

**UNIVERSIDAD SALESIANA A. C.**

---

---

**ESCUELA DE PSICOLOGÍA**

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**“FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ABANDONO DEL  
PROCESO PSICOTERAPÉUTICO EN ADOLESCENTES”**

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

**L I C E N C I A D O E N P S I C O L O G Í A**

P R E S E N T A :

**RODRIGO CORRO MARTÍNEZ**

**ASESOR DE TESIS LIC. EMILIANO LEZAMA LEZAMA**

**MEXICO, D. F.**

**MAYO 2010**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## **AGRADECIMIENTOS**

Cualquiera que despierto se comportase como lo hiciera en sueños sería tomado por loco. (Sigmund Freud).

Doy gracias a Dios por llegar a tan importante momento de mi vida personal y profesional. Fue un camino lleno de experiencias, trabajo, sacrificios, satisfacciones, pero hoy finalmente se logra el objetivo final.

Dedico este trabajo a mis padres los cuales jamás me abandonaron en este camino, juntos llegamos a este momento, gracias a su dedicación, trabajo y esfuerzo diario que fueron la base de este logro.

Gracias papá por tu sabiduría e inteligencia, por tus platicas y experiencias por tu gran esfuerzo día a día a lo largo de mi vida como estudiante y lo más importante como persona.

Gracias mamá por tu comprensión y amor que son únicos en la vida, por tus palabras de aliento, por no dudar de mi en los momentos más difíciles, este logro también es tuyo.

A mis hermanos que me apoyaron día a día encontrando en ello una gran motivación para concluir mis estudios adecuadamente.

A Mario quien siempre confió en que podía seguir estudiando y poder dar siempre más, como olvidar tu frase que algún día me comentaste. "El segundo lugar es el primero de los perdedores", (Ayrton Senna da Silva).

Como olvidar a Edgar quien aunque se enojaba en colaborar con los proyectos de la carrera, siempre me apoyo en ellos, gracias hermano.

Y como poder olvidar a mis abuelitas con sus interminables pláticas las cuales agradezco infinitamente.

A mí cuñada, con quien pude compartir una triste y emotiva entrevista, la cual te agradezco infinitamente.

A mi novia parte importante de este proyecto no sólo por sus aportaciones, sino por su amor y comprensión a lo largo de este trabajo.

Amigos y enemigos gracias a todos y a cada uno de ustedes. Esperando que en los próximos caminos vuelvan a estar todos ustedes reunidos nuevamente para alcanzar un existo más.

Finalmente a mis profesores quienes me ensaaron lo que hoy se, por su entrega y compromiso diario, hoy gracias a ello me apasiona mi profesión y pude concluirla.

A mis asesores de este trabajo, gracias por su tiempo y tolerancia.

La verdad al cien por cien existe tan poco como el alcohol al cien por cien (Sigmund Freud).

## Índice

Resumen .....	I
Introducción .....	II
Capítulo I LA PSICOTERAPIA.....	9
1. La psicoterapia .....	9
1.1 Definición de psicoterapia.....	19
1.2 Procedimientos de la psicoterapia .....	20
1.3 Relación terapéutica .....	28
1.4 Contrato terapéutico .....	28
1.4.1 El lugar.....	28
1.4.2 El horario .....	29
1.4.3 Duración de la sesión .....	30
1.5 Alianza terapéutica .....	30
Capítulo II TRATAMIENTOS TERAPEUTICOS.....	32
2. Tratamientos terapéuticos .....	32
2.1 Modelos psicodinámicos.....	34
2.1.1 Los elementos y el encuadre de la situación analítica .....	35
2.1.2 Indicación del tratamiento y criterios de éxito terapéutico.....	38
2.2 Modelo Humanístico-Existencial.....	38
2.2.1 El análisis existencial.....	39
2.2.2 El análisis transaccional.....	39
2.2.3 Indicación del tratamiento y criterios de éxito terapéutico.....	42
2.3 Modelo conductual.....	42
2.3.1 Indicación del tratamiento y criterios de éxito terapéutico.....	46
2.4 Modelo cognitivo.....	47
2.4.1 Indicación del tratamiento y criterios de éxito terapéutico.....	49
2.5 Adherencia terapéutica.....	49

Capítulo III ADOLESCENCIA .....	51
3. Definición de adolescencia .....	51
3.1 Etapas de la adolescencia .....	52
3.1.1 Preadolescencia .....	56
3.1.2 Adolescencia temprana .....	58
3.1.3 Adolescencia propiamente tal.....	59
3.1.4 Adolescencia tardía .....	60
3.1.5 Postadolescencia.....	62
3.2 Características de la adolescencia .....	63
Tema IV CAPSI .....	68
4. Capsi .....	68
Tema V METODOLOGIA.....	72
5. Metodología.....	72
5.1 Resultados.....	75
5.2 Conclusiones .....	79
Bibliografía.....	81
Anexos.....	83

## **RESUMEN**

La problemática que enfrenta la población de adolescentes ha llevado a los padres de familia a recurrir de manera exasperada a algún tipo de apoyo psicoterapéutico y en muchas de las ocasiones sin haber consultado a su hijo adolescente causando en este una molestia por dicha acción.

En el presente estudio se propuso evaluar las posibles causas de porque los adolescentes abandonan el proceso psicoterapéutico, sobre la población atendida en el CAPSI de la Universidad Salesiana. Para este fin se realizaron entrevistas con los adolescentes.

Se observa que la mayor parte de los adolescentes que asistieron a terapia lo hacían de manera inconforme esencialmente por el horario y porque ellos consideran que no requerían dicho proceso terapéutico.

## INTRODUCCIÓN

El proceso de humanización depende esencialmente de la interacción del hombre con el ambiente social. La especificidad de este proceso viene determinada, en cada caso concreto, por las características del medio familiar y cultural. La psicoterapia actúa como medio específico de atención a la salud mental, se ocupa y está al servicio del desarrollo personal.

El mundo muestra hoy una creciente necesidad de ayuda psicoterapéutica, y esa búsqueda se encamina cada vez más hacia encontrar métodos más seguros y profesionales. Poco se sabe acerca de qué es y lo que se debe esperar de la psicoterapia o de cualquier tipo de tratamiento psicológico.

El propósito del presente trabajo es analizar los factores que influyen en que la población adolescente abandone un tratamiento psicoterapéutico, al tener este conocimiento se pueda estar en condiciones de prever el contexto que hacen posible este comportamiento y el psicólogo este prevenido para evitarlo.

Para fundamentarlo partimos del conocimiento sobre los orígenes y desarrollo de la psicoterapia. La psicoterapia hunde sus raíces en el hecho de que la vida humana es constitutivamente problemática, porque el hombre es siempre un náufrago en el mar de lo que no sabe o no puede, es un ser ínter subjetivo el cual depende de sus semejantes para sobrevivir en un mundo de constantes cambios.

Los procedimientos utilizados a lo largo de la historia para hacer frente a los problemas de la convivencia humana han evolucionado junto con otros aspectos de la vida. Encontrando en nuestros días diversas teorías y técnicas para la aplicación de la psicoterapia.



La psicoterapia del adolescente no es una labor estrictamente diádica puesto que, con frecuencia, los padres están también interesados en conocer la evolución psíquica de sus hijos. El encauzar a los adolescentes, padres de familia o responsables del menor a entender el proceso terapéutico, para qué sirve y lo fundamental que se ha hecho seguir un proceso terapéutico hoy en día, donde se vive con grandes carencias materiales pero principalmente afectiva.

El crecimiento tan rápido y desmedido de esta área del conocimiento, se explica por el interés tan grande y la fascinación que se le confiere al comportamiento humano, en especial el del adolescente. Este se encuentra en una ambivalencia en sus pensamientos, ideas y emociones, los cuales no son expuestas claramente, produce en los adolescentes grandes confusiones y rechazo a las cuestiones psicosociales.

El individuo que se interna en las exploraciones terapéuticas de su inconsciente, logra establecer una rehumanización, a través de un camino que no siempre es fácil y ocasiones puede no ser agradable.

A través del presente trabajo, la población en general pueda tener la opción real de entender que la búsqueda de una psicoterapia adecuada está íntimamente ligada al terapeuta con el que participa en esta experiencia y por lo tanto la elección del mismo es crucial. Asimismo ofrecer elementos que ayuden al adolescente a realizar de manera más adecuada esta elección.

Toda ayuda terapéutica profesional es necesaria, debido a las difíciles condiciones psicosociales de hoy en día. Es así que la psicoterapia puede ponerse al alcance de una mayor cantidad de personas en especial a adolescentes, siempre y cuando tenga el interés para solicitarla. La psicoterapia no puede resolver todos los males del mundo, pero sí puede esclarecer algunos de los conflictos, incomprensiones, odios, temores, daños e insatisfacciones que se derivan de las

frustraciones, engaños y demás dificultades, revestidos de problemas psicológicos, los cuales pueden ser integrados con plena consciencia.

En la primera parte del presente trabajo se incluye la aproximación histórica de la psicoterapia hasta la actualidad, definición de psicoterapia, procedimientos de la psicoterapia, así como el principio de la relación terapéutica, contrato de terapéutico.

Posteriormente, en el capítulo II, se exponen los principales tratamientos terapéuticos y la adherencia terapéutica. Todo esto para tener un panorama general de la intervención clínica.

En el capítulo III se hace mención de la definición de adolescencia así como sus etapas y características psicosociales de manera general, en capítulo IV se expone el trabajo y la importancia del CAPSI en la formación profesional de los alumnos del último año de la carrera de psicología y el servicio que se brinda.

Se hace mención en el capítulo V, de la metodología y el análisis de resultados obtenidos mediante la aplicación de entrevistas respectivamente, finalmente se expone las conclusiones y limitaciones del trabajo realizado.

## **CAPÍTULO I**

### **LA PSICOTERAPIA**

#### **1. La psicoterapia**

Es en Grecia donde surge el origen de la psicoterapia actual, sus orígenes derivados de su tradición filosófica y médica. Se produce una transición desde el animismo hasta la mentalidad racional (Lain, 1958).

El primero en hablar de este proceso es Aristóteles, el cual hace la referencia a los distintos usos de la palabra, que se realizaban en Grecia con fines curativos, Platón habla de cómo el discurso bello produce un estado de armonía en todas las partes del alma.

La psicoterapia hunde sus raíces en el hecho de que la vida humana es constitutivamente problemática, porque el hombre es siempre un náufrago en el mar de lo que no sabe o no puede, es un ser ínter subjetivo que depende de sus semejantes para sobrevivir en un mundo de constantes cambios y solo parcialmente conocido.

Los procedimientos utilizados a lo largo de la historia para hacer frente a los problemas de la convivencia humana han evolucionado junto con otros aspectos de la vida. A grandes rasgos, cabe distinguir dos formas de la conducta anormal o desviada del grupo. La primera corresponde a un estadio pre –racional en el que la anormalidad se concibe como el producto de la voluntad de algún agente sobrenatural, antepasados, brujos, demonios, dioses.

En la segunda, por otro lado, se considera que la anormalidad es el resultado de causas naturales. En función del predominio de una u otra concepción, los trastornos psicológicos han dependido de los intermediarios con lo sobrenatural o de los profesionales de la ciencia natural de la enfermedad mental.

La psicoterapia propiamente dicha aparece durante el siglo XIX en el ámbito de la medicina. Para que ello fuera posible, es necesaria la presentación de dos instancias:

Primero, que la enfermedad mental se desvinculara totalmente de las concepciones sobrenaturales, y segundo, que ciertas formas de neurosis se desvincularan de la patología general. A partir de aquí, fue posible aceptar la existencia de enfermedades capaces de disminuir al hombre en su humanidad, esto es, en su libertad y autonomía.

El camino recorrido hasta llegar a reconocer la enfermedad mental como un hecho natural que afecta a la humanidad del individuo, de hecho, corre en paralelo a la propia evolución de la civilización occidental, que promueve la libertad individual y los valores democráticos (Satern, 1965).

Para realizar la reconstrucción cabal del pasado de la psicoterapia sería necesario partir de una historia de la praxis del vivir cotidiano. Desde esta perspectiva, las prácticas psicoterapéuticas formarían parte de los recursos o remedios que el hombre ha utilizado para salir (o hacer salir a otros) de situaciones vitales recurrentes. Habría que mencionar aquí remedios considerados normales dentro de determinados contextos, tales como las confesiones, las epístolas, las guías espirituales, etc.

Las primeras explicaciones sobre la naturaleza y la vida están dominadas por metáforas sobrenaturales, místicas y míticas, que en buena medida todavía perduran. Estas metáforas corresponden a los primeros estadios de la evolución humana en los que le hombre vive de la caza y la recolección y, más, de una incipiente agricultura. La característica esencial del funcionamiento humano en este estadio es la ausencia de límites precisos entre el hombre y la totalidad de las cosas de la naturaleza. Mucho antes que el hombre se conciba a sí mismo como un ser claramente distinto de los animales y las plantas, el hombre se ve sí mismo como un eslabón en la cadena de la vida en general, cadena dentro de la cual cada ente está mágicamente ligado con el todo, de tal manera que no sólo parece posible sino

necesario, como forma natural de la vida, el que se dé una constante transmutación de un ser en otro (Feixas, 1993).

