres se denominan gay y las mujeres lesbianas o gay.
- *Bisexual*: Persona que se siente atraída tanto hacia mujeres como hacia hombres.
- *Asexual*: Persona con la falta de atracción sexual hacia otros, o nulo interés/deseo en la actividad sexual (Frankowski, 2004).

La orientación sexual, entonces, es el patrón dinámico de atracción sexual y emocional que se dirige hacia otras personas, contempla la excitación física, interés emocional y sexual.

Como se dijo anteriormente, la orientación sexual no necesariamente se liga a conductas sexuales específicas; muchas veces se viven discrepancias entre la atracción sexual, conductas sexuales y la identificación. Es en este proceso interno donde el adolescente suele sentirse profundamente aislado, debido a que, si sus deseos no concuerdan con lo cree como socialmente aceptado, este puede percibir el ambiente como coercitivo, lo que generará que oculte sus deseos.

En este sentido, Frankowski (2004) afirma que en los ambientes donde existe mayor discriminación y hostilidad social, se genera malestar psicológico en el área de la autoestima, identidad e intimidad.

Se ha de recordar que las conductas sexuales no necesariamente van acompañadas de conductas afectivas, por lo que es relevante que, además de explorar la actividad sexual, exploremos los significados emocionales que tienen estas conductas para cada adolescente. Más aún, cuando en la práctica clínica es posible encontrar que los adolescentes relatan distintos grados de afectos en relación a sus conductas sexuales, teniendo en cuenta que muchos suelen tener relaciones pasajeras sin carga afectiva solo con fines exploratorios o debido a presión social, así como otros realizan conductas sexuales solo si mantienen una alta carga afectiva.

Entenderemos por conducta sexual la manera en la que se expresan estos sentimientos sexuales, la que va desde los besos y caricias, pasando por la masturbación, actos sexuales no penetrativos, sexo oral, vaginal y anal, sexo por teléfono, *sexting* (envío o recepción de mensajes de texto o imágenes con contenido sexual explícito), sexo por *chat* (con o sin cámara) y sexo virtual (Tulloch & Kaufman, 2013).

Por tanto, la sexualidad ha pasado de ser un precepto estable y del que no se hablaba, a un constructo modificable, político y que se refleja en prácticamente todas las acciones que realizamos, que nos da la pauta para comprender el mundo y relacionarnos con él.

IDENTIDAD Y GÉNERO

El sexo remite a la genitalidad de los cuerpos, mientras que el género responde a la expectativa social que se forma a partir del sexo, incluso antes de nacer (Beauvoir, 1987). La identidad de género, entonces se refiere a la vivencia interna e individual del género, la cual podría corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento, incluyendo la vivencia personal del cuerpo y otras expresiones, la vestimenta, el modo de hablar y los modales (Principios de Yogyakarta: Principios sobre la aplicación de la legislación internacional de derechos humanos en relación con la orientación sexual y la identidad de género, 2007).

La mayoría de las veces, la identidad de género se ajusta al sexo anatómico tanto en individuos heterosexuales como homosexuales. En los casos de las personas transgénero y travestis la identidad está definida, pero las personas se encuentran imposibilitadas de expresarla en el medio en el que se desarrollan. Producto de lo anterior, desarrollan la necesidad de ajustar sus cuerpos a una norma social o a sus propios deseos, llegando a someterse a intervenciones y/o tratamientos con diversas sustancias, lo que puede derivar en enfermedades o, incluso, en la muerte.

Las personas transgéneros y las travestis pueden ser heterosexuales, homosexuales o bisexuales. Finalmente, la disforia de género proviene del estrés emocional de tener una identidad de género que es diferente del sexo de nacimiento, por lo que desean la transición al otro género, siendo denominados trans (transexual, transgénero) (Frankowski, 2004; Firestone, 1976).

Los humanos entre los 18 meses y los 2 años se hacen conscientes de las diferencias físicas entre los dos sexos. A los tres años pueden identificar su sexo y a los cuatro años la identidad de género es estable (Frankowski, 2004).

Por esta razón, es posible observar que a muy temprana edad existen personas denominadas transexuales, en cuyo caso perciben que la genitalidad de su cuerpo es inapropiada a su

identidad. Mientras que las personas transgénero se dan cuenta que su vestimenta, modo de hablar y relacionarse no coincide con esta construcción social asignada a su sexo biológico.

En consecuencia, es posible comprender al género como una construcción cultural arbitraria que ofrece marcos referenciales que obstaculizan la plena autonomía y su realización en el campo profesional y en el espacio público de los sujetos, debido a que impone formas de vivir, sentir y practicar nuestra individualidad. El género no nos ofrece identidad, puesto que no hay una esencia o modo de ser macho humano o hembra humana; más bien, nos entrega una “identidad social” la cual es plástica y modificable en el tiempo dependiendo de las demandas del contexto sociohistórico (Butler, 2007).

PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN PARA EL TERAPEUTA

A fines de la década del 60, el mundo comenzó los procesos de demandas anticapitalistas, antipsiquiatría, antipatriarcales y antirracistas impulsadas por diversos movimientos sociales. Dentro de esta efervescencia revolucionaria, emerge en América Latina el movimiento de la Salud Colectiva, la cual plantea que la producción de salud y/o enfermedad responde al medio en el que las personas o grupos se desarrollan, desmarcando los procesos de enfermar como algo relativo a los órganos que componen el cuerpo (Castro, 2011).

Esta idea acerca de la salud física y su relación con el medio social, puede aplicarse para el constructo de salud mental. Desde esta perspectiva, las personas sexualmente diversas suelen estar sometidas a diferentes estresores psicosociales en sus hogares o colegios, por lo que debemos ser más minuciosos al realizar la exploración de su salud mental, considerando su mayor riesgo de ser víctimas de violencia física, psicológica y social, tener trastornos del ánimo e ideación suicida, abuso de sustancias, y mayor posibilidad de ser perpetradores de violencia de pareja (Pathela & Schillinger, 2010).

En la disciplina científica de la psicología, el abordaje de la diversidad sexual en la adolescencia es escaso. En las aulas en las que se forman a estos profesionales, podemos encontrar enfoques y prácticas teóricas que refuerzan pautas heterosexistas, llevándonos a reproducir discriminaciones y/o prejuicios, ya sea desde una perspectiva académica o por el discurso pedagógico de los mismos docentes.

Extrañamente, no poseemos un enfoque teórico acabado del desarrollo sexual para quienes no responden a la pauta heterosexual. Es decir, aún en asignaturas como psicología del desarrollo o psicología evolutiva, la homosexualidad, bisexualidad, transexualidad y transgenitalidad, son planteadas como excepciones, como foco de estudios exploratorios y en el peor de los casos, señaladas como desviaciones o patologías, aunque ya no se considere así en los manuales como DSM o CIE.

Por otro lado, culturalmente la diversidad es construida en el discurso de manera caricaturesca, y se le adjudican nuestras propias fantasías de lo que es y debería de ser una sexualidad “normal”. No realizamos distinción alguna de los problemas particulares centrados en la división sexual del trabajo, la salud mental de las mujeres o de los hombres y el carácter opresivo de las relaciones en desigualdad (Walters *et al.*, 1991).