En realidad, apenas resulta lícito hablar de conciencia individual como algo distinto de la conciencia tribal. Por esta razón, los remedios que se utilizan para hacer frente a lo que hoy llamamos enfermedad mental corresponden a actividades muy diversas que implican no sólo al enfermo y al curandero, sino al grupo social en su conjunto. De este modo el hombre vive en un mundo que está lleno de presencias, trampas, fantasmas, hechizos, demonios y encantamientos, que se mueven en un reino atemporal en el que no se distingue entre pasado, presente y porvenir.

Las prácticas curativas que podríamos llamar “tratamientos psicoterapéuticos” primitivos presentan numerosas variantes. Ofrecen una sistematización, en la que se incluyen prácticas como las siguientes: ceremonias para la restauración del alma, prácticas exorcistas, confesiones, etc. En estos casos, la curación se produce cuando el hechicero encuentra, casi siempre con la ayuda de instrumentos especiales, el alma perdida y la restaura al cuerpo al que pertenece.

Aunque las creencias primitivas todavía persisten en la actualidad en determinados contextos, históricamente, el círculo cerrado de la tribu comenzó a resquebrajarse hacia el siglo VI a. de C., período en el que se produjo un cambio respecto a las creencias primitivas. Este cambio no consistió tanto en la superación de las antiguas creencias como en que éstas dejaron paso a dos caminos distintos de conceptualización; las religiones organizadas y el pensamiento racional.

Estas nuevas vías de conceptualización ocupan un vasto horizonte: Buda en la India, Lao –Tse en China, Tales de Mileto y Pitágoras en Grecia, por divergentes que a primera vista puedan parecer, estas obras tienen en común el establecer una distinción entre este mundo (aparente) y el otro mundo (más real, verdadero, etc.) e implican la capacidad de distanciarse de la inmadurez de la situación presente. Todas ellas suponen, en definitiva, nuevas formas de ordenar la experiencia. Buda llama a sus enseñanzas la “tercera vía” y con Tales de Mileto y su planteamiento

acerca del “ser de las cosas” se prepara el terreno para el surgimiento del pensamiento racional.

Durante la Edad Media, el modelo galénico, que se concentra en las seis cosas no naturales y que reduce el papel de lo psicológico a mero soporte moral, sobrevivió. A lo largo de este período, fue la Iglesia la que jugó un papel determinante a la hora de considerar los trastornos mentales como productos de una voluntad sobrenatural, en este caso el diablo. Los tratamientos “psicoterapéuticos”, por tanto iban desde la oración hasta a la hoguera, pasando por la tortura y el exorcismo.

La confesión es un procedimiento cuyo origen se remonta a las “psicoterapias” primitivas. En el ámbito de la tribu, la confesión es pública y se utiliza ante la ruptura de un tabú. Sin embargo, en el ámbito de la tradición cristiana, la confesión es el vehículo de expresión y configuración de la vida interior. En este sentido, el paradigma de la confesión fue establecido por San Agustín en el siglo IV con sus confesiones, en las que se expone por primera vez un proceso de cambio personal. Aunque las guías prácticas para el desarrollo de las virtudes cristianas aparecieron durante la Edad Media, proliferaron en el Renacimiento, época en que la Iglesia católica se vio presionada por la reforma.

A pesar de todo, el tratamiento moral no iba más allá de los esquemas terapéuticos tradicionales, basados en las seis cosas no naturales, se recomendaban cosas tales como ambientes placenteros, compañías agradables, un régimen de vida conveniente, música, ejercicio, contacto con la naturaleza, consuelo del enfermo, y manejo de las pasiones suscitando otras que se opongan a las causantes de la enfermedad y procurando ejercer el dominio de la razón sobre las ideas mórbidas que las originaban. A pesar de esto, el tratamiento moral ofrecía, en definitiva, un tratamiento más humanitario que psicoterapéutico.

La psicoterapia, en sentido estricto, aparece durante el último cuarto del siglo pasado. Éste es un periodo en el que los descubrimientos suceden con rapidez y los

conocimientos acumulados en el pasado comienzan a ser vistos bajo una nueva luz, la medicina oficial reconoce la naturaleza de la psicogénica de la neurosis.

Aunque el problema de la influencia de la mente sobre el cuerpo preocupaba a los médicos, la vía que hizo posible la aparición de la psicoterapia se desarrolló al margen de los esquemas de la medicina oficial y sólo hacia finales del siglo pasado se integró dentro de ésta. La descripción de este proceso, que culmina la formación del psicoanálisis (Tarachow, 1970).

A finales del siglo XVIII y principio del XIX, desde la óptica de la psicoterapia y la psicopatología, dos son los nombres destacables de este siglo: F.J. Gall (1758-1826) y A. Mesmer (1758-1826). Gall estaba convencido que determinadas funciones corporales y emocionales estaban controladas por determinadas aéreas del cerebro. Incluso los rasgos del carácter derivaban de aéreas específicas del cerebro. Además afirmaba que la forma del cráneo se relacionaba con el grado de extensión y preponderancia de las zonas cerebrales, y que en base a ello se podía estudiar el carácter. A este método de diagnóstico le llamó "frenología".

Mesmer, un médico vienés, proporciona un empuje clave a lo que después será la psicoterapia. Su aportación básica consistió en explicar la enfermedad mental como derivada de una causa natural y no del diablo.

Presentó su teoría en 27 puntos que pueden resumirse en las siguientes tesis (Ellenberger, 1970):

Existe un fluido físico que llena el universo y que es el vehículo de unión entre el hombre, la tierra y los astros, y también entre hombre y hombre.

La enfermedad se origina a causa de una distribución desequilibrada de este fluido en el cuerpo; la recuperación se logra cuando se restaura el equilibrio.

Con la ayuda de ciertas técnicas este fluido puede canalizarse, almacenarse y transmitirse a otras personas.

De este modo, se puede provocar crisis en los pacientes y curar las enfermedades.

Apoyado por la ciencia de su tiempo en boga de la electricidad, el magnetismo y la astronomía, que las personas tenían un fluido en el cuerpo (reminiscencia de la tradición de los cuatro humores hipocráticos) de carácter magnético que cuando se desequilibraba hacia enfermar a la persona. En un principio propuso restaurar tal desequilibrio con él, uso de imanes (magnetismo), para después evolucionar hasta la interacción del magnetismo del terapeuta (Mesmer) y el del paciente. El método de Mesmer básicamente consistía en la colocación de imanes cerca del paciente, la ingesta de un fluido de hierro y pases de mano de imanes por determinadas zonas corporales.

Ahora bien, el médico británico Jabrid Brain (1795-1860) es quien retomó las prácticas magnetistas, pero las reformuló como producto de un estado neurofisiológico, como un estado de "sueño nervioso". Para explicar estos fenómenos acuñó el término "hipnosis". En marcado contraste con sus contemporáneos mesmeristas (Ellioston, Esdaile, Lafontaine...), que atribuían a su persona el magnetismo responsable de las curaciones, Brain se basaba en la condición mental y fisiológica del sujeto.

Sin embargo dentro del contexto de la neurología de aquella época resurge el interés por la hipnosis en dos grandes centros o escuelas: La escuela de Nancy con las figuras de Liébeault (1823-1904) y Berheim (1840-1919) y La escuela de la Salpêtrière en torno a Charcot (1825-1893).

Liébeault practicaba la hipnosis sugiriendo a sus pacientes que le miraran fijamente a los ojos les decía que se iban adormeciendo gradualmente. Una vez conseguido el estado de somnolencia le indicaba la desaparición de los síntomas. Con este procedimiento llegó a tratar todo tipo de enfermedades. Berheim, aprendió este método de Liébeault y lo explicó como producto de la sugestión.



La actitud de Charcot era marcadamente opuesta a la escuela de Nancy, aunque practicaba la hipnosis, la explicaba como un proceso neurológico (Charcot era el neurólogo más famoso de su época). En concreto, investigo la relación entre la histeria y la hipnosis. La parálisis histérica podía reproducirse y eliminarse bajo hipnosis, según su concepción porque activaba una lesión neurológica específica; incluso la sugestión habilidad era un signo de debilidad neurológica.

Durante este período de avance de la nosología psiquiátrica se había conseguido aislar ciertas enfermedades a las que no se podía encontrar una lesión anatómica. Hacia el final del siglo el término psicoterapia se utilizaba para dar referencia al tratamiento por sugestión, y, por extensión, se convirtió en el término aceptado para todos los métodos de curación por medio de la mente.

A continuación se reseñan algunos sucesos relevantes para la aparición de la psicoterapia entre 1822 y 1895, en el que predominan las investigaciones francesas que se expandieron no sólo por Europa, sino también por los Estados Unidos. (Ellenberger, 1970).

1882, J.M. Charcot, comienza el tratamiento de hipnosis con pacientes histéricas.

1886, P. Janet, publica el caso de Lucile, considerado como la primera cura catártica.

1886, H. Bernheim, publica un manual sobre hipnotismo y se declara discípulo de Liébeault.

1889, Congreso Internacional sobre hipnotismo, Van Renterghem y Van Eeden dan cuenta de la Clínica de Psicoterapia Sugestiva que han abierto en Amesterdam.

1889, A. Binet, publica un trabajo sobre hipnosis e histeria.

1891, S. Freud publica su monografía sobre afasia.

1892, II Congreso Internacional de Psicología (Londres) Van Eeden define la psicoterapia como la cura del cuerpo por la mente, ayudada por el impulso de una mente a otra.

1892, J. Benedikt en Viena trata a sus pacientes intentando averiguar sus problemas íntimos en estado consciente y ayudándolos a resolverlos.

1893, J. Breuer y S. Freud publican sobre el mecanismo psíquico de los fenómenos histéricos.

1895, La influencia de Bernheim se extiende por Europa.

El método catártico fue descrito por J. Breuer (aunque Janet ya lo practicaba). Este médico comenzó un trabajo conjunto con Freud de la que fue producto su obra conjunta "Estudios sobre la histeria (1895) donde aparece el famoso caso de la paciente Ana O. que desarrolló un cuadro histérico a partir del periodo en que cuidaba a su padre moribundo. Breuer había comenzado a tratar a esta paciente con hipnosis repetidamente, hasta que la paciente comenzó a hablar de sus experiencias específicas del pasado en las que había aparecido el síntoma, desapareciendo este al hacer esto. El procedimiento terapéutico se fue centrando así en las sesiones hipnóticas donde se animaba a la paciente a hablar sobre los incidentes relacionados con sus síntomas (método catártico).

Freud(1856-1939),que tenía una sólida formación neurológica, y que había aportado destacables contribuciones a este campo como varios trabajos sobre las parálisis cerebrales en niños y la neurobiología de la afasia y la agnosia, comenzó su práctica abordando numerosos casos de histeria. En un principio practicaba el método catártico que desarrolló con Breuer.

Su experiencia le confirmó que el método catártico hacía desaparecer los síntomas pero no que volvieran a aparecer, pues según su concepción, no modificaba la estructura inconsciente subyacente. Progresivamente fue descubriendo los procesos defensivos del Yo que rechazaban los recuerdos y emociones

insoportables y la importancia de la relación terapéutica para vencer y trabajar contra tales resistencias inconscientes, lo que le llevó a abandonar el método catártico y a desarrollar la asociación libre.

Básicamente la asociación libre consistía en sugerir al paciente recostado en un diván (parte derivada del método hipnótico) que a partir de un tema de su biografía debía hablar sin ninguna inhibición. Cuando el paciente se bloqueaba, Freud le ponía la mano en la frente y le indicaba, por su gestión, recordar un hecho. Posteriormente abandonó esta presión y la proposición de un tema específico y la asociación libre se realizaba sobre el material que el paciente traía a consulta, indicando el terapeuta solo la regla de la asociación libre. Este método constituyó la base del psicoanálisis.

La psicología clínica se constituye en los Estados Unidos a principios del siglo XX. En Europa la concepción dominante del tratamiento era médica o bien derivada de la orientación psicoanalítica freudiana o de sus "desviaciones" (Adler, Jung, etc.), que tuvo una buena recepción en Estados Unidos en los medios psiquiátricos (no tanto en los psicológicos).

En el campo de la psicología a partir de las dos guerras mundiales la intervención de los psicólogos en los asuntos sociales y públicos fue creciendo. En un primer momento en la selección de personal para el reclutamiento y selección de puestos, y progresivamente se fue reivindicando una labor más allá de la puramente psicodiagnóstica. La psicoterapia pasó a ser un campo de trabajo de los psicólogos, que adoptaron inicialmente en su mayoría la orientación psicoanalítica.

A partir de la segunda guerra mundial comienza a reconocerse socialmente el trabajo psicoterapéutico de los psicólogos, y en la conferencia de Boulder (1949, Colorado, EEUU) se define el rol del psicólogo clínico que debe de recibir formación en tres áreas: diagnóstico, investigación y terapia. Poco después la Asociación de Psiquiatría Americana defiende que la psicoterapia solo debe de ser practicada por médicos psiquiatras. En este contexto se genera el inicio de las polémicas entre ambas profesiones.

Los psicólogos comienzan a generar modelos terapéuticos ajenos al psicoanálisis (dominante entre los psiquiatras americanos) y los presentan como alternativas más a este. Carl Roger sobre 1943 crea la terapia centrada en el cliente como una alternativa nueva de psicoterapia, e inicia un proceso de investigación sobre la relación terapéutica (grabación de las sesiones, análisis del proceso y contenido, etc.). Desde el ámbito académico se acentúa el conductismo y la terapia de conducta. Desde este último punto de vista se propone que los trastornos mentales sin base orgánica son trastornos aprendidos, derivados de las leyes del condicionamiento y por lo tanto susceptibles de ser modificados en base a procedimientos de re aprendizaje.

Los conductistas Eysenck, Skinner y Wolpe van a desarrollar esta nueva concepción de la psicoterapia. Eysenck (1952) cuestiona la efectividad de la psicoterapia psicoanalítica que refiere equiparable al no tratamiento, incluso inferior. Skinner desarrolla su paradigma de condicionamiento operante, y en su obra "Ciencia y conducta humana"(1953) llega a re explicar la psicoterapia como efecto del condicionamiento operante substituyendo los mecanismos intrapsíquicos por principios de aprendizaje.

Wolpe a partir de su obra "Psicoterapia por inhibición recíproca"(1958) demuestra como la terapia conductista es aplicable y efectiva en el tratamiento de las neurosis, sin necesidad de recurrir a los procedimientos largos y costosos de la terapia psicoanalítica.

El enfoque conductista se hace dominante hasta los años sesenta en los ámbitos académicos de América y Europa, y en gran parte de los clínicos (mas entre los psicólogos). En esta época sin embargo, comienza a ser cuestionado por parte de los propios psicólogos que le atribuyen, reconociendo su efectividad potencial en muchos casos, una imagen del hombre demasiado mecanizada y olvidada de los aspectos más subjetivos.

Ante este clima de insatisfacción se produce un doble rechazo, por un lado del modelo psicoanalítico que se considera excesivamente especulativo (aunque rico en

aportaciones) y del conductista (potencialmente efectivo) que se considera demasiado reduccionista y mecanicista. Las nuevas alternativas son la psicología humanista, entre las que destaca C. Rogers, que llega a expandirse en EEUU, aunque poco en Europa; el modelo sistémico de terapia familiar (Bateson, Jackson, Halley, Minuchin, etc.) y el modelo cognitivo (Ellis, Beck, Meichenbaum, Mahoney, etc.).

### **1.1 Definición de psicoterapia**

¿Qué es la psicoterapia? Parte de la dificultad de la respuesta a esta pregunta se encuentra en la naturaleza compleja y diversa de este campo.

Actualmente existen una multitud de psicoterapias modernas que difieren en cuanto a sus supuestos subyacentes, focos de tratamiento, objetivos y métodos para alcanzar esos objetivos.

Dada la pluralidad de enfoques psicoterapéuticos, existe una amplia gama de definiciones de lo que es psicoterapia.

“Un tratamiento ejercido por un profesional autorizado que utiliza medios psicológicos para ayudar a resolver problemas humanos en el contexto de una relación profesional” (Feixas, 1993).

“La psicoterapia es un proceso bilateral en el que a través de la palabra como instrumento de curación, se logra que el entendimiento tenga primacía sobre lo irracional, logrando que el terapeuta aborde problemas y sufrimientos del paciente” (Sydlo y Beristáin, 2005).

Respecto a quién practica la psicoterapia, la diversidad también es el factor común. Hoy en día, ninguna profesión puede pretender tener el monopolio de su práctica. Aunque la mayoría de los terapeutas suelen ser psicólogos o psiquiatras, también otros profesionales como consejeros y trabajadores sociales suelen ejercer esta actividad.

Los motivos de los clientes (o pacientes) para comenzar un tratamiento son diferentes, aunque suelen ser temas comunes: la desesperanza, el aislamiento social, la desmoralización y un sentimiento de fracaso y falta de valor. El cliente se suele sentir al margen del flujo de la vida y experimenta sentimientos de ansiedad, desánimo e infelicidad. La diversidad de problemas que presenta el cliente o su estructura subyacente, también va a influir en el enfoque y la orientación que adopte el terapeuta.

## **1.2 Procedimientos de la psicoterapia**

Ante todo, ha de llamar la atención que la psicoterapia actual muestre una serie de tendencias y escuelas cuyos planteamientos son en parte contradictorios. Los representantes de las distintas escuelas se combaten a menudo con gran encarnizamiento: sostienen que su modo de ver las cosas es el único acertado y que todos los demás se equivocan. El que está más lejos de las cosas se confunde más fácilmente por este motivo, y a menudo pregunta cómo un mismo síntoma, una misma manifestación psíquica, pueda ser objeto de tan diferentes interpretaciones.

Sin embargo, en el fondo se trata solo de un fenómeno que cabe observar del mismo modo en todos los órdenes de la ciencia. La mayoría de las observaciones se presta a interpretaciones y teorías diferentes, que siempre hay que volver a cotejar con los hechos. Lo que puede decirse ya que en el sector de las ciencias de la naturaleza propiamente dichas, con mayor motivo puede decirse de la psicología, cuyo objeto es mucho más difícil que los procesos estudiados por la física o la química.

Gran parte de la desconfianza que inspira la psicología profunda proviene que no se establece la debida separación entre cosas diferentes. Ante todo hay hechos que son indiscutibles: que los hombres sufren, sueñan, que unos prestan síntomas nerviosos y otros, trastornos, son hechos de los cuales parte cada una de las distintas direcciones, con los que es preciso contar, y que no pueden ponerse en duda.

Igualmente indiscutibles son los otros fenómenos, como por ejemplo los actos fallidos, que en el terreno científico Freud fue el primero en tratar a fondo.

También Jung hace sentar al paciente y lo invita a explicarle. Más, por encima de esas discrepancias, no debe olvidarse lo que tiene en común; la libre expresión del paciente, la “manifestación de sí mismo”.

Todas las manifestaciones aprovechan como material lo manifestado por el paciente y luego lo interpretan. Con ello llegamos al aspecto de la psicología profunda. La interpretación no se limita a mostrar las condiciones que condujeron a la formación del síntoma o dicho, en términos más generales, a la aparición de cualquier fenómeno psíquico, sino que además quiere averiguar su sentido y significado. En este punto comienza a dividirse los criterios, puesto que cada una de las tendencias de psicología profunda aquí tratadas intentan interpretar los mismos fenómenos pero lo hace de manera diferente. No obstante, también en esto hay ciertas coincidencias, que a menudo se pasan por alto. Freud introdujo lo inconsciente, sin lo cual sería totalmente incoherente e incomprensible la marcha de los fenómenos psíquicos.

Todas las tendencias de psicología profunda pueden calificarse de psicología genética. Tratan de explicar y comprender sobre la base del pasado la imagen que el hombre ofrece en el momento dado y sus conflictos actuales.

El hombre arrastra consigo, por decirlo así, todo su pasado, que está viviente en él. Freud se detiene esencialmente en el pasado mientras Jung trata de ir más allá y trae a colación la historia de la humanidad.

Sea como fuere, las raíces del comportamiento actual se hallan en el pasado y, en consecuencia, todo psicoanálisis que pretenda descubrir las repercusiones de vivencias pasadas en lo presente tiene que tratar de averiguar lo pasado, haciendo consciente y a al vez inocuo lo que ha quedado sin resolver. Este hecho explica, al mismo tiempo, la dificultad y la larga duración de todo tratamiento de psicología.

Más esa imagen del hombre es algo que, independientemente de los factores de la época y de la cultura en general, está condicionado en gran parte por la personalidad del investigador, toda su actitud y su estructura espiritual.

Freud, Alder y Jung son precisamente hombres de estructura espiritual completamente diferentes. Exactamente del mismo modo como la personalidad del creador se expresa en la obra de arte y podría decirse que puede leerse en ésta, ocurre con el sistema psicológico que un investigador ha creado, y también con su procedimiento, con el modo como se coloca frente a los hombres y los considera.

Por consiguiente, de esto puede sacarse la conclusión de que no todo sistema, no toda escuela, “conviene” a todas las personas, y de que no todo terapeuta puede ayudar a cualquier paciente; para que sea posible una verdadera comprensión y un éxito total, acaso tenga que ver cierta coincidencia de estructura entre el terapeuta y el paciente.

La psicoterapia ha sido investigada científicamente. No es necesario insistir en que este hecho le ha abierto las posibilidades completamente nuevas. Punto de partida de la psicoterapia moderna fue el estudio de las neurosis, y solo lenta y paulatinamente ésta se hizo extensiva no solo un tratamiento de las psicosis sino también al de las enfermedades orgánicas.

Mientras al principio interesaba casi exclusivamente a neurólogos y psiquiatras, en la actualidad interesa a todo médico, lo mismo al clínico que a cualquier especialista.

Desde algunas perspectivas la psicoterapia es un espacio de reflexión con un profesional en el que se afrontan los problemas que en esta vida nos asaltan. Se supone que el paciente acude al terapeuta para reflexionar juntos y averiguar que es lo que ocurre, que muchas veces es inconsciente, es decir, está fuera de nuestra conciencia. Estas terapias suponen que el conocimiento salva y que averiguando aquello que hemos olvidado o de lo que no somos conscientes se soluciona el



problema. Pero ya Freud afirmaba que era preciso revivir el trauma en las sesiones para poder resolverlo.

La psicoterapia, es en principio y como la etimología lo sugiere, el arte de sanar el alma. A través del tiempo esta alma o psique, ha cobrado nuevas configuraciones teóricas hasta asentarse en el actual concepto de mente. Así, la psicoterapia es el tratamiento que ayuda a la mente a equilibrarse y a remediar los males que le aquejan.

Sin embargo, el concepto de mente es limitado pues el marco que lo precede es la dualidad representada por el cartesianismo. Tal división entre la mente y el cuerpo, ha sido bastante útil para el estudio y vivisección de este último, sin embargo ha fallado en encontrar una respuesta a problemas que requieren de un nivel mayor de complejidad, es decir a los problemas del alma.

La psicoterapia es un excelente apoyo para corregir cualquier desequilibrio al que se enfrente la persona. Su campo de acción va desde la simple toma de decisiones hasta el tratamiento de trastornos mentales graves, como la psicosis o trastornos físicos agudos tales como una enfermedad terminal. Prácticamente ninguna suceso traumático está fuera del ámbito psicoterapéutico.

El problema de la psicoterapia en la práctica general se presenta en el psíquico desempeñando en la génesis de la enfermedad un papel mucho más considerable de lo que en general se supone, y que muy a menudo los síntomas orgánicos solo se toman como "pretexto" a pesar de que pueden dar lugar a daños muy graves.

No cabe duda de que en todos los casos se requiere una investigación somática a fondo del paciente, pero en los casos en que el médico no pueda averiguar la existencia de un trastorno orgánico, habría que suponer desde el principio que existe una dolencia psicógena; la enfermedad orgánica debe excluirse mediante investigaciones especiales, lo cual empero, encierra ciertos peligros, puesto que las numerosas investigaciones especiales crean también en el paciente

mismo la impresión de que carecen de importancia los trastornos que no están relacionados con un órgano y, por consiguiente, tiene más confianza en el tratamiento orgánico que en el psicológico.

Bien es verdad que el cumplimiento de estas tareas tropieza con una serie de obstáculos. En primer lugar, el paciente no acude al médico en fase del conflicto, o sea de la enfermedad todavía no “organizada”.

Por consiguiente, convendría educar al paciente para que adoptara esa costumbre. Además el médico, hay dos factores que desempeñan un papel: la falta de tiempo y la insuficiencia de preparación psicológico-psicoterapéutica.

No cabe duda de que el clínico está muy ocupado y no dispone de tiempo suficiente, se observa que, por otra parte, también se ahorra tiempo si al principio se trata psicológicamente al paciente como es debido y se impide así que luego se desarrolle la enfermedad.

Desde luego, el clínico no puede llevar a cabo análisis largos y orientados a lo profundo, pero en conversaciones algo extensas con el paciente puede aclarar muchos de sus problemas, ayudarlo, e impedir que se desarrollen trastornos más graves. Para remediar la insuficiencia de formación, Balint hizo el ensayo de reunir grupos de clínicos; de esta suerte, los participantes daban cuenta de sus pacientes, informaban de sus historias clínicas y luego el grupo procedía a examinarlas y trataba de averiguar las causas originarias de estos trastornos y el modo de controlarlas.