Es posible observar en el entorno familiar o relaciones significativas del adolescente se mantengan discursos y narrativas homofóbicas o heteronormadas, directas o indirectas, con reglas de interacción rígidas en tanto se distribuyen por sexo los trabajos, gustos y actitudes, lo que complejiza la expresión de conductas y discursos fuera de estas normas familiares. Estos elementos interaccionales comienzan a generar un problema tanto para el consultante como para su sistema familiar.

Desde esta perspectiva, el objetivo de cualquier estrategia terapéutica es activar las diferentes dimensiones del cambio, tales como la validación de experiencias emocionales, aceptación de la confusión en la adolescencia, validación del sentir, atracción por otros o simplemente contener las frustraciones

propias de esta etapa del ciclo vital. Para lo anterior se requiere comprender el concepto “marco de referencia o Frame”. Goffman (Acevedo, 2011) señala que las personas realizan significaciones de la realidad a partir de sus propias experiencias de las cuales interpretan una situación dada y actúan en consecuencia a esos marcos referenciales.

En nuestro caso, los marcos de referencia o frame utilizados son heterocentristas, por lo que su ampliación consiste en la visibilización y despatologización de la diversidad sexual, pasando a la integración de las diferentes orientaciones sexuales como parte de una vivencia amorosa de una relación de pareja. Los mismos padres deberán revisar sus reglas y pautas de interacción conyugal, ya que en ellas el adolescente se basa para buscar comprender qué desea o no de una relación.

Debemos recordar que no hay prácticas y deseos más válidos que otros. Si sentimos que existen contenidos que nos resultan desconocidos o diferentes, debemos explorarlos preguntando al consultante desde una posición de comprensión y curiosidad, recordando siempre que nuestra labor de terapias es acompañar en la construcción de diálogos que permitan orientar y ampliar los campos de observación del otro (Bertrando, 2011), además de reconfigurar en conjunto diversos aspectos de sus valores y significados personales en torno a su orientación sexual.

En el siguiente gráfico encontramos algunas preguntas útiles para poder enfrentar al consultante a sus marcos de referencia y poder construir a partir de los mismos.

Se puede comprender que el conflicto vivido en la adolescencia en tanto a la orientación sexual se da entre “qué siento” y “qué debería sentir”, por lo que el terapeuta se sale de esta disyuntiva yendo un paso más atrás y planteándole preguntas que lo llevan a ordenar la información sobre lo que siente y en base a eso ordenar qué es lo que siente, mostrándole que no hay un único sistema de transitar por estos constructos.

Los problemas de género, por su parte, se dan entre la di-

visión del “Ser” y “Parecer”. Para ello analizaremos en conjunto que es ser de un género o sexo determinado y comparándolo con lo que esperan los “referentes sociales”, para así dar paso a la exploración de los miedos.

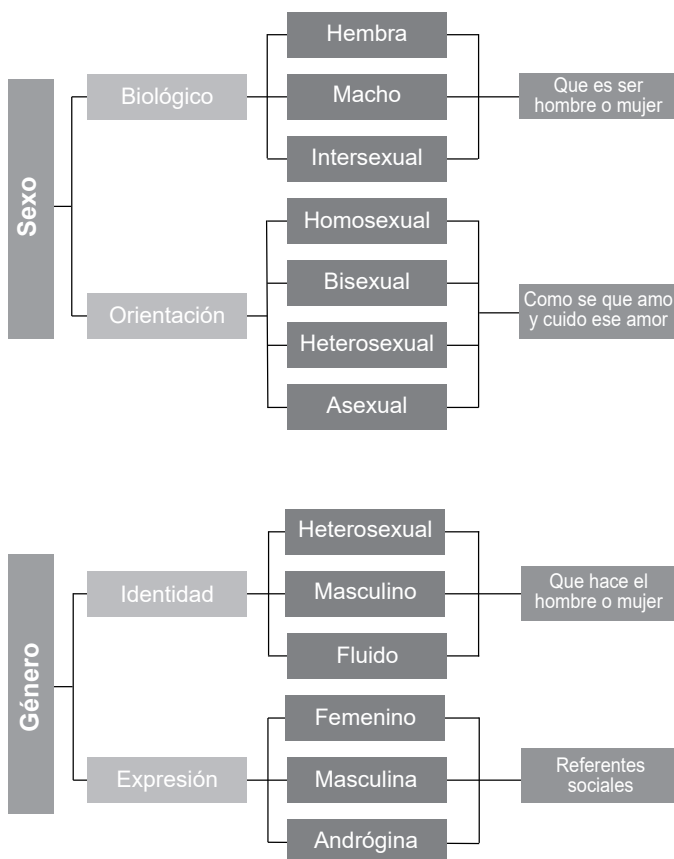
Es frecuente encontrar temor a situaciones relativas: “a quienes me iban a cuidar ahora no me aceptan”, “me siento incómodo por mi forma de ser”, o bien, “temo a que no me quieran”.

Estos miedos los desestructuraremos con técnicas conversacionales, como la validación de la emoción, la comprensión de que los padres probablemente puedan mostrar emociones negativas, debido a la confrontación de sus expectativas con la realidad, pero que el mantener este secreto trae consecuencias negativas actualmente para la persona beneficiaria de la atención y que estas no se modificarán en tanto no pueda aceptar quien es y mostrarlo libremente.

La relación terapéutica es fundamental para potenciar cambios en terapia, por lo que se debe utilizar el tiempo en sesión para establecer una relación que promueva crecimiento. Para lograr lo anterior, el terapeuta debe ser genuino con el consultante y ser capaz de empatizar, de entender su mundo privado como si fuera el propio, pero sin perderse en él (Rogers, 1975).

La terapia, en tanto, deja de ser directiva y busca la comprensión de la experiencia, permite al consultante la expresión abierta de sus sentimientos, sin reforzar ni rechazar ningún sentimiento o ideas impuestas, de modo que éste pueda explorarlos abiertamente y pueda desplegar nuevos significados que le permitan integrar diferentes aspectos de sí mismo (Rogers, 1972).

El trayecto de vida de una persona homosexual se encuentra determinado socialmente por la homofobia y su contexto relacional que ha ayudado a la construcción de su orientación sexual, así como de su identidad de género (Walters et al., 1991).



Fuente: Elaboración propia.

Por tanto, una primera condición para iniciar el proceso psicoterapéutico es la de proveer un espacio de confidencialidad en el que el adolescente pueda discutir sus preocupaciones y preguntar. A veces necesitará un tiempo de relación antes de atreverse a confiar, por lo que puede que las primeras sesiones se dedique a probar el vínculo (por medio de actitudes oposicionistas, mutismo selectivo, confrontaciones, etc.), razón por

la cual debemos mostrar que no está en juego la aceptación de cómo es, y se le permita ser incluso contradictorio, o hablar y ensayar distintas posibilidades de sí mismo (Fernández-González et al., 2016).

Es necesario utilizar el encuadre como elemento central al inicio de la terapia. Esto significa, delimitar de manera específica las características de la relación y del proceso psicoterapéutico, así como los objetivos de la psicoterapia, de manera que no existan dudas sobre la forma en que se trabajará.

Para esto se va a convenir de manera concreta los contenidos dentro de la conversación psicoterapéutica, quedando siempre el consultante con la posibilidad de señalar qué temas preferiría abordar en un momento posterior de la terapia (Llanos & Sinclair, 2001).