Los límites entre las neurosis y las psicosis no siempre son absolutamente claros y hay todas las formas de transición. Más de una enfermedad corporal tiene una base neurótica, pero como ha demostrado, hay también enfermedades que aparecen en lugar de una psicosis.

Trastornos psíquicos y orgánicos pueden alternar: una úlcera gástrica, por ejemplo, puede hacer desaparecer una grave depresión, y una esquizofrenia puede

calmarse y llegar a la remisión cuando se contrae una grave enfermedad orgánica. Viceversa, la curación de una enfermedad orgánica puede activar un trastorno psíquico latente. Todas estas cosas debe saberlas el psicoterapeuta.

El psicoterapeuta es un profesional entrenado en una o varias escuelas de esta disciplina. Dependiendo de su marco teórico, utilizará diversas metodologías para afrontar los problemas que el paciente le presente. La formación del psicoterapeuta es básicamente en psicología y debiera estar apoyada en la psicología de la conducta, del desarrollo, la psicopatología y en el estudio de varias técnicas dinámicas.

Fundamentalmente un buen psicoterapeuta debe haberse sometido al menos a un tratamiento propio, haber discernido ampliamente entre las motivaciones de su conducta, ser capaz de analizar concienzudamente sus propios patrones de comportamiento y tener un vasto conocimiento de su personalidad.

El psicoterapeuta debe haberse analizado profundamente en el papel de paciente, y estar avocado a un ejercicio de autoconocimiento constante, de otra manera correría el riesgo de proyectar su problemática en el paciente por medio de la transferencia y la contra transferencia.

El proceso terapéutico es llevado a cabo en un ambiente agradable en el que paciente y terapeuta experimentan un dialogo profundo; este dialogo se basa en la premisa de que el paciente habla constantemente, y sin darse cuenta, en un nivel secundario de comunicación, nivel en el que transmite un mensaje diferente a su discurso conciente. El terapeuta entrenado y sensibilizado en la recepción de este segundo lenguaje, actúa como escucha activo y haciendo uso de herramientas metodológicas, devuelve, de forma clara, los mensajes ocultos al paciente, ayudándolo así a darse cuenta de instancias que, dentro de sí, previamente le eran desconocidas.

La psicoterapia profunda fue la primera que trató de buscar las causas de las neurosis y otros trastornos y descubrir las conexiones vivenciales en las que se considera que tienen sus raíces.

Más para conocer esas relaciones se necesita también una psicohigiene, el desarrollo de la higiene mental no ha corrido parejo con el de la higiene del cuerpo, a pesar de que no es menor su importancia para la salud tanto psíquica como física del hombre. Pero la psicohigiene mental va mucho más allá de la esfera de la vida individual y es importante también para la vida de la sociedad.

El poco interés por los procesos terapéuticos, de una sociedad llena de superficialidades más interesada por cuestiones de mercadotecnia, tecnología, moda, etc. Se ha olvidado de poner atención en cuestiones de salud mental, un individualismo mal formado en cada persona, lleno de egoísmos y excentricidades ha traído consigo una serie de problemáticas de forma social e individual, poner más atención en la niñez, brindarles una cultura de prevención, una conciencia de respeto, y de mayor información en los padres de familia, es y será de mayor ayuda para una mejor sociedad, tomar mejores decisiones ante los diversos problemas donde cada integrante de esta sociedad es en cierta parte responsable.

La eliminación de angustias, sentimientos de culpa, odio y agresividad, hostilidad e intolerancia, sentimientos de inferioridad y afanes de poder, no solo es indispensable para la salud corporal y psíquica del individuo, sino también para la convivencia humana.

Con arreglo a las ideas de la psicología, la psicohigiene mental debe iniciarse tempranamente; requisito esenciadísimo para la salud psíquica es una vida de familia sana, en la que los padres adopten con sus hijos la actitud debida. Esto, a su vez, requiere la salud psíquica de los propios padres y su comprensión hacia el niño y sus necesidades afectivas.

La participación, confianza y respeto de la familia es de suma importancia, cuando da inicio un tratamiento terapéutico, esto le será de gran ayuda al paciente,

sintiéndose, seguro, y con interés por el tratamiento, dejando de lado comentarios inapropiados siendo esto parte fundamental para un adecuado y exitoso proceso terapéutico.

Más allá de todo esto, todas las relaciones y circunstancias de la vida desempeñan a la psicohigiene individual, social y cultural. A diferencia de la psicoterapia, el tratamiento de las enfermedades y trastornos existentes, que a puede considerarse misión del médico, la psicohigiene depende en gran parte de la colaboración de padres y maestros y de sectores sumamente amplios, solo así podrá cumplir con las metas del tratamiento terapéutico.

Una mayor responsabilidad así como participación por iniciar un tratamiento terapéutico, dejar de lado creencias que dichos tratamientos son para personas que están “locas”, debe verse como un proceso preventivo ante los diversas problemáticas en las que actualmente se vive.

Sin embargo las diversas circunstancias o pretextos que se ponen de manifiesto ante la posibilidad de iniciar un proceso terapéutico, son mucho más importantes para la persona, dejando de forma inconsciente las verdaderas problemáticas por las cuales están viviendo, pedir o buscar la ayuda adecuada parece otro de los problemas importantes para las personas que se encuentran en una problemática emocional.

Ya que esto conlleva una relación de forma personal con el terapeuta, siendo esto una problemática para el paciente ya que no existe la seguridad y confianza para expresar los afectos.

### **1.3 Relación terapéutica**

La psicoterapia es un tratamiento para problemas de naturaleza emocional, en la cual el terapeuta, establece deliberadamente una relación profesional existiendo un contrato terapéutico así como la alianza terapéutica con un paciente.

## **1.4 Contrato terapéutico**

El concepto de contrato terapéutico fue formulado primero por Karl Menninger en 1958, especificando que parte del contrato debe ser un arreglo sobre metas y límites de tiempo y transacciones que involucran compromiso entre terapeuta y paciente (Bellak y Small, 1980).

Este contrato se realiza generalmente en la primera sesión, dicho contrato es de vital importancia ya que en él se establecerá el lugar, frecuencia, duración y horario de las sesiones. Es elemental que estos puntos queden claros al paciente.

Así mismo, es una explicitación de cómo los pacientes y terapeutas deberán comportarse en el futuro. Es un medio en el cual se puede recurrir, cuando se produce una alteración de las normas impuestas por múltiples causas (alteraciones en el pago, imposibilidad de cumplir el horario pactado, ausencias sin aviso, etc.). Dentro de este contrato existen varias instancias que están vinculadas en desarrollo de los mismos, y que a continuación mencionare:

### **1.4.1 El lugar**

En el contrato debe quedar establecido el lugar en el cual se va a llevar a cabo las sesiones terapéuticas. Los adolescentes, cuando son obligados a asistir a la consulta, al principio no advierten que la distancia de su casa al consultorio puede volverse un motivo de resistencia. Un espacio como el consultorio es lo más recomendable, las sesiones en casa del adolescente pudieran entorpecer los objetivos que se tracen para un adecuado tratamiento terapéutico.

Cada adolescente reaccionará según su propia personalidad y según su conflicto particular. El lugar en sí le pudiera agradar o ponerse nervioso porque le recuerda algún lugar que conoce y al cual le tiene agrado o aversión. Si estos aspectos son importantes para cualquier tratamiento, en el adolescente se vuelven cruciales; son aspectos que pueden favorecer el proceso terapéutico o entorpecerlo,

lo cual se traduce en perjuicio para el adolescente y en pérdida de tiempo para el terapeuta (González Núñez, 1989).

#### **1.4.2 El horario**

El terapeuta es quien determina el horario de las sesiones, y procura que sean fijos con el fin de establecer una seriedad en el tratamiento, y poder planificarlo. Sin embargo cuando se trata de adolescentes, siempre se deberá estar preparado para posibles cambios en las primeras sesiones, originados de las necesidades del paciente o de las personas que lo llevan a consulta.

En esos casos, se tiene que decidir si se mantiene rígidos los horarios o se torna más flexible en beneficio del paciente, ya que si bien es cierto que con algunos adolescentes, lo más adecuado será mantener rígido el horario, también es cierto que con otros, lo más adecuado será mantener una flexibilidad tratando de no caer en el desorden. Esta flexibilidad se deberá tomar en cuenta en los adolescentes ya que de lo contrario las resistencias serán mucho más intensas, por lo tanto si existe una mayor apertura del terapeuta el adolescente se tornara más seguro y posiblemente más interesado por el proceso terapéutico, esta confianza y seguridad será de mucha mayor ayuda conforme se vaya avanzando en el proceso.

En ocasiones, si no se hacen ciertos cambios, se entorpece el tratamiento, incluso puede terminarse. Por lo general, se requiere tiempo y esfuerzo para llevar a cabo posibles cambios de horario, que finalmente representan una energía adicional en el tratamiento del adolescente.

#### **1.4.3 Duración de la sesión**

Junto con el horario se presenta el problema de la duración de la sesión, normalmente se utiliza 45 o 50 minutos. Algunos autores proponen para el trabajo con adolescentes una duración promedió de 30 o 40 minutos (González Núñez, 1989), pactada en el contrato al inicio del tratamiento.

Posteriormente se podría acordar con el adolescente ampliar el tiempo al estimado habitualmente, ya que no todos los adolescentes soportan trabajar 45 o 50 minutos. El trabajo con adolescentes puede ser complejo, pero si se trabaja con amplitud, confianza, flexibilidad, desde el contrato, el trabajo y los resultados serán los óptimos y los esperados por los padres del adolescente y terapeuta, pero principalmente del adolescente, aunque en un inicio se resista al proceso terapéutico.

El contrato no solo pasa por una cuestión de contenido en función a los objetivos de la terapia, sino que se rige como un modelo relacional. Es decir, un modelo que el paciente puede aprender para aplicar en otras relaciones, en otros contextos de su vida donde deba efectuar pactos, contratos y acuerdos.

En los adolescentes, se hace necesario celebrar el contrato con aquellas personas que se harán cargo del trabajo terapéutico (que en general son los padres o alguno de ellos). El perfil de estos pacientes es la falta de compromiso y con frecuencia inician una terapia obligados por los progenitores.

### **1.5 Alianza terapéutica**

El concepto de alianza terapéutica ha sido incorporado por la mayoría de las escuelas psicoterapéuticas, pero distanciándose de la lectura transferencial proporcionada por el contexto psicoanalítico.

La alianza terapéutica constituye la disponibilidad del paciente, para llevar a cabo procedimientos y métodos de trabajo propios del proceso terapéutico. La alianza de trabajo es entre “el ego razonable del paciente y el ego analizante del terapeuta”, una condición esencial para el análisis y la elaboración de la transferencia (Bellak y Small, 1980).

El terapeuta debe estar alerta a la transferencia y en pleno dominio de ella desde el primer momento de contacto con el paciente. La transferencia es abarcar la



totalidad de la relación del paciente y terapeuta, tal como se postula en la teoría psicoanalítica.

Como es sobradamente conocido, desde el movimiento humanista se prestó desde su propio inicio una especial atención al papel de la alianza terapéutica en el proceso psicoterapéutico. Ser empático, congruente y aceptar incondicionalmente al cliente son las tres características fundamentales que debe tener el terapeuta para establecer una relación terapéutica efectiva con el cliente. (Rogers, 1961)

La llamada “revolución cognitiva” significó la revitalización del interés por la relación terapéutica. De hecho, la orientación cognitiva (y más concretamente las perspectivas constructivistas) han llegado a considerar la alianza terapéutica como un aspecto central del proceso terapéutico. La confianza de los terapeutas en sus clientes es importante para las condiciones del proceso terapéutico.

## CAPÍTULO II

### TRATAMIENTOS TERAPEUTICOS

#### 2. Tratamientos terapéuticos

Un tratamiento psicológico es una intervención profesional, basada en técnicas psicológicas, en un contexto clínico (Centro de Salud Mental, Hospital, consulta privada, Asociaciones de personas afectadas, etc.). En ella un especialista, habitualmente un psicólogo clínico, busca eliminar el sufrimiento de otra persona o enseñarle las habilidades adecuadas para hacer frente a los diversos problemas de la vida cotidiana.

Un tratamiento psicológico implica, entre otras cosas, escuchar con atención lo que el paciente tiene que decir y buscar qué aspectos personales, sociales, familiares, etc., son responsables del problema. También supone informar al paciente sobre cómo puede resolver los problemas planteados y emplear técnicas psicológicas específicas. Generalmente este tipo de planeación se da en tratamiento para adultos, esto depende de las diversas técnicas y habilidades existentes dependiendo de cada psicólogo.