A modo de ejemplo, transcribimos un encuadre inicial:

“...Te cuento que, como psicólogos, trabajamos en un espacio de colaboración acerca de aquellas cosas que pudieran estar afectándote. Esto lo haremos por medio de la conversación sobre esos temas. Es relevante que me cuentes aquello que sea necesario para que yo comprenda lo que pasa, que me des todos los detalles que tú consideres importantes.

Como esto será una conversación en la que probablemente me surjan dudas, te haré preguntas para comprender mejor. Algunas de estas preguntas te invitarán a dar más información, otras tal vez te hagan reflexionar, algunas preguntas te pueden hacer sentir confrontado(a). Y es lógico, puesto que para colaborar contigo no es necesario que estemos siempre de acuerdo.

Si en el curso de la conversación hay temas que te hacen sentir incomodidad al conversar o definitivamente te causan malestar, basta que me lo digas y no indagaremos ahí

hasta que te sientas preparado y evaluemos si es necesario. Si hacia el final de la sesión vemos la necesidad de realizar una tarea terapéutica durante la semana, juntos la vamos a construir. ¿Tienes alguna duda?”

Es relevante que las personas comprendan que se está en un espacio de trabajo. Dejando claro los límites de los temas a abordar, el respeto por el otro y que es un encuentro que se direcciona a objetivos de trabajo contruidos juntos. Puede ser que existan dudas acerca de qué preguntar, en qué no indagar, cuáles son los parámetros de tratamiento apropiados, etc. Para lo cual se ha de recordar que lo importante es el encuentro con el paciente. La relación terapéutica es fundamental para potenciar cambios en terapia, por lo que se debe utilizar el tiempo en sesión para establecer una relación que promueva crecimiento.

Otro aspecto por considerar tiene que ver con la significación sobre la sexualidad en los espacios que le rodean y cómo estos repercuten en su forma de vivir en el mundo. A medida que van cambiando las estructuras cognitivas de una persona, lo hacen también sus actitudes sexuales (Brizuela et al., 2010). Para ello, es necesario comenzar trabajando en una posición terapéutica desculpabilizadora; el trabajo suele focalizarse en el alivio de los síntomas y el sufrimiento, ya que son personas que han tenido que ocultar por mucho tiempo lo que realmente sienten y piensan.

La orientación del proceso terapéutico, por tanto, debe ser en base a soluciones, ya que en este enfoque se confía en que los consultantes poseen y siempre han poseído los recursos (persistencia, fortaleza y habilidades) para enfrentar las dificultades de la vida, y que nuestro aporte es poder crear nuevas imágenes del futuro, ampliando marcos referenciales.

Para conseguir lo anterior, es de gran utilidad la pregunta milagro desarrollada por De Shazer (1994), la cual es particularmente útil con pacientes desmoralizados, y les ayuda a imaginar una versión de solución de su problema “sin solución”:

“Si ocurriera un milagro a mitad de la noche y se sobrepusiera a los efectos que ha dejado el ocultar su identidad/orientación sexual, al grado de que no necesitará más terapia, y se sintiera muy satisfecha/o con su vida cotidiana, sería diferente?”

Esta intervención potencia la identificación de percepciones y comportamientos que coinciden con su nueva imagen integrada, marcando que los rechazos del pasado no significarán una constante en su vida.

Otra técnica muy útil es la llamada “Tarea fórmula” modificada por Dolan (1997): *“Haga una lista escrita de esas cosas en su vida que le gustaría que continuaran”*, entrega la posibilidad de focalizar la conciencia del consultante en los recursos que ya existen como parte de su vida cotidiana en el presente. Además, permite que cuando el problema toma control sobre él o ella, el consultante pueda percatarse de la seguridad, comodidad y apoyo disponible en el aquí y ahora de su vida cotidiana.

También puede ser interesante la utilización de cartas a otras personas (historias propias). El propósito es que puedan escribir su “historia de éxitos” con el objetivo de que la persona transforme su relación con el problema, ya que lo distancia de él y le permite consultarse a sí mismo *qué hacer* si el problema reaparece en sus vidas (White & Epston, 1993).

En el caso de la diversidad sexual, las discriminaciones y el rechazo vuelven de manera intermitente, ya que si bien puede conseguir aceptación de un entorno, si este se modifica se abre un nuevo espacio para rechazarle o discriminarle por su elección de pareja (orientación sexual), apariencia (transgénero), comportamiento (expresión de género), así que esta herramienta les ayudará a no flaquear en los momentos en que el entorno actúe de manera aversiva.

ABORDAJE CON LA FAMILIA

Como los padres pueden ser los primeros generadores de consulta al descubrir la orientación no-heterosexual de su hijo/a, los psicólogos pueden cumplir un rol importante en la contención del *shock* inicial y la posterior negación de la realidad del hecho. Por lo que el eje de trabajo con la familia es el acompañamiento en el proceso de develación por parte del adolescente.

Los padres suelen llegar a consulta señalando que su hijo(a) sólo cursa una etapa problemática, minimizando la afectividad del adolescente debido a que aún no han probado ser heterosexual o que una mala experiencia heterosexual no los hace ser homosexuales.

En el peor de los escenarios nos encontraremos con padres que castigan verbal y físicamente a sus hijos por su elección. También pueden negar la situación y evitar hablar del tema, manteniendo la esperanza de que sus hijos cambien de parecer respecto a su sexualidad.

Para los padres, la elección de pareja es un problema, ya que si no coincide con sus expectativas tienden a culparse o buscar explicaciones en los grupos de amigos de sus hijos, se les dificulta contar lo que les está pasando al ver las elecciones de vida sexual en sus hijos.

En mi perspectiva, considero relevante mostrarles que la paternidad no condiciona el amor, por lo que la orientación sexual de su hija/o no debe impedirles la expresión de los afectos.

He notado que esta intervención baja las resistencias, tanto de los padres como de los adolescentes en cuanto a la sexualidad, al focalizar la conversación en lo que esperan entre ellos en lo afectivo, cómo se conectan como familia y qué espacios tienen para hablar de las dificultades. Posteriormente, se abordan las expectativas y responsabilidades que los cuidadores mantienen respecto a ellos y cuáles el adolescente está dispuesto a manejar.

En esta fase nos enfrentamos principalmente a la queja,

la cual podemos utilizar para enmarcar los cambios, pasando de lo que no hace a lo que puede hacer y qué será posible hacer.

Se finaliza exponiendo los miedos que tienen los padres/cuidadores y el adolescente en base a las expectativas de los demás y de ellos mismos; esto con el objetivo de que desarrollen la seguridad suficiente de decir no y fundamentarlo, ya que si el adolescente no puede negarse a las expectativas de los cuidadores, es poco probable que logre decir “no” a sus parejas o combatir los estereotipos que nos exigen.

El apoyo a los padres es fundamental, por lo que con ellos se trabajará en que estos puedan ser sinceros sobre lo que les produce las decisiones de sus hijos, mostrándoles cómo a pesar de esto, pueden seguir estando a disposición de sus hijos, de modo de transmitirle que ellos son un canal abierto de comunicación.

La sesión de apoyo con ellos tiene relación con el analizar sus propias historias y opiniones, previo a entablar la conversación con su hijo en una sesión familiar. Identificar sus miedos, cuáles son sus expectativas en tanto a la sexualidad adolescente y cómo ellos mismos la vivieron, cuáles creen que fueron sus aciertos y cuáles fueron sus errores.