A lo que respecta al tratamiento con niños no puede utilizarse el lenguaje como forma de comunicación con el terapeuta. Algunos tienen miedo a pensar y rechazan la verbalización. El lenguaje por excelencia con los niños es el juego. El juego es un lenguaje que tiene unos significados de índole psicológica que hay que saber descifrar.

El trabajar con adolescentes suele ser complejo y lleno de resistencias, la habilidad y las diversas técnicas del psicólogo serán de gran importancia para un proceso terapéutico. Así como la comunicación que exista de los padres hacia el adolescente, en el presente capítulo se hace mención de dichas técnicas y habilidades de cada perspectiva de terapia.

Los tratamientos psicológicos se ofertan en dos ámbitos principales: los centros públicos y los centros privados. Por lo que se refiere a los centros públicos, destacan los Centros de Salud Mental, en los que se ofrecen tratamientos psiquiátricos y psicológicos. Todas las comunidades de nuestro país cuentan con un número determinado de centros públicos, variable de unas comunidades a otras, en los que trabajan psicólogos clínicos, psiquiatras, enfermeras y trabajadores sociales. De todos ellos, son los psicólogos clínicos los profesionales que están preparados específicamente para realizar una evaluación psicológica y aplicar los tratamientos psicológicos.

Sin embargo, donde se encuentra el mayor número de profesionales que ofrece asistencia psicológica es en el ámbito privado. En cualquier ciudad de nuestro país podemos encontrar multitud de consultas privadas de psicología clínica en las que un profesional ofrece tratamientos psicológicos para diversos cuadros clínicos y diferentes edades.

Cuando una persona asiste a una visita con un profesional de la salud mental los motivos que más comúnmente la llevan a hacerlo se refieren al alivio de un padecimiento, de un sufrimiento. En general el paciente siente que hay algo en su persona que le está causando algún sufrimiento, algún dolor psíquico. Pero no sabe qué es específicamente ni cómo actuar frente a ello. Es muy común observar que la persona que pide la consulta es un tercero (un familiar, pareja o amigo) que está preocupado o percibe que algo le está sucediendo a su ser querido.

Al hacer una descripción panorámica sobre el estudio actual de la psicoterapia, hemos visto que no existe un único modelo psicoterapéutico sino varios marcos referenciales. Las propuestas terapéuticas concretas se sitúan en torno a las cuatrocientas. Dado el carácter inmanejable de semejante cifra, la idea de seleccionar unos pocos marcos referenciales que englobarán con cierta coherencia las propuestas terapéuticas más relevantes nos ha parecido la idea más apropiada para sistematizar este complejo campo. En lo que respecta a modelos con

fundamentación teórica, hemos seguido las líneas generales de la agrupación: psicodinámicos, humanísticos, -existenciales, conductuales. (Feixas, 1993).

## **2.1 Modelos psicodinámicos**

El método psicoanalítico fue el resultado de un proceso de alteraciones en los procedimientos hipno-sugestivos iniciales. Antes de centrarnos en los aspectos técnicos haremos un sucinto repaso de la evolución del método. En 1940 Freud publica un artículo titulado <<El método psicoanalítico>>. Si comparamos este texto con la visión de la técnica que ofrecía en <<Los estudios sobre la histeria>>, podemos apreciar cómo la técnica ha evolucionado. En primer lugar, cambia el encuadre terapéutico. (Feixas, 1993).

La tarea que el método psicoanalítico se empeña en solucionar puede expresarse mediante diversas fórmulas, si bien todas ellas son en esencia equivalentes. Puede decirse: Tarea de la cura es suprimir las amnesias. Si se han llenado todas las lagunas del recuerdo y esclareciendo todos los enigmáticos efectos de la vida psíquica, se ha imposibilitado la prosecución de la enfermedad. Deben deshacerse todas las represiones; el estado psíquico resultante es el mismo que produce el llenado de todas las amnesias. (Freud, 1904).

Recordemos que entonces los pacientes de Freud se tumbaban en un diván y cerraban los ojos, y se les pedía que se concentraran sobre un recuerdo y dijeran lo que les venía a la mente. Cuando las asociaciones se detenían Freud les ponía la mano sobre la frente o los apremiaba.

En cambio, actualmente trata a sus enfermos sin someterlos a influencia personal alguna, haciéndoles adoptar simplemente una postura cómoda sobre el diván y situándose él a su espalda, fuera del alcance de su vista. (Freud, 1904). Freud mantuvo este encuadre terapéutico aunque cambió de opinión respecto a los objetivos de análisis, el valor de la transferencia y el significado de la resistencia. En este texto, Freud explica la adopción de la asociación libre como una sustitución

óptima de la amplificación de conciencia que proporcionaba la hipnosis y la define del siguiente modo:

Freud halló tal situación, plenamente suficiente, en las ocurrencias espontáneas de los pacientes, es decir, en aquellas asociaciones involuntarias que suelen surgir habitualmente en la trayectoria de un proceso mental determinado, siendo apartadas por el sujeto, que no ve en ellas sino una perturbación del curso de sus pensamientos. Define su objetivo terapéutico como el de <<hacer accesible a la conciencia lo inconsciente, lo cual se logra con el vencimiento de la resistencia>> (Freud, 1904).

La emisión de estas <<ocurrencias espontáneas>> se encuentra regulada ahora por la regla básica, en virtud de la cual el paciente debe decir cualquier cosa que le venga a la cabeza, no importa lo trivial, ridícula o dolorosa que sea. Freud afirma también que analiza la resistencia a partir de las distorsiones y algunas en la materia obtenido y que, para la interpretación, no cuenta únicamente con las asociaciones libres, sino también con los actos sintomáticos y los sueños.

### **2.1.1 Los elementos y el encuadre de la situación analítica**

Para poder trabajar con los mecanismos conflictivos que subyacen a las formaciones de compromiso (o síntomas) es necesario colocar a los sujetos en una situación determinada, que favorezca su emergencia, a saber, la situación analítica. Esta situación empieza a delimitarse con el establecimiento de un contrato analítico en el que se configura el encuadre externo de la situación.

Este contrato debe especificar cuestiones como la frecuencia de las sesiones (de 3 a 5 semanales en el psicoanálisis clásico), su duración (de 45 a 55 minutos), el lugar donde se lleva a cabo, la puntualidad, los honorarios y su forma de pago, la ausencia de relación con el terapeuta fuera de la sesión, la incompatibilidad con otros tratamientos psicoterapéuticos simultáneos, los períodos de vacaciones, fiestas, etc.

Los pacientes en la situación analítica deben atenerse a las siguientes reglas:

Regla fundamental (o básica), en virtud de la cual los sujetos deben expresar todos sus pensamientos y sentimientos tal como les vengan a la cabeza, sin ninguna exclusión o selección.

Regla de asociación libre, en la cual el sujeto tiene que ir asociando a partir de ciertos elementos que le propone el analista y que se han extraído de su propio discurso.

El psicoanalista, por su parte, debe atenderse a las siguientes reglas, que delimitan su actitud o lo que en ocasiones se llama <<encuadre interno>>:

Regla de abstención (o abstinencia), en virtud de la cual el psicoanalista no debe satisfacer las demandas del paciente ni desempeñar los papeles que éste intenta imponerle. <<En el que no sólo se le niegan el consuelo, la simpatía, el apaciguamiento, el aplacamiento o el alivio, sino también las manifestaciones de las opiniones y convicciones privadas>> (Becker, 1975). Esta regla supone, pues, que el psicoanalista deberá evitar tener influencia personal sobre el paciente. Esta actitud de reserva se observa en la metáfora del analista como un espejo o pantalla en blanco que refleja lo que el analizado proyecta, evitando mostrar sus propias proyecciones y conflictos.

Regla de la atención flotante (u homogénea), como manifestación de su actitud de neutralidad, el analista debe atender a todo el material e interpretar de un modo homogéneo, sin privilegiar ningún sector. Asimismo, debe tener una actitud receptiva ante este material que incluye tanto la apertura intelectual como la capacidad de resonancia empática, permitiendo que sus procesos inconscientes incidan adecuadamente (Becker, 1975).

Por otra parte, varios elementos del encuadre terapéutico característico del psicoanálisis clásico favorecen el desarrollo de una relación desigual que fomenta la regresión y la dependencia: la posición yacente del paciente, la reducción de

estímulos, que el paciente no vea al analista mientras éste permanece callado la mayor parte de la sesión, el que se sustraiga al paciente de la forma ordenada del contacto coloquial por medio de la regla fundamental, la frecuencia de las sesiones... Todos ellos constituyen elementos que facilitan la neurosis de transferencia.

El psicoanálisis, desde sus orígenes, ha sido un tratamiento cuya duración hay que medir en años. Aunque Freud consideraba que en el psicoanálisis, como en el ajedrez, lo más importante son la jugada inicial y la final, no centró su atención en describir el proceso terapéutico como un proceso que atraviesa distintas fases. (Glover, 1955) estudió las etapas que clásicamente se admiten como características del tratamiento psicoanalítico:

Apertura del análisis: se inicia con la primera sesión y su extensión oscila entre los dos y los tres meses. Se caracteriza por los ajustes entre expectativas del paciente y el analista.







Etapas intermedia: es la más larga y creativa. Comienza cuando el paciente ha comprendido y aceptado las reglas de juego (las suyas y las del analista). Su duración es variable y se extiende hasta que la neurosis original (a través de su réplica en la neurosis de transferencia) ha desaparecido. Se caracteriza por continuas oscilaciones, entre progresión y regresión, reguladas por el nivel de resistencia.

Terminación del análisis: es la etapa más breve y su característica esencial es el conflicto de separación que incluye los sentimientos de dependencia del paciente con el terapeuta, los cuales pueden activar las resistencias y la recaída. Ambas cosas pueden superarse mediante la adecuada interpretación por parte del analista. (Baker, 1985) considera que la adecuada resolución de esta fase incluye la resolución de la transferencia y la integración de las funciones más maduras del Yo.

### 2.1.2 Indicación del tratamiento y criterios de éxito terapéutico

Freud indicó en varias ocasiones que el tratamiento psicoanalítico no era aplicable a todo tipo de sujetos. Como tantas veces se ha señalado, los pacientes de Freud pertenecían a la clase alta y apenas tenían otros problemas que no fueran los sexuales. Aunque en los desarrollos posteriores del psicoanálisis se han hecho esfuerzos por adaptar la técnica a otro tipo de población (p. Ej., psicóticos), en el principio el psicoanálisis freudiano sólo está indicado en casos de trastornos neuróticos y para individuos que cumplan ciertas condiciones. (Sifneos, 1972) ha resumido las características que resultan deseables en el paciente de psicoanálisis.

Entre éstas figuran las siguientes:

-  Capacidad para reconocer que los síntomas son de naturaleza psicológica.
-  Tendencia a la introspección y a relatar con sinceridad las dificultades.
-  Deseos de participar activamente en la situación analítica.
-  Curiosidad por uno mismo.
-  Deseos de cambiar y experimentar.
-  Esperanzas realistas sobre la terapia.

### 2.2 Modelo Humanístico-Existencial

Con la etiqueta <<humanístico-existencial>> se ha denominado, especialmente en el área de influencia norteamericana, tanto a los enfoques que provienen de la tradición fenomenológica-existencial europea como al fenómeno americano de la psicología humanista.

En definitiva, agrupa una serie de enfoques terapéuticos de evolución diferenciada, aunque paralela, con multitud de influencias mutuas, pero con marcadas peculiaridades dentro de cada enfoque. Entre sus características principales cuenta esta fragmentación, además de una acentuada orientación



tecnológica. Más que de una escuela, se trata de un movimiento que se aglutina como reacción al reduccionismo académico, y en defensa de los valores integrales del hombre. Sobre cuáles son estos valores y la forma de llevarlos a cabo existen notables diferencias, pero se puede detectar un énfasis común por la autorrealización y el desarrollo del potencial humano.

### **2.2.1 El análisis existencial**

La noción central de este enfoque es la de proyecto existencial, el propósito de la psicoterapia no es otro que analizar este proyecto y su modificación; en palabras de (Villegas, 1988):

La psicoterapia no pretende cambiar la realidad externa, física o social, sino la persona, su percepción de las cosas por la asunción radical de la única cosa que depende de ella misma, la propia experiencia, por la integración de todas las experiencias y contradicciones. Su objetivo es recobrar al ser humano, recobrarlo para su autoposición y autodeterminación, lo que implica un cierto enfrentamiento consigo mismo; con frecuencia, el individuo se halla perdido o alienado en el intento de resolución de los problemas que le plantea su trascendencia radical. La finalidad del análisis de las estructuras de su mundo es describir las formas y los puntos de alienación hétero- o sobredeterminados, para restaurar la libertad de base, permitiendo una reconstrucción alternativa de su experiencia.