Podemos tomar como base algunas preguntas estratégicas como:

Preguntas lineales

- ¿Cómo se dio cuenta la primera vez que estaba enamorado?
- ¿Qué hizo en cuanto lo supo?
- ¿Qué ha hecho cuando su hija/o le comentó lo mismo?
- ¿Qué han hecho para apoyar a su hijo/a en el descubrimiento de su orientación sexual?

Preguntas estratégicas

- ¿Qué es distinto en su hijo desde que les comentó su orientación sexual?

- ¿Qué cree que sucedería si ustedes como padres aceptan la homosexualidad?

Preguntas reflexivas

- ¿Cómo logran amar incondicionalmente?
- ¿Qué sería distinto si cambia su orientación sexual?

Esta etapa la utilizaremos básicamente para exteriorizar las emociones de cada uno de los integrantes. No debemos callar los pensamientos negativos, sino más bien explicitarlos, ya que son generalmente focos de conflictos familiares, por lo que impactan en el sentir del consultante y su familia.

CONCLUSIONES

A partir de lo desarrollado, podemos concluir que la adolescencia es un fenómeno biológico, cultural y social en donde se espera el logro de una identidad propia y de la autonomía emocional.

Es en este proceso en el que el adolescente comienza a integrar los aspectos relativos a la sexualidad, la cual actualmente es comprendida como un patrón relativamente estable en su orientación y cambiante en tanto a las conductas sexuales y afectivas.

La sexualidad, es delimitada por el contexto, el cual impactará en las compresiones que realizará la persona sobre su sexo biológico, orientación sexual, identidad de género y expresión de género.

Los adolescentes y sus experiencias personales se encuentran delimitadas por los padres, por lo que la intervención se centra en la familia como tal y no solo en el consultante.

En tanto a las formas de realizar terapia, tomaremos como eje central, las técnicas conversacionales para deconstruir los discursos limitantes y dolorosos.

REFERENCIAS

- Beauvoir, S. (1987). *El segundo Sexo*. Siglo XX.
- Bertrando, P. (2011). *El Terapeuta Dialógico: El Diálogo Que Conmueve Y Transforma*. Pax México.
- Bourdieu, P. (2000). *Capital Cultural, Escuela y Espacio Social*. Siglo Veintiuno.
- Brizuela, A., Brenes, M. P., Villegas, M., & Zuñiga, B. (2010). El abordaje teorico y clinico de la orientacion sexual. *Revista electronica de estudiantes escuela de psicologia universidad de costa rica*, 5(1), 9-35. <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/wimblu/article/view/1186>.
- Butler, J. (1998). Actos performativos y constitución del género: un ensayo sobre fenomenología y teoría feminista. *Debate Feminista*, 296-314. <https://www.jstor.org/stable/42625381?seq=1>
- Butler, J. (2007). *El género en disputa: Feminismo y la subversión de la identidad*. (M. Muñoz, Trad.) Barcelona: Paidós. Recuperado el Septiembre de 2019, de http://www.lauragonzalez.com/TC/El_genero_en_disputa_Buttler.pdf
- Castro, R. (2011). *Teoría Social y salud*. Lugar.
- Comisión Internacional de Juristas. (2007). *Principios de Yogyakarta : Principios sobre la aplicación de la legislación internacional de derechos humanos en relación con la orientación sexual y la identidad de género*. Recuperado el Septiembre de 2019, de <https://www.refworld.org/es/docid/48244e9f2.html>
- De Shazer, S. (1994). *Words were originally magic*. Norton.
- Dolan, Y. (1997). *Resolución del Abuso Sexual y otros Traumas. Un Taller con Yvonne Dolan*. Instituto Milton H. Erickson.
- Fernández-González, O. M., Herrera-Salinas, P., & Escobar-Martínez, M. J. (2016). Adolescentes en Psicoterapia: Su representación de la relación terapéutica. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales*, 559-575. <https://>

- www.redalyc.org/pdf/773/77344439038.pdf.
- Firestone, S. (1976). *La dialectica del sexo en defensa de la revolucion feminista*. (R. R. Queral, Trad.) Barcelona: Kairos. Recuperado el Septiembre de 2019, de <https://ayudacontextos.files.wordpress.com/2018/04/shulamith-firestone-la-dialectica-del-sexo-en-defensa-de-la-revolucion-feminista-2.pdf>
- Frankowski, B. L. (2004). American Academy of Pediatrics Committee on Adolescence. Sexual orientation and adolescents. *Pediatrics*, 113(6), 1827-1832. <https://doi.org/10.1542/peds.113.6.1827>.
- González , E. A., Molina, T., Montero, A., Martínez, V. N., & Leyton, C. (Octubre de 2007). Comportamientos sexuales y diferencias de género en adolescentes usuarios de un sistema público de salud universitario. *Revista médica de Chile*, 135(10), 1261-1269.
<http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872007001000005>
- Grover, R. L., & Nangle, D. W. (Abril de 2003). Adolescent Perceptions of Problematic Heterosocial Situations: A Focus Group Study. *Journal of Youth and Adolescence*, 3(2), 129–139. <https://doi.org/10.1023/A:1021809918392>
- Hernandez, A. C. (2004). *Psicoterapia sistémica breve: la construcción del cambio con individuos, parejas y familias*. El Buho Ltda.
- Kinsey, A. C., Pomeroy, W. B., & Martin, C. E. (1948). *Comportamiento sexual del hombre*. Saunders Company.
- Levine, D. A. (Julio de 2013). Committee on Adolescence Office-based care for lesbian, gay, bisexual, transgender, and questioning youth. *American Academy of Pediatrics*, 132(1), 297-313. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-1283>.
- Organización Mundial de la Salud. (2002). *Defining sexual health Report of a technical consultation on sexual health*. Geneva: World Health Organization 2006.
- Pathela, P., & Schillinger, J. A. (Noviembre de 2010). Sexual Be-

- haviors and Sexual Violence: Adolescents With Opposite-, Same-, or Both-Sex Partners. *The American Academy of Pediatrics*, 126(5), 879-886. <https://doi.org/10.1542/peds.2010-0396>.
- Rogers, C. (1972). *Psicoterapia centrada en el cliente: práctica, implicaciones y teoría*: Paidós.
- Rogers, C. (1975). *Psicoterapia Centrada en el cliente*. Paidós.
- Servicio Nacional de la Mujer. (2003). *Análisis de la Violencia en las Relaciones de Pareja entre Jóvenes*. Santiago. Recuperado el Septiembre de 2019, de https://estudios.sernam.cl/documentos/?eOTQ3Nzkz-An%C3%A1lisis_de_la_Violencia_en_las_Relaciones_de_Pareja_entre_J%C3%B3venes
- Tulloch, T., & Kaufman, M. (Enero de 2013). Adolescent sexuality. *Pediatrics in Review*, 34(1), 29-37. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2014.12.004>.
- Walters, M., Carter, B., Papp, P., & Silverstein, O. (1991). *La red invisible: pautas vinculadas al género en las relaciones familiares*. Paidós.
- White, M., & Epston, D. (1993). *Medios Narrativos Para Fines Terapéuticos*. Paidós.

XIV

UNA GUÍA PARA PADRES Y EDUCADORES SOBRE LA BIOLOGÍA, EL COMPORTAMIENTO Y LAS RELACIONES ADOLESCENTES

Armando Quiroz Adame

LA REORGANIZACIÓN CEREBRAL DEL ADOLESCENTE

Hay dos épocas en la vida humana que presentan cambios dramáticos. Uno de ellos es el primer año de vida, pues durante ese periodo inicial se dobla el peso, se adquieren habilidades motrices que dejan al niño a punto de caminar, se triplica o más el repertorio de conductas en general, entre otros cambios sorprendentes. El otro período es la adolescencia, como cualquier maestro de educación media puede testificar los radicales cambios que se producen, pues incluso pasan algunos de ser encantadores e inocentes a ser insoportables y malévolos. Su comportamiento se vuelve arrojado, temerario, retador y testarudo. Los avances actuales en la tecnología están cambiando la manera de relacionarse, de escribir y de hablar en los adolescentes.

Hoy la ciencia nos permite realizar estudios que ofrecen imágenes en tiempo real y arrojan datos sumamente interesantes sobre el funcionamiento del cerebro adolescente. Dichos estudios están modificando la visión que se tenía de esta etapa. El Instituto Nacional de Salud (NIH) de Estados Unidos, estudió a cientos de adolescentes durante los años 90 y reveló datos que cambiaron la concepción del desarrollo de este periodo de la vida (Buzzell et al., 2019).

Para empezar, el cerebro necesita mucho más tiempo para madurar del que se creía, además de comprobar que de los 12 a los 25 años, el cerebro presenta una reorganización masiva.

Aun cuando el cerebro ya ha alcanzado el 90% de su desarrollo desde los seis años de edad, en la medida que se acercan a la adolescencia el cerebro emprende multitud de nuevas redes y conexiones. Los axones, que son las partes más largas de las células, se mielinizan aún más, impulsando la velocidad de la transmisión cientos de veces. Mientras tanto, las dendritas que son grandes ramificaciones, reciben señales de los axones más próximos. Las dendritas asemejan el enramado de un árbol frondoso, habiendo ramas principales grandes y fuertes sosteniendo ramitas más finas, recibiendo de los axones miles de conexiones. Si dichas sinapsis -las pequeñas juntas bioquímicas entre neuronas- se utilizan frecuentemente, crecerán y se fortalecerán. Al mismo tiempo, aquellas conexiones sin utilización, se marchitarán y sufrirán un proceso llamado “poda”, que en términos neurológicos significa que la última capa cerebral, o sea la corteza, se hace más delgada pero más eficiente. El conjunto de estos cambios, hacen del cerebro el órgano más rápido y sofisticado. La maduración cerebral que se creía terminaba antes, ahora sabemos se prolonga más allá de la adolescencia. Los cambios también alcanzan al cuerpo calloso, esa aún enigmática conexión existente entre ambos hemisferios, la cual permite la integración cerebral superior (Quiroz, 2017).

La cocaína, las anfetaminas, la cannabis y otras drogas ilícitas, modifican la delicada química cerebral de un órgano que se encuentra en pleno crecimiento. Si ese reordenamiento natural del cerebro adolescente se ve afectado por estas drogas, su desarrollo posterior ya no será normal. Existen indicios en la investigación neurológica de que los efectos llegan a ser dañinos a mediano plazo, incluso acostumbrando a ese cerebro a distorsionar la realidad (Hill et al., 2017).

Steinberg (2011) puntualiza que desde los 14 hasta los 17 años se actúa con mayor arrojo y temeridad, y no es que los adolescentes no evalúen los riesgos, lo hacen utilizando las mismas zonas cerebrales que utilizan los adultos para sopesar el peligro; la diferencia consiste en que el adolescente, de acuer-

do a sus investigaciones, valoran más el reconocimiento que el peligro, e internamente saben que si salen bien librados, serán reconocidos por todos; no es que no valoren los riesgos, pero valoran más el reconocimiento. Esa es la gran diferencia con el cerebro adulto. Describe a la adolescencia como una búsqueda constante de identidad.

En un novedoso experimento, Steinberg (2011) pone a los jóvenes en un videojuego a atravesar la ciudad manejando lo más rápido posible; como en la vida real, hay semáforos que pasan del verde al amarillo y al rojo en cuanto uno se acerca a ellos; eso obliga a tomar la decisión de ir más rápido para pasar o bien a detenerse siguiendo el patrón de la vida real, si se pasa la luz roja, es posible tener un accidente y perder aún más tiempo del que se perdería deteniéndose. Lo curioso y a su vez lo que demuestra, es qué tan vulnerables pueden llegar a ser los adolescentes, cuando van solos y nadie observa su comportamiento, se detienen la mayoría de las veces mostrando ser tan juiciosos como los adultos, pero no se comportan igual si están acompañados. Si alguien más observa lo que hacen, sus cerebros se comportan diferente, son más sensibles al reconocimiento y tenderán más veces a pasarse las luces amarillas y rojas. Esto señala con claridad que responden con más fuerza ante el reconocimiento social, sobre todo de sus iguales. Existe una explicación en la fisiología y en la teoría de la evolución para explicar tales comportamientos: durante la adolescencia se vive una cúspide o punto más alto y sensible a la dopamina, el neurotransmisor responsable en las sensaciones de bienestar que activa o enciende los circuitos de la recompensa que ayudan al aprendizaje y a la toma de decisiones. Esto ayuda a explicar en algo la extraordinaria capacidad de aprendizaje y receptividad hacia la recompensa y el reconocimiento, o su aguda y melodramática reacción ante el éxito, el triunfo, la derrota o el fracaso.

Y en ello se juegan la vida, velocidad, ingestión de drogas, riesgo físico, pasando por tatuajes, perforaciones, injertos

y juegos potencialmente letales. Aquí voy a señalar una experiencia directa: en un grupo de segundo de secundaria, jugaban a ahorcarse mutuamente a ver cuál de los dos contrincantes se ponía morado o perdía el sentido primero. En este juego, potencialmente letal y muy peligroso para el cerebro, pues la anoxia puede causar daño permanente, los muchachos solo reían escandalosamente de cómo iba cambiando la cara de los jugadores e ignoraban completamente los efectos sobre las células nerviosas; no fueron suficientes las amonestaciones desde el colegio, fue necesario conformar un equipo de profesionales, médico, neurólogo y mi persona como psicólogo para explicar a los integrantes de los grupos las consecuencias de su juego. Además de esas disposiciones fue necesario supervisar durante algún tiempo que esta situación no se volviera a repetir.

Las redes neuronales y la dinámica del sistema nervioso, asociados a la recompensa y al reconocimiento social, se superponen fuertemente comprometiéndose unas con otras durante la adolescencia, manteniendo un estado de alerta permanente. Esto también ayuda a explicar otra característica muy particular de esa edad, prefieren la compañía de otros adolescentes de edad similar a estar acompañados de personas de mayor o menor edad. Si están con mayores saben que han de controlarse, si son menores tendrá obligación de cuidarlos y ninguna de las dos situaciones les gusta. Prefieren actuar lejos de los adultos y no involucrarse con niños.

Otra razón que los lleva a estar con sus iguales es que el cerebro adolescente está más enfocado hacia el futuro que el pasado, lo que les interesa es lo que pasará y para cuando pase, prefieren a sus compañeros de edad similar que a los otros. No debemos olvidar que el cerebro es un órgano interactivo que básicamente es el encargado de prever y adelantarse al futuro, es el órgano de la predictibilidad y la anticipación, en esa edad se encuentran en una intensa búsqueda de la identidad y de las consecuencias posibles de su comportamiento.