Desde esta perspectiva se considera que los distintos trastornos psicopatológicos son formas inauténticas de existencia, estancamientos o vacíos existenciales, defensas o negaciones del <<ser-en-el-mundo>>, renunciadas o pérdidas de libertad (Villegas, 1981).

### **2.2.2 El análisis transaccional**

Este tipo de análisis permite al conceptualizar al cliente de acuerdo con sus estados del Yo predominantes, y la dinámica interna entre ellos.

Este enfoque consta de cinco niveles de análisis: el análisis estructural se basa en la conceptualización de los tres estados del Yo: el Padre (P), el Adulto (A) y el Niño (N).

Padre. Proviene de la interiorización de actitudes paternas realizada durante la infancia. Tiene relación con las normas sociales, juicios morales, actitudes protectoras, castigadoras, etc.

Adulto. Se corresponde con la expresión objetiva de la realidad y se manifiesta en comportamientos racionales. Media entre P y N.

Niño. Representa los sentimientos, deseos e instintos, que surgen espontáneamente de la persona.

El análisis de las transacciones se ocupa del estudio de la comunicación o intercambio de mensajes desde el estado del Yo de un sujeto a otro, lo que permite entender ciertos fracasos comunicacionales. Sugiere tres tipos de transacciones:

Transacciones complementarias. El mensaje parte del estado del Yo del emisor y llega a un estado del Yo concordante del receptor (p. Ej., del Padre del emisor al Niño del receptor; o de Adulto a Adulto). El diálogo, cooperación y entendimiento son posibles.

Transacciones cruzadas. El mensaje activa en el receptor un estado del Yo inadecuado. Surge el conflicto y la comunicación tiende a romperse.

Transacciones ulteriores. El mensaje se trasmite a dos niveles (verbal y no verbal) simultáneamente y de forma no congruente. Se dan los mensajes soterrados y la confusión.

Como se ha revisado al trazar la evolución del pensamiento de Rogers, en su última época este influyente humanista sugirió que el ingrediente terapéutico más importante es la relación de persona a persona que se establece entre cliente y terapeuta. En esta relación, lo que resulta determinante son las actitudes que toma el

terapeuta, cuestión que interesó a Rogers a lo largo de toda su carrera. Quizás una de las contribuciones fundamentales de las actitudes suficientes y necesarias para el cambio terapéutico (Rogers, 1961).

Consideración positiva incondicional. Concordante con el planteamiento fenomenológico-existencial, supone una actitud de total respeto y aceptación de las vivencias y sentimientos del cliente.

Empatía. Se refiere a la actitud esforzada del terapeuta por apreciar y comunicar al cliente la comprensión de los sentimientos y significados que expresa.

Congruencia. La congruencia o autenticidad en la actitud del terapeuta proviene del reconocimiento de la empatía, para ser afectiva, debe ser genuina y real. Debe existir congruencia entre lo que el terapeuta dice, hace y siente.

Estas condiciones han llegado a ser generalmente aceptadas como necesarias para un buen proceso terapéutico por todas las escuelas. El principal punto de discusión es si son realmente suficientes, además de necesarias.

En la descripción de los integrantes técnicos de los modelos humanístico-existenciales, hemos seguido la estructura de (Rosal y Gimeno, 1988), quienes agrupan estas técnicas de acuerdo con una serie de categorías.

El uso del espacio y los elementos materiales. Es habitual, en estos modelos, desarrollar la práctica terapéutica grupal e individual en un espacio con pocos objetos decorativos con la finalidad de conseguir una focalización de la atención en lo que está ocurriendo en ese momento.

El uso del tiempo: centramiento en aquí y ahora. Uno de los objetivos de los modelos humanístico-existenciales, como antes hemos visto, lo constituye el facilitar la toma de conciencia de lo que pasa <<aquí y ahora>>, es decir, en el presente.

Utilización de la fantasía. En varios modelos humanístico-existenciales se utiliza de una manera muy destacada la fantasía en distintas formas, bien dentro de

los esquemas del ensueño dirigido bien como fantasías actuadas en psicodrama, o como fantasías de contacto con el Pequeño Profeso en el análisis transaccional, para captar decisiones habitualmente no accesibles a la conciencia.

### **2.2.3 Indicación del tratamiento y criterios de éxito terapéutico**

Un aspecto común a la mayor parte de los modelos humanístico-existenciales es la oposición a la clasificación diagnóstica de los sujetos. Los argumentos ofrecidos para ello varían en énfasis, pero todos coinciden en concebir la clasificación diagnóstica como algo contrario a la autonomía, la autenticidad y la integridad de la persona.

En cuanto a los criterios de éxito terapéutico, éstos se han definido en torno a conceptos básicos, tales como autenticidad, auto actualización, crecimiento, etc.

Todos estos conceptos comparten un nivel de abstracción desde el cual resulta fácil definir sus opuestos, pero resulta difícil definirlos en términos operativos.

La vida debe vivirse con un máximo de adaptabilidad, un descubrimiento de la estructura de la experiencia, una organización fluida y cambiante del sí mismo y la personalidad. El individuo que siga este consejo vivirá plenamente en el momento y será de un momento a otro una persona en funcionamiento completo (Rogers, 1961).

## **2.3 Modelo conductual**

La terapia o modificación de conducta hizo su aparición en la escena de los tratamientos psicológicos a finales de los años cincuenta como una alternativa radical a los modelos existentes en la época, especialmente a los modelos psicodinámicos\*. La terapia de conducta parte de la idea de que la mayor parte de la conducta (incluida la inadaptada) es aprendida y de que los principios descritos por las teorías

---

\* En este contexto, durante los años sesenta, se introdujo la distinción entre terapia de conducta y psicoterapia, con la que se quería contraponer una terapia científica a una no científica, ejemplificada por el psicoanálisis.

del aprendizaje pueden utilizarse en la práctica clínica. Así pues, en lugar de investigar sobre posibles conflictos subyacentes, los terapeutas de conducta centran el tratamiento en el cambio de la conducta observable en sí misma. Para ello, desarrollan una metodología de diagnóstico y evaluación conductual que les permita identificar e intervenir en las contingencias y parámetros que mantienen la conducta inadaptada en el presente. Además, los terapeutas de conducta conciben la terapia como una empresa empírica a la que hay que aplicar el rigor y los procedimientos experimentales de la investigación científica.

De entre las numerosas contribuciones de Pavlov a la psicología, para la psicoterapia destacan fundamentalmente dos: en primer lugar, el estudio experimental de los procesos de condicionamiento, esto es, la demostración de cómo estímulos anteriormente neutros podían adquirir la capacidad de una respuesta – principios sobre los que se sustentan las terapias de reacondicionamiento. En segundo lugar Pavlov inició el estudio de las <<neurosis experimentales>> en animales, que fue un paso necesario para depurar métodos y principios terapéuticos durante este primer período.

En su estudio clásico sobre la historia de la modificación de conducta, (Kazdin, 1978) da la siguiente definición de esta orientación:

“La modificación de la conducta podría definirse como la aplicación de la teoría y de la investigación básica procedente de la psicología experimental a la alteración de la conducta, con el propósito de resolver problemas tanto de índole personal como social, y de mejorar el funcionamiento humano en general.”

Aunque esta definición capta los rasgos esenciales, resulta demasiado general. A continuación se exponen las principales características de los modelos conductuales (Berstein y Nietzel, 1980):

Se considera que tanto la conducta normal como la anormal son, principalmente, producto del aprendizaje.

Se concede menor importancia a los factores innatos o heredados en la adquisición de la conducta, aunque se acepta la influencia posible de factores genéticos o constitucionales.

Se sitúa el objeto de estudio (o cambio) en la conducta, entendida como actividad cuantificable o evaluable, tanto en el plano motor como en el cognitivo o fisiológico.

Se concede especial relevancia al método experimental, como instrumento imprescindible en la descripción, predicción y control de la conducta.

Se considera necesaria la comprobación de la eficacia de cualquier procedimiento, ya sea de evaluación o de tratamiento.

No se admite la existencia de enfermedades mentales como entidades cualitativamente distintas en cuanto a génesis y dinámica funcional; la conducta normal y la anormal se adquieren y modifican por medio de los mismos principios del aprendizaje.

La evaluación y el tratamiento se consideran funciones estrechamente relacionadas y dirigidas a modificar las conductas inadecuadas.

Se considera que el rigor científico no es incompatible con la responsabilidad profesional.

El objetivo de los tratamientos conductuales es la modificación de la conducta inadaptada. Para ello, antes de iniciar el tratamiento, es necesario realizar una evaluación minuciosa de los parámetros y contingencias que controlan la conducta.

En esta evaluación se definen las conductas en términos observables y se establecen sistemas de registro. Estos requisitos son imprescindibles para juzgar la eficacia del tratamiento. Por lo general, los tratamientos son breves y tienen un número limitado de sesiones. Se considera que la eficacia del tratamiento depende enteramente de las técnicas utilizadas, y no de la relación terapéutica.

A partir del modelo conductual, la relación terapéutica se concibe como un vehículo para la implantación de las técnicas conductuales. El papel del terapeuta consiste en instruir al cliente en la tecnología conductual apropiada para solucionar su problema.

Al terapeuta se le considera un reforzador social y un modelo. Su valor está relacionado con atributos tales como prestigio social, experiencia, status, atractivo, etc. Así, lejos de otorgar a la relación terapéutica un valor intrínseco, como había hecho el psicoanálisis, los terapeutas de conducta conciben los procesos que ocurren en el contexto de la relación como procesos de aprendizaje, en los que el terapeuta refuerza ciertas conductas o modela las conductas objeto de tratamiento.

Las técnicas de la terapia de conducta se suelen agrupar en torno a los paradigmas del aprendizaje de los que reciben su fundamento, aunque la mayoría de los casos interviene más de un tipo de proceso. Así, atendiendo a su origen, podemos distinguir las técnicas de reacondicionamiento, las técnicas de modelado.

Las técnicas de reacondicionamiento se fundamentan en los principios del condicionamiento clásico, a partir del cual se concibe la ansiedad como una respuesta condicionada que se encuentra en el origen de muchos trastornos psicológicos. Por ejemplo, se puede aprender a evitar la consulta del dentista, los ascensores, las reuniones sociales, etc. Cuando estas situaciones se han vinculado con la ansiedad. En consecuencia, para tratar este tipo de problemas es necesario romper la asociación entre los estímulos temidos y la ansiedad y situarla por respuestas más adecuadas. Para ello, se utilizan diversos recursos técnicos.

Técnicas de relajación. La relajación es un estado psicofisiológico caracterizado por un patrón mínimo de actividad somática y autónoma, un estado subjetivo de tranquilidad y sosiego y quietud motriz (Vera y Villa, 1991).

La relajación posee múltiples efectos beneficiosos y puede utilizarse como un fin en sí misma. Sin embargo, en terapia de conducta suele formar parte de paquetes de tratamiento más amplios.

Desensibilización sistemática (DS). Este procedimiento creado por Wolpe (1958) es uno de los procedimientos que más investigación ha recibido, la DS surgió a partir de la idea de que la relajación muscular podía inhibir la respuesta de ansiedad. Así, se produce a exponer al sujeto cuando se encuentra en un estado de relajación profunda, gradualmente y en la imaginación, a las situaciones temidas.

El entrenamiento asertivo. Esta técnica está indicada para tratar fobias sociales (ansiedad ante situaciones interpersonales). La conducta asertiva se define como <<la expresión adecuada de cualquier emoción distinta a la ansiedad hacia otra persona>> (Wolpe, 1973). Las personas poco asertivas tienen dificultades para expresar emociones y sentimientos espontáneos, muestran inseguridad y tensión en las relaciones interpersonales, y dejan que los demás decidan por ellas.

### **2.3.1 Indicación del tratamiento y criterios de éxito terapéutico**

Como se ha indicado, desde del modelo conductual se presentan los trastornos mentales como categorías de conducta anormal en continuidad con la normal. No cabe, pues, hablar de enfermedad, síntomas, procesos o traumas causales subyacentes, de constructos internos o de rasgos. Las conductas concretas y específicas que se evalúan como anormales se adquieren igual que las normales: mediante procesos que obedecen a las leyes del condicionamiento. Los trastornos mentales, motores o emocionales, se entienden como hábitos inadaptados más o menos persistentes que tal como se adquieren se pueden modificar, extinguir o sustituir a partir del manejo de las mismas leyes.

Los tratamientos conductuales se han aplicado con éxito a gran variedad de trastornos psicológicos y a una amplia gama de poblaciones, desde la infancia a la vejez, desde pacientes psiquiátricos a deficientes mentales. En cualquier caso, es importante destacar que esta orientación ha contribuido más que ningún otro modelo terapéutico a la génesis de instrumentos de evaluación objetivos.

Por último, conviene mencionar que las técnicas de la modificación de conducta han sido aplicadas también fuera del ámbito clínico, en ambientes



educativos, en el área de la reinserción social, en el diseño de ambientes ecológicos, en el desarrollo de hábitos de limpieza ciudadana y ahorro de energía, en la actividad laboral y el desempleo (Kazdin, 1978).