La vida adolescente normalmente parte de casa, pero

realmente se vive fuera de ella, todos ellos buscan con sus iguales para compartir experiencias similares. La familia es el punto de partida y refiere un pasado, en cambio la calle y la casa de otros significa el futuro, lo nuevo y desconocido son su predilección. Si bien todos provenimos de una pareja y una casa donde realmente desarrollamos el potencial personal, es afuera y con otros donde prosperamos o no como personas.

La predilección por compartir con pares tiene otros correlatos neurofisiológicos. Recordemos que el sistema nervioso autónomo actúa de forma similar ante la presencia imaginaria que ante la estimulación real. El rechazo se vive como una amenaza a la integridad física y existencia misma; es posible que en términos evolutivos signifique que sin ayuda de los demás, especialmente de los iguales, se compromete la subsistencia de la vida. Quienes conviven con adolescentes, saben bien el drama que significa a los trece años el haber sido traicionado por un “amigo” que divulgó a todo el grupo, algunas confidencias típicas de esa edad.

Parece que es momento de cambiar el concepto tradicional de adolescencia, asociado a inmadurez, carencia de experiencia y bajo autocontrol. Si bien las investigaciones apuntan hacia ver al adolescente como alguien que se enfoca más a las recompensas y al riesgo, alguien frecuentemente problemático, tratado a veces como un tonto inexperto precipitado, tenemos que ver a nuestros adolescentes no como el dolor de cabeza de padres y educadores, en realidad son los más capacitados para recibir el mundo que les estamos dejando.

CÓMO DAR APOYO A LOS ADOLESCENTES

Los padres que ayudan a descubrir los talentos y cualidades de sus hijos contribuyen a desarrollar el aprecio por la vida, la esperanza, la perseverancia, la motivación, la valentía, su capacidad de debatir, de superar obstáculos y de vencer fracasos. El mundo podrá no creer en nuestros hijos, otros podrán suponer

que no lograrán nada en la vida, pero si los padres creen en sus hijos, terminarán por distinguir lo que ninguno otro ve (Quiroz, 2012).

Steinberg (2004) nos sugiere 10 formas de conducir al adolescente:

1. Lo más importante para un adolescente es que le reconozcan. Reconocerlos, animarlos y aceptarlos es una responsabilidad adulta, los padres y educadores que fallan en esto, están orillando a sus hijos hacia un conflicto interno profundo. Si el alimento más nutritivo para esa edad se les niega, aumentará su rebeldía y desasosiego, sólo conseguirán hacer más conflictiva la convivencia y prácticamente nulo su control.

2. Si lo solapas o eximes de sus responsabilidades no lo educas, lo mal formas. Las responsabilidades cumplidas siempre producen satisfacción, si el cumplimiento de tareas es reconocido y alentado, se está enseñando disciplina y dedicación, elementos cruciales para una vida psicológica sana y satisfactoria.

3. Involúcrense en su vida, la mejor forma de conocerlos y reconocerlos es saber lo que les gusta y participar con ellos haciéndolo. Resultan cruciales para crear oportunidades de reconocimiento el jugar con ellos, retarlos a resolver problemas, mantenerlos alertas y atentos al contar historias o comentar películas, videos, páginas web o alguna otra situación donde su opinión sea tomada en cuenta, Los padres han de ser diseñadores hábiles para crear estas situaciones en cualquier momento.

4. Como padres o educadores hay que adaptarse a ellos y no esperar que ellos se adapten a nosotros. Pretender que sean como nosotros queremos sin llevarlos por el ejemplo y la reflexión, es una pérdida de tiempo. Los adolescentes requieren de mayor coherencia del adulto que los niños, será muy difícil engañarlos y cuando se desilusionan de sus padres o maestros perderán toda confianza con ellos. Es preferible sincerarse con ellos y confesar nuestra ignorancia para manejarlos y para convivir con ellos; en esas circunstancias los adolescentes suelen

ser más sensatos y sinceros que los adultos que han pretendido engañarlos.

5. Es preciso ser adultos; tanto padres como educadores deben establecer reglas y límites con toda claridad, negociándolas si es preciso, pero observando que se cumplan. Mucho del rompimiento de las reglas es para ver qué tan consistente es el adulto con las medidas que él mismo impuso. Un profesor que deja tarea y no la revisa, un padre o una madre que amenaza con consecuencias imposibles de cumplir, un jefe que impone tareas muy complicadas, únicamente logrará que sencillamente no lo tomen en cuenta. La sensatez, la prudencia, la tolerancia y la paciencia son virtudes adultas que se ponen a prueba cuando se convive con adolescentes.

6. Fomenten en lo posible la adquisición de independencia, una autoestima fuerte requiere de sentirse independiente y capaz, la independencia razonable es la mejor forma de enseñar y permitir ser uno mismo. Padres sensatos y equilibrados darán como resultado hijos responsables. Padres sin sensatez no tienen la calidad moral para exigir cordura en sus hijos, algo fundamental es que los padres estén de acuerdo primero; muchos problemas de conducta tanto en la niñez pero sobre todo en la adolescencia provienen de la falta de integración de los criterios para educar a los hijos. Dos padres en desacuerdo es una fórmula infalible para que sus hijos hagan los que les venga en gana, una estrategia utilizada regularmente por estos jóvenes es hacer que sus padres discutan, así ellos pueden alejarse sigilosamente y furtivamente de su presencia.

7. De ahí que la consistencia interna de la pareja resulte crucial para que los hijos perciban el acuerdo existente entre ambos, la fórmula tradicional ante una petición de permiso para salir es “dile a tu mamá” o “dile a tu papá”, según sea el caso, lo correcto es “lo comentaré con tu papá (o mamá) y te daremos una respuesta”. La consistencia interna de la persona y de la pareja requiere que los principios y valores estén alineados y sean semejantes, eso requiere que la persona como individuo

sea consistente con sus convicciones y sus valores, se requiere de mucha conversación, de diálogo sincero y profundo para “conocerse bien” y así actuar en consecuencia. Si los valores son difusos y hay incoherencia personal o de pareja, es una fórmula casi infalible de hacer de su adolescente alguien apático, indiferente, frío y alejado afectivamente de sus padres.

8. Los métodos disciplinarios “duros” como son negar permisos durante meses, quitar el dinero, amonestar delante de otros, la burla, el escarnio y la reprobación, hay que evitarlos a toda costa, quien actúa con dureza disciplinaria se olvida del verdadero motivo de ser padres, que es educar en el amor. El amor real si bien es comprensivo, debe ser firme, la disciplina debe ser implantada con afecto; el cariño y la comprensión llevan al entendimiento, es la reflexión comprometida y la responsabilización creciente lo que permite realmente madurar. Padres y educadores están llamados a ser quienes dosifiquen gradualmente dichas responsabilidades y conduzcan con sensatez las reflexiones.

9. Las reglas, los límites y decisiones hay que explicarlas para saber si han sido comprendidas y aceptadas, de nada sirven si no lo son, los adolescentes son muy hábiles para romperlas y salirse con la suya; cuando damos suficiente información, sobre todo acerca de nuestras decisiones, ofrecemos la oportunidad de que conozcan nuestros motivos y necesidades, el ocultar sentimientos o información o creer que no se darán cuenta, solo empeorará la situación, si los padres quieren ganar terreno afectivo con sus hijos o sus alumnos, deberán admitir su ignorancia e inexperiencia para tratar con ellos. Un poco de humildad no daña a nadie, al contrario deja ver que somos sensibles y capaces de flexibilizar pensamientos y sentimientos.