## **2.4 Modelo cognitivo**

Aunque en los últimos años han aparecido muchos enfoques terapéuticos, las terapias cognitivas han sido quizá las que han adquirido un mayor protagonismo en el contexto de la psicoterapia actual. Actualmente existe un gran auge, la convergencia de las terapias cognitivo-conductual en terapia de conducta. El rasgo común más destacable que unifica a todos los modelos cognitivos reside en la importancia que otorgan a las cogniciones tanto en la génesis de los trastornos psicopatológicos como en el proceso terapéutico.

El término <<cognición>> se utiliza aquí en un sentido amplio, este término no hace referencia únicamente a un proceso intelectual sino a patrones complejos de significado en los que participan emociones, pensamientos y conductas. El concepto fundamental de la psicología humana es el significado, los procesos y transacciones que se dan en la construcción de los significados (Bruner, 1990).

Según este enfoque, el conocimiento se organiza jerárquicamente en un sistema de constructos personales o estructura cognitiva global, entendida como una red semántica organizada jerárquicamente. Desde un punto de vista, la noción de esquema, ampliamente utilizada en la psicología cognitiva experimental, puede aportar elementos integradores y orientadores.

Las operaciones cognitivas son procesos en que diferentes componentes del sistema cognitivo operan de forma interactiva para procesar la información. Estos procesos cognitivos son causa importante en el estado de ánimo de la persona, que en muchas ocasiones no son tomados en cuenta por diversas actividades y por un nulo interés de la persona, pensando que sólo son pensamientos vagos y de poca importancia.

Los productos cognitivos, son pensamientos, autoafirmaciones, imágenes, atribuciones, etc. Dichas operaciones son reguladas por estructuras cognitivas. En el proceso de creación y renovación del conocimiento no es fácil distinguir una secuencia clara entre estructuras, procesos y productos cognitivos ya que éstos se dan de forma simultánea.

Los modelos cognitivos entienden la psicoterapia como un esfuerzo de colaboración mutua que realizan paciente y terapeuta. Una vez que se ha creado cierto clima de colaboración, terapeuta y paciente, siendo esto para muchos pacientes de suma importancia tener la interacción con el terapeuta, es una forma de sentirse dentro del proceso terapéutico, tener una participación, de sus propias experiencias, más la suma del modelo y la apertura del terapeuta son parte fundamental en el modelo cognitivo. Hacer participe de las diversas situaciones de la persona en la actualidad debería tener un mayor provecho en el proceso psicoterapéutico, una mayor apertura ante si mismo, ha sido y será parte fundamental de un autoconocimiento para un mejor estilo de vida.

El paciente ve al terapeuta con sus constructos que son fruto de su experiencia pasada. El terapeuta actúa como agente validador, como proveedor de validación para aquellos constructos que son útiles. En efecto todos los modelos cognitivos reconocen la utilidad de la calidez, empatía, autenticidad y aceptación. Sin embargo debe existir por parte del terapeuta, señalamientos de problemas, dificultades, centrándose en aspectos concretos.

Atendiendo a esta noción de patrimonio técnico común entre las terapias cognitivas, existen diversas técnicas dentro del modelo cognitivo, cómo son las siguientes:

Asignación gradual de tareas. Asignar de forma controlada la ejecución de ciertas conductas tiene la ventaja cognitiva de contrarrestar la idea que tiene el paciente de que no podrá llevarlas a cabo.

Ante las diversas adversidades que cada persona experimenta a lo largo de su vida, existe el gran temor de no poder llevar a cabo ciertas actividades, ya que sin darse cuenta relaciona cierto evento traumático con algo que este realizando en su momento. La importancia de las tareas será de gran valor emocional para el paciente, de poder realizar nuevamente de forma natural ciertas conductas que le causaban alguna problemática.

Relajación. La ventaja cognitiva de este procedimiento clásico es su valor en cuanto a incrementar la percepción que del propio autocontrol tiene el paciente. Dentro de la movilidad que actualmente existe el proceso de relajación puede llegar a ser de gran ayuda para el paciente mejorando su autoimagen del paciente.

Programación de actividades. Establecer una agenda concreta de las actividades a realizar, será de gran ventaja cognitiva, evitando la dificultad de poder tomar decisiones y las repetidas acciones existentes en el paciente.

#### **2.4.1 Indicación del tratamiento y criterios de éxito terapéutico**

En relación con los criterios de éxito terapéutico, los modelos cognitivos prestan considerable atención a la eliminación de síntomas, mostrando cambios profundos en los que estarían comprometidos aspectos más centrales de la personalidad del sujeto. (Mahoney, 1991).

El éxito terapéutico se encuentra en medida de la participación del terapeuta, así como la del paciente, el interés que exista por parte del mismo, para afrontar experiencias poco agradables y desalentadoras para poder seguir con su vida de forma normal, los tiempos del tratamiento estará en gran medida de la participación del paciente, así como de las diversas técnicas del terapeuta, una amplia gama de posibilidades teóricas y técnicas serán parte esencial del tratamiento terapéutico.

#### **2.5 Adherencia terapéutica**

Varios son los factores que se relacionan con el problema de la adherencia terapéutica. Existen factores personales, del sistema o equipo de asistencia

profesional, de la enfermedad y del tratamiento. Dentro de los factores personales, múltiples variables pueden mencionarse: falta de motivación, descontento por asistir con el terapeuta, baja autoestima, etc.

Sobre los factores del sistema de salud y los prestadores del servicio, pocos estudios se han realizado, no obstante esto, bien documentada está la relación entre adherencia y satisfacción con el terapeuta, al igual que el rol que desempeña la relación terapeuta - paciente. Cada día se ha ido estableciendo que una relación de colaboración entre paciente y terapeuta, puede contribuir a mejorar la adherencia al tratamiento, además esta variable parecería asociarse con mejoras en la participación del paciente, con disminución de cancelaciones a las sesiones e incrementos en el compromiso del paciente con su tratamiento. A su vez, podría existir una satisfacción si la comunicación del paciente con el terapeuta son estrechas (sin perder de vista los objetos y que la única relación que existe dentro del consultorio es de terapeuta – paciente), estas algunas variables que pudieran contribuir a la adherencia al tratamiento con el paciente.

## **CAPÍTULO III**

### **ADOLESCENCIA**

#### **3. Definición de adolescencia**

Comencemos a entender y conocer la adolescencia, de la siguiente manera:

Se ha considerado como la transición del desarrollo entre la niñez y la edad adulta que implica importantes cambios físicos, cognoscitivos y psicosociales. (Papalia, Olds y Feldman, 2005).

Se ha definido también como el tiempo de vida desde el inicio de la pubertad hasta la edad adulta. Los cambios fisiológicos que conducen a la madurez sexual y ocurren generalmente durante los primeros años del período.

Este proceso de cambios físicos que se conoce como pubertad, y por lo general se lleva a cabo en las niñas entre las edades de 8 y 14 y en los niños entre los 9 y 16 años de edad (Hine, 1999).

La palabra adolescente está tomada del latín *adulescens*, participio presente del verbo *adolescere*, que significa crecer. Puede considerarse dentro del periodo de evolución que lleva al ser humano desde el nacimiento hasta la madurez y en el cual se presenta una serie de cambios a nivel físico, psicológico y social que se manifiestan en diferente intensidad en cada persona (González Núñez, 2001).

La adolescencia es el periodo de transición entre la niñez y la edad adulta. Se considera un estadio trascendente en la vida de todo ser humano, ya que es una etapa en la cual hombres y mujeres definen su identidad afectiva, psicológica y social (Aguirre, 1994).

El conocimiento de la adolescencia surge como consecuencia a una seria preocupación por el estudio del ser humano y su evolución. A partir del inicio del siglo XX, el problema de la adolescencia resulta una de las preocupaciones sociales y políticas. En el ámbito social, la cultura está cada vez más dominada por la participación activa de las generaciones jóvenes en esferas que anteriormente sólo correspondían a los adultos, lo que representa una participación preponderante del adolescente en la vida social.

El término efebología se utiliza para el estudio del adolescente varón, el de hebelología para el estudio de la adolescente mujer, inspirándose en figuras de la mitología griega que simbolizan esta etapa (Peinado, 1984).

### **3.1 Etapas de la adolescencia**

Es complicado fijar la duración de la adolescencia, así como las etapas que las constituyen; para su comprensión es necesario recalcar que forma parte de la primera fase del curso de la vida del ser humano, llamada también fase evolutiva, que inicia en el momento de la fecundación y termina a los 25 o 30 años de edad, siendo la adolescencia el periodo caracterizado por crecimiento orgánico (expansión física), adquisición de la madurez sexual y capacidad reproductiva, fortalecimiento del dominio de la conducta y de la vida social, así como la maduración global de la inteligencia.

En las sociedades de mayor desarrollo económico se presenta una prolongación de la adolescencia producida, en gran parte, por la permanencia en la escuela. En grupos humanos de actividades económicas sencillas, la adolescencia abarca un corto periodo (Moreno, 1981); sin embargo en la actualidad con el avance de la educación los largos periodos de la adolescencia se han convertido en experiencias normales para los jóvenes de todas las clases sociales.

Ante la gran diversidad y procesos que se cursa durante la adolescencia, el individuo cursa por distintas fases (Gesell, 1992) que reúnen las siguientes características:

A los 10 años les gusta, no sólo escuchar historias, sino relatar ellos mismos algo que hayan visto, oído o leído; a los 11 años, un caballo, un perro o cualquier otro animal, se vuelven deseos primordiales de los muchachos; a los 12 años, tienen un creciente sentido del humor y una alegre sociabilidad; a los 13 años, se vuelven susceptibles a las molestias proyectadas por sus hermanos menores; a los 14 años, cuando les es difícil verse personalmente con otros muchachos, pasan muchas horas platicando por teléfono; a los 15 años son extravagantes, sobre todo en el vestir; a los 16 años, muestran una gran felicidad, aunque expresan que no es total.

La adolescencia, como periodo delimitado claramente a lo largo del desarrollo humano, posee importancia como objeto de estudio, por lo que es necesario incrementar la tarea heurística para alcanzar una mejor comprensión de cada una de sus etapas, sus tareas por resolver, así como los problemas inherentes a cada una de ellas, problemas que en la mayoría de los casos se ubican dentro de las zonas de madurez emocional, social, moral, y económica.

Es importante registrar las diferentes etapas para darse cuenta de que en cada una de ellas se verifican diferentes procesos desde el punto de vista del desarrollo y de la evolución interna del sujeto (González Núñez, 1989).

Las anteriores características no necesariamente se observan tal como hace mención el autor, el contexto cultural, social, familiar, son parte fundamental dentro de estas características. Si existe una comunicación apropiada por parte de los padres hacia su hijo adolescente, un adecuado ambiente, de respeto, confianza y seguridad el adolescente se sentirá escuchado, y con valor propio. Por ello se considera de suma importancia conocer las necesidades materiales y emocionales para apoyar sus decisiones, así como reconozca la importancia de los límites y reglas para este proceso.

El pasaje a través del periodo adolescente es un tanto desordenado y nunca en una línea recta. En verdad, la obtención de las metas en la vida mental que caracterizan las diferentes fases del periodo de la adolescencia es a menudo contradictoria en su dirección y además cualitativamente heterogéneas; es decir, esta progresión, digresión y regresión se alternan en evidencia antagónica. Se encuentran mecanismos adaptativos y defensivos entretejidos, y la duración de cada una de las fases no puede fijarse por un tiempo determinado o por una referencia a la edad cronológica. Esta extraordinaria elasticidad del movimiento psicológico, que subraya la diversidad tan espectacular del periodo adolescente no puede dejar de enfatizarse; sin embargo, permanece el hecho de que existe una secuencia ordenada en el desarrollo psicológico y que puede describirse en términos de fases más o menos distintas.

La adolescencia, como ha sido mencionado, es un periodo de vida que va de la niñez a la etapa adulta, y que conlleva una serie de cambios biológicos, psicológicos y sociales que se caracterizan por la maduración de funciones y el enriquecimiento de la vida emocional y afectiva de la persona.

Es una suma total de todos los intentos para adaptarse a una serie de cambios internos y externos que confronta el individuo. En la cultura occidental no hay un acuerdo acerca de la edad en que un individuo deja de ser adolescente y se vuelve adulto. En realidad, el concepto de adolescencia ha variado en diferentes épocas y localidades: no es lo mismo ser joven en una ciudad industrializada que en el campo, ni ser hijo de un campesino con bajos recursos económicos, que un estudiante con posibilidades de aspirar a una maestría o doctorado, incluso en el extranjero (Blos, 1962).