10. Sean respetuosos, tanto un niño como un adolescente merece el mismo respeto que cualquier persona, si deseamos que nuestros hijos o alumnos nos respeten debemos respetarlos primero; niños y jóvenes son personas en formación y dependen más de nosotros que nosotros de ellos. En muchos

sentidos, el respeto es dignidad y la dignidad es uno de los valores humanos máspreciados, no hay que caer en el destructivo juego de rebajar la dignidad de nadie, menos la de nuestros propios hijos, resulta un absurdo que cobra consecuencias muy desagradables con el tiempo, llena de resentimientos el corazón y marchita el alma de quien los produce y de quien los recibe. El otorgar respeto enaltece por igual a ambos.

LAS RELACIONES AMOROSAS DE LOS ADOLESCENTES

No cabe duda que enfrentarse al “primer amor” de un adolescente requiere de madurez y sensibilidad por parte de padres y educadores, el enamoramiento es una continuidad del proceso de identidad personal e independencia de la familia, además de ser una forma de consolidar la identidad de género. El adolescente con el enamoramiento, empieza a separarse afectivamente de su familia y sus primeras relaciones de pareja son una parte sustancial en lo que será su vida amorosa. El enamoramiento adolescente cumple con varias funciones psicológicas importantes, encontrar a otro(a), significa autoafirmarse como persona y espera ser aceptado en su familia con una nueva identidad, pero también busca y espera a alguien quien le “entienda”, además quieren ser y sentirse atractivos y cada vez más independientes de sus padres.

Aun cuando los adolescentes son capaces de amar, les resulta difícil -por su propia inexperiencia- que tales enamoramientos realmente lleguen a consolidarse en amor, casi siempre resulta un “amor de verano”. Sin embargo, no siempre significa que sean conscientes de ello y por lo tanto sufren por la ruptura; en algunos casos una desilusión amorosa puede llegar a generar ideas de suicidio, sobre todo entre las mujeres. En algunas ocasiones el enamoramiento llega a convertirse en una obsesión provocando un gran dolor psicológico, depresión y angustia.

El enamoramiento o noviazgo adolescentes pueden estar llenos de emociones gratificantes, convertirse en una ilusión y

generar grandes expectativas, pero también puede ser fuente de frustraciones, resentimientos y dolor, causando sentimientos atormentados que los desequilibra y llega a causarles mucho daño. Evidentemente el riesgo más grande de las relaciones amorosas adolescentes son el embarazo y las enfermedades de transmisión sexual, es alarmante el crecimiento del número de embarazos adolescente que hoy en día tenemos. Se estima que 16 millones de niñas de edades comprendidas entre los 15 y los 19 años dan a luz cada año, la mayoría se producen en países en desarrollo (Organización Mundial de la Salud, 2009).

En tales circunstancias los adolescentes solo recurrirán a sus padres si están seguros de que no los van a criticar, sermonear, menospreciar o burlarse de ellos. Como hemos dicho, la crítica no educa, lo fundamental es escucharlos activa y respetuosamente, dándoles el respaldo emocional necesario para trascender la situación. La función evolutiva del enamoramiento adolescente es llegar a ser independiente de los padres en todo sentido, con una identidad personal que les lleve a relacionarse con la sociedad y en particular en pareja de una forma autónoma.

El mundo y la vida adolescente es más compleja y conflictiva de lo que generalmente pensamos los adultos, su vida está plagada de riesgos. Con los cambios corporales encima, enfrentarán un mundo distinto. Hombres y mujeres están descubriendo un cuerpo nuevo, pues biológicamente empezarán a ser fértiles, ellas a partir de su primera menstruación, ellos con su primera eyaculación. Durante la adolescencia, el desarrollo psicosexual de ambos sexos se encuentra estimulado como nunca. Lo que está ocurriendo en los cerebros masculino y femenino indica claramente un desarrollo distinto en términos funcionales. Amaya (2005) describe cómo las diferencias psicológicas y conductuales ejercerán un giro total al proceso de vida social. Psicológicamente hombres y mujeres nos diferenciamos totalmente, en la experiencia de convivir, lo vivido se convierte a una cuestión de género. Cada persona va a desarrollar en el sí

mismo una expresión de la realidad que construye gracias a las funciones superiores de su cerebro.

Baars (1997) nos indica que el diálogo interior es otra función cerebral localizada entre el hipotálamo y el neocórtex. Lo que se dice uno a sí mismo, forma una construcción conceptual que da lugar al sistema personal de integración coherente de la experiencia. Estos cambios también pueden operar en beneficio o detrimento de quien los tiene. Depende de cómo vayan construyendo su autoimagen o si se sientan satisfechos con la forma de su cuerpo. Enfermedades asociadas típicas de esa edad son la bulimia, la anorexia y la obesidad, trastornos alimentarios que tienen que ver con la figura e imagen corporal. La aparición de la sexualidad se presenta como una fuerza interna difícil de definir y aún más de controlar, la tendencia masculina se inclina hacia la búsqueda de placer y se masturban más frecuentemente que las mujeres. Las personas que influyen directamente en la definición de la identidad sexual son la familia, los amigos, los medios masivos de comunicación especialmente la TV y actualmente internet, definitivamente enfrentan un mundo mucho más variado, complejo y difícil que sus padres.

Existe otro aspecto que también influye en las relaciones de pareja durante la adolescencia y que acarrea costos emocionales y psicológicos: la práctica sexual repetitiva sin protección. Este comportamiento se asocia a otros riesgos asumidos en otras facetas de la vida como son la ingestión de alcohol o drogas, manejar irresponsablemente a gran velocidad o abandono de la escuela.

El típico enamoramiento adolescente es el romántico, la pareja idealizada, basada en los atractivos físicos y la pasión, no ve defectos ni observa con objetividad las verdaderas características del otro, produciendo desilusiones muy fuertes. Padres y educadores deben estar atentos a los cambios de comportamiento, pues esta clase de enamoramientos da lugar a trastornos emocionales que pueden llegar a una depresión, o periodos

de confusión mental y sentimental, con episodios de profunda tristeza, llanto e insomnio, falta de apetito, soledad y sentimientos encontrados que los confunden mucho, producto de la sobrevaloración y del involucramiento emocional excesivo.

Padres y educadores, han de cultivar la conexión emocional con los adolescentes, haciendo patente su empatía y comprensión, una forma sencilla pero eficaz es preguntar “¿que sientes?” y así establecer una sensación de cercanía y comprensión afectiva, abriendo un espacio emocional de seguridad y contención. Seguidamente habrá de preguntar “¿qué piensas?” con el objeto de abrir el espacio a la reflexión y el pensamiento constructivo. Esto permite analizar las posibles consecuencias del comportamiento. Por ultimo puede decirse “¿cómo puedo ayudarte?” o “¿cómo podemos apoyarte a resolver el conflicto o problema que enfrentas?”, lo que permite una conexión emocional con el adolescente que le ayudará a sentirse reconocido e integrado a su familia.

REFERENCIAS

- Amaya, J. (2005). *¿Qué hago si mi media naranja es toronja?* Trillas.
- Baars, B. (1997). *In the theatre of consciousness*. Oxford University Press
- Buzzell, G. A., Barker, T. V., Troller-Renfree, S. V., Bernat, E. M., Bowers, M. E., Morales, S., ... & Fox, N. A. (2019). Adolescent cognitive control, theta oscillations, and social observation. *NeuroImage*, 198, 13-30.
- Hill, K. P., Palastro, M. D., Gruber, S. A., Fitzmaurice, G. M., Greenfield, S. F., Lukas, S. E., & Weiss, R. D. (2017). Nabilone pharmacotherapy for cannabis dependence: A randomized, controlled pilot study. *The American Journal on Addictions*, 26(8), 795-801.

- Organización Mundial de la Salud (2009) Embarazo en adolescentes: un problema culturalmente complejo. *Boletín de la OMS*, 87, 405-484
- Quiroz, A. (2012). *Padres con-ciencia*. Línea Continua.
- Quiroz, A. (2017). *Adolescente en construcción, disculpe las molestias que esta obra le ocasionan*. Línea Continua.
- Steinberg, L. (2011). *"You and your adolescent", the essential guide for ages 10 to 25*. Simon & Schuster.
- Steinberg, L. (2004). *10 basic principles of good parenting*. Simon & Schuster.

SOBRE LOS AUTORES Y AUTORAS

Armando Quiroz Adame, Psicólogo egresado de la UNAM con especialidad en Desarrollo infantil. Diplomado en desarrollo humano. Maestría en Psicología Educativa y en Terapia Familiar. Ha sido conferencista y conductor de talleres en congresos nacionales e internacionales con temas sobre pareja, familia, sexualidad humana y calidad de vida. Recibió el Premio Nacional de Psicología por parte de la Federación Mexicana de Psicología en la categoría de Trayectoria y Ejercicio Destacado de la Profesión del año 2019.

Claudio Rojas Jara, Psicólogo, Magíster en Drogodependencias, Universidad Central de Chile. Máster en Prevención y Tratamiento de las Conductas Adictivas, Universitat de València, España. Académico del Departamento de Psicología en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Católica del Maule, Chile. Miembro Profesional y Representante Nacional de Chile para la Sociedad Interamericana de Psicología [SIP] (2019-2023).

Eugenia Escalona Araneda, Coordinadora de Difusión CESIST-Chile. Licenciada en Psicología, Universidad San Sebastián, Chile. Diplomada en Abordaje en Terapia Sistémica Breve, Universidad Santo Tomás, Chile. Cursando Doctorado en Psicología con mención en Sistémica, Cognitiva y Neurociencias, Universidad de Flores, Argentina. Terapeuta de niños y adolescentes, con formación de temáticas relativas a violencia de género.

Felipe E. García, Director General CESIST-Chile. Especialista en Psicoterapia Acreditado CONAPC. Doctor en Psicología y Magíster en Psicología de la Salud, Universidad de Concepción, Chile. Académico e investigador en la Universidad de Concepción, Chile.

Gerardo Chandía Garrido, Psicólogo, Licenciado en Psicología, Universidad Católica del Maule (UCM), Chile. Magíster en Salud Mental Infanto Juvenil, UCM. Terapeuta Familiar y de Parejas, Instituto Chileno de Terapia Familiar. Diplomado en Técnicas de Evaluación Fo-

rense, Universidad de la Frontera, Chile. Académico Departamento de Psicología y director del Magíster en Salud Mental Infanto-Juvenil, UCM.

Javiera Paz González Araya, Psicóloga, Universidad Católica del Maule, Chile. Magíster © en Salud Mental Infanto-Juvenil de la Universidad Católica del Maule. Psicóloga Programa de Salud Mental, CESFAM Sarmiento, Curicó. Psicóloga, Clínica Fleming, Talca.

Juan Pablo Vicencio Cisternas, Psicólogo Clínico, Especialista en Psicoterapia Estratégica Breve, Instituto Milton Erickson de Santiago, Chile. Supervisor en formación. Ex director Nacional Colegio de Psicólogos de Chile. Amplia experiencia como psicólogo, coordinador (director) y asesor en programas públicos con adolescentes y adultos.

Luz de Lourdes Eguiluz, Doctora en Investigación Psicológica, Maestría en Terapia Familiar, Profesora Investigadora en la FES Izta-cala, UNAM y en el posgrado de Familia en la Universidad Autónoma de Tlaxcala, México. Directora de la Clínica de Educación y Desarrollo. Ha publicado más de 70 artículos de investigación y ha escrito 10 libros sobre: Epistemología, Familias, Parejas, Suicidio y Psicología Positiva.

Milton Contreras Sáez, Trabajador Social de la Universidad de Concepción, Chile. Magíster en Estudios y Desarrollo Familiar en la Universidad de la Frontera, Chile. Candidato a Doctor en Ciencias Humanas Universidad de Talca, Chile. Perito Social en materia familia y penal. Experiencia de Trabajo con Familias en Centros de Intervención de SENAME-Chile.

Pablo Arroyo Bascuñán, Psicólogo Clínico, Diplomado de Postítulo en Psicoterapia Sistémico Narrativa Infanto-juvenil de la Universidad de Chile. Miembro de CESIST-Chile. Terapeuta en programa de intervención con niños, niñas y adolescentes víctimas de maltrato y/o abuso sexual. Psicólogo clínico particular de adolescentes y adultos.

Pablo Concha Ponce, Director Académico CESIST-Chile. Especialista en Psicoterapia Acreditado CONAPC. Candidato a Doctor en Psi-

ciología, Universidad de Flores, Argentina. Máster Psicoterapia Breve Estratégica. Académico de la carrera de Psicología en la Universidad Autónoma de Chile, Talca.

Perla Montes de Oca, Licenciada en Psicología por el Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente, México. Maestra en Psicoterapia Sistémica por el Instituto Bateson de Psicoterapia Sistémica, México. Docente del Instituto Milton H. Erickson de Guadalajara y en el Instituto Tzapopan, México. Coordinadora del Boletín de la Red Europea y Latinoamericana de Escuelas Sistémicas (Relates).

Raúl Medina Centeno, Doctor en Psicología Social, Maestro en Terapia Familiar e investigación Post-doctoral en la Universidad de Cambridge, Inglaterra. Actualmente es Profesor de la Universidad de Guadalajara y fundador del Instituto Tzapopan, México. Su principal contribución: Terapia Familiar Crítica, Psicología Social Clínica y Consultoría Colaborativa.

Roberto Pereira Tercero, Psiquiatra, Psicoterapeuta familiar y de pareja y Supervisor docente acreditado. Dirige la Escuela Vasco Navarra de Terapia Familiar (EVNTF), y Euskarri, Centro de Intervención en Violencia Filio-Parental. Presidente de la Sociedad Española para el Estudio de la Violencia Filio-Parental (SEVIFIP). Ex presidente de la Red Europea y Latinoamericana de Escuelas Sistémicas (Relates).

Sergio Antonio García Flores, Psicoterapeuta. Doctor en Psicoterapia familiar y de pareja. Investigador del fenómeno Burnout. Autor del libro “Los problemas del docente una mirada sistémica” (2011). Conferencista nacional e internacional. Actualmente director del Instituto de investigación e innovación educativa de Chihuahua y del Centro para la atención psicológica terapia de urgencia.