Las posibilidades y circunstancias que rodean la vida de un joven hacen que varíen sus responsabilidades, su ansia por la independencia del hogar paterno, su autonomía en decisiones vitales e incluso sus compromisos amorosos. Actualmente parece prolongarse el tiempo que transcurre entre la infancia y la plena entrada a la vida adulta, con sus ajustes y responsabilidades; y, por otro lado, para muchos



jóvenes cuyos padres no cubren sus necesidades afectivas, escolares ni de sobrevivencia, esta etapa se acorta y pronto tienen que ganarse el sustento o incluso delinquir: toman decisiones que muchas veces rebasan lo esperado a su edad.

El adolescente puede atravesar con gran rapidez las diferentes fases o puede elaborar una de ellas en variaciones interminables; pero de ninguna manera puede desviarse de las transformaciones psíquicas esenciales de las diferentes fases.






Dentro del campo psicológico, fijar fechas siempre resulta arbitrario, pero en un esfuerzo por discernir el proceso de maduración y desarrollo que presagia a la adolescencia, el comienzo de ésta surge con la pubertad, alrededor de los 12 años, cuando se presentan cambios fisiológicos que propician una nueva forma de pensar, actuar, verse a sí mismo y al mundo que lo rodea; siendo la terminación de la misma multideterminada por el crecimiento corporal, la maduración neurológica del cerebro, el desarrollo afectivo y psicosexual, así como por las circunstancias familiares, socioeconómicas y culturales que rodean a cada joven (Blos, 1962).

Desde el punto de vista emocional, en la vida de los humanos existen dos momentos importantes de reafirmación del sujeto frente a sus padres: hay un primer período de individuación alrededor de los 3 años, que se identifica con la palabra "no", que representa el logro infantil de saber que él es él, que no es ese otro y que tiene posibilidad de decidir y oponerse.

Durante la adolescencia se da nuevamente un período de individuación, cuando el púber comienza a separarse de las figuras paternas y de autoridad para reafirmar su personalidad, aunque en esta edad el proceso suele estar acompañado de sentimientos de aislamiento, soledad y confusión, pues se deja atrás la infancia y la visión idealizada de los padres. "La lenta separación de las ligas emocionales del adolescente con su familia, su entrada temerosa o alborozada a una nueva vida que le llama, son de las más profundas experiencias de la vida humana" (González Núñez, 1989).

Tomando como punto de partida la existencia de varias adolescencias, diferentes procesos internos a los que se enfrenta y diferentes maneras de responder a los problemas del entorno, el proceso de tratamiento psicoterapéutico es distinto, ya que está regida por su manera de reaccionar y enfrentarse a las experiencias que está viviendo. Por tanto, en el presente trabajo se abordará el manejo técnico de cada etapa por separado.

Por otra parte, en cuanto a las etapas dentro de la adolescencia, Blos, (1962) niega la existencia de etapas cronológicas y las considera de evolución, donde cada una de ellas constituye un prerrequisito para la madurez de la siguiente; sin embargo, forzando un poco esta clasificación, es posible dar una edad cronológica aproximada a cada etapa:

-  Preadolescencia, 9 a 11 años.
-  Adolescencia temprana, 12 a 15 años.
-  Adolescencia propiamente tal, 16 a 18 años.
-  Adolescencia tardía, 19 a 21 años.
-  Postadolescencia, 22 a 25 años.

### **3.1.1 Preadolescencia**

El hecho de que sea difícil estar emocionalmente cercano al hijo en esta etapa no quiere decir que no sea importante. Es igualmente trascendente en los años anteriores, incluso más todavía; ellos están por llegar a una etapa de la vida que tiene sus complejidades y por eso, más que nunca, deben estar cerca de ellos.

Cualquier experiencia puede convertirse en un estímulo sexual, incluso aquellos pensamientos, fantasías y actividades que están desprovistos de connotaciones eróticas obvias. Ejemplo: el estímulo al cual el muchacho preadolescente reacciona con una erección, no es necesariamente un estímulo erótico, sino que ésta puede ser provocada por el miedo, el coraje o una excitación general.

La preadolescencia se caracteriza por un aumento cuantitativo en los impulsos. Esta situación lleva a un resurgimiento de la pregenitalidad (Freud, 1977). El niño es más inaccesible, más difícil de enseñar y controlar. La gratificación instintiva directa se encuentra a un Super yo reprobatorio. El Yo recurre a la represión –proceso psíquico mediante el cual las percepciones e ideas dolorosas para la conciencia permanecen en el inconsciente, aunque sin perder su dinamismo-, a la formación reactiva –inversión del rasgo original; por ejemplo agresión –simpatía- y al desplazamiento –traslado del afecto de un objeto o idea a otro-.

Esto le permite desarrollar capacidades e intereses que son aprobados por sus compañeros de juego y adoptar muchas actitudes compensatorias, conductas compulsivas y pensamientos obsesivos, para aliviar su angustia. En esta edad surgen intereses por coleccionar timbres postales, monedas, cajetillas de cigarrillos, distintivos, etc.

Aparece la socialización de la culpa como instrumento para evitar el conflicto con el Superyo; se descarga la culpa en el grupo. Pueden aparecer como síntomas transitorios miedos, fobias y tics nerviosos. En esta etapa se presentan frecuentes dolores de cabeza y de estómago; aparecen manías, como jugar con los cabellos, comerse las uñas, tartamudear, taparse la boca, tocar constantemente todas las cosas, e inclusive, en algunos casos chuparse el pulgar.

Los muchachos son hostiles ante sus compañeras, las atacan, tratan de evitarlas y se vuelven presumidos y burlones. En realidad, intentan negar su angustia más que establecer una relación con ellas.

El varón muestra un aumento difuso de la tonalidad, se vuelve voraz, adopta actitudes sádicas, usa un lenguaje obsceno, rechaza la limpieza, siente fascinación por los olores, posee una gran habilidad por la producción onomatopéyica de ruidos y práctica juegos fálicos exhibicionistas.

Habitualmente protegen sus fantasías y expresan con gran facilidad los pensamientos sintónicos de grandiosidad y de indecencia del Yo. Los conflictos característicos de los jóvenes preadolescentes son el miedo y la envidia.

Extraños pensamientos y sentimientos le llenan, produciéndole un deseo de claridad, de conciencia, de un eslabón entre el pasado y el futuro- en suma, siente y experimenta esa autoconciencia de la existencia que marca la entrada en la edad adulta (Blos, 1962).

El adolescente debe renunciar totalmente a sus deseos de seguir siendo un niño dependiente del vínculo materno. Él puede encontrar satisfacción en el trabajo creativo; tiene que enfrentar los sentimientos de coraje, envidia, rivalidad, pero principalmente de impotencia y la destrucción agresiva.

Un inicio de metas impulsivas que antes no existían, nuevos intentos de conseguir metas con emociones nuevas, en esta etapa el adolescente no puede distinguir objetos amorosos ni metas impulsivas nuevas. Todo esto se halla favorecido por un aumento cuantitativo de la presión impulsiva; es decir, inició la aparición de nuevas metas instintivas y aumentó su presión intrapsíquica, lo que crea un conflicto en su medio ambiente.

### **3.1.2 Adolescencia temprana**

En esta etapa, el adolescente busca con más intensidad objetos libidinales extrafamiliares. De esta manera se inicia la separación definitiva de las ligas objetales tempranas. En esta edad, los valores morales y las normas de conducta han adquirido cierta independencia, se han hecho sintónicos con el Yo y operan parcialmente dentro del mismo.

A pesar de esta internalización, en la adolescencia temprana puede darse un rompimiento del autocontrol que desemboca en conductas delictivas, este tipo de acciones son frecuentes en los adolescentes generalmente con el grupo de amigos

que frecuentan. Estas conductas también ofrecen un escape de la soledad, del aislamiento.

El empobrecimiento del Yo provoca en el adolescente una sensación de vacío y de tormento interno. La intensidad con la que viva la separación de sus objetos tempranos estará determinada no sólo por el aumento y la variación del ritmo de la tensión instintiva, sino fundamentalmente por la capacidad del Yo para defenderse de esta angustia instintiva.

La pérdida de interés del adolescente respecto a los objetos de amor familiares hace que sus amigos adquieran una enorme importancia, la poca comunicación e interés de los padres se hace notable, muchos de los adolescentes se encuentran solos en casa de algún familiar, o en los peores casos en la calle, con su grupo de amigos, los cuales son parte fundamental en la convivencia del adolescente.

### **3.1.3 Adolescencia propiamente tal**

Esta etapa culmina con la formación de la identidad sexual, los procesos predominantes son la renovación del complejo de Edipo, así como la desconexión de los primeros objetos de amor; este último proceso implica el abandono de los objetos de amor infantiles, la renuncia al objeto incestuoso y el abandono de las actitudes narcisistas, para hacer posible la orientación hacia el objeto heterosexual, esto es lo que caracteriza al desarrollo psicológico de la adolescencia. La vida emocional es más intensa, más profunda y con mayores horizontes, los conflictos internos alcanzan el máximo desarrollo, sólo con la realización de todos ellos se produce la maduración emocional (González Núñez, 1989).

Sin embargo, la etapa narcisista transitoria tiene también un valor positivo en el proceso de separación del adolescente. Se pasa de la sobrevaloración de los padres a una infravaloración de éstos. Al mismo tiempo se da una autoestima narcisista que lleva al individuo a la arrogancia y a la rebeldía. En dicha etapa es donde se presenta las mayores problemáticas para los padres, la poca tolerancia, la

nula comunicación y una gran inestabilidad del adolescente son la mezcla perfecta para los problemas de cada día, tanto en la escuela, en casa, o en casi cualquier lugar donde se encuentre.

Todo esto ocurre mientras el Yo desarrolla la capacidad de asegurarse, sobre la base de una ejecución realista, esa cantidad de abastecimiento narcisista que es esencial para el mantenimiento de la autoestima, generalmente el adolescente se muestra como él que lo puede todo, sin medir los riesgos y las consecuencias de los actos que realiza, dichos actos (juegos violentos, pelotas, robos, insultos, etc.), son para no quedar mal con el grupo de amigos principalmente, y sin importar los problemas que pudieran tener con sus padres. La etapa narcisista está, por tanto, al servicio del desarrollo progresivo, excepto cuando se vuelve una operación defensiva que inhibe en vez de promover el proceso adolescente.

La elección de una defensa está de acuerdo con el afianzamiento progresivo del carácter. La formación del carácter, bajo circunstancias normales, en sus aspectos positivos o negativos, deriva su calidad y su estructura de las actividades yoicas, las cuales, en general, son al principio mediadas defensivas que gradualmente adquieren una fijación adaptativa.

De este modo, el adolescente oscila entre la impulsividad y el control yoico mientras se desarrollan en él los principios inhibitorios de control que orientan hacia la realidad sus deseos, acciones, pensamientos y valores.

#### **3.1.4 Adolescencia tardía**

En la declinación de la adolescencia el individuo gana en capacidad propositiva, integración social, predecibilidad, constancia emocional y estabilidad en su autoestima. Hay una mayor unificación entre los procesos afectivos y los evolutivos. La tolerancia al conflicto y a la ansiedad, así como la cantidad y la intensidad de los estímulos –internos y externos – necesarios para el funcionamiento afectivo, determinan las diferencias individuales. En términos del organismo psíquico

y su funcionamiento, este proceso influye en la formación del carácter y de la personalidad.

Una característica del desarrollo de la adolescencia tardía es la integración de un Yo que combina los retardos parciales con expresiones de estabilidad como el trabajo, el amor, y la afirmación de una ideología. Así gran parte de los adolescentes comienzan con algún empleo de manera informal, dan inicio al noviazgo, algunos adolescentes lo hacen con gran interés. La ideología por algún personaje sociohistórico o de cualquier otro ámbito es de gran importancia para el adolescente. Defiende sus ideales pero aun no de una forma consciente, sino aun con nubes negras y con gran impulsividad, rebeldía, enojo, y sentido de destrucción, lo cual causa problemas por el mal manejo de dichas ideas, el individuo toma conciencia de sí mismo como un ser social.

Se trata de un momento de cambio decisivo y, en consecuencia, de una etapa de crisis que, con frecuencia, somete a esfuerzos determinantes la capacidad integrativa del individuo provocando una inadaptación, deformaciones yoicas, maniobras defensivas y una psicopatología severa, se presenta como una etapa de crisis en la adolescencia (Erikson, 1974).

Por influencia del medio ambiente, los efectos de un trauma inducen a situaciones repetitivas, su resolución se busca dentro de un sistema de interacción, en consecuencia, el individuo experimenta un comportamiento gratificante.

Los efectos de un trauma tiene dos caras, una positiva y la negativa; la primera consiste en los intentos de revivir el trauma, de recordar la experiencia olvidada o, mejor aún, de hacerla real y revivirla. Si la experiencia fue una relación afectiva temprana, es revivida por un contacto análogo con otra persona – fijación del trauma – y – compulsión a la repetición - (Blos, 1971).

Desde luego, todo el proceso opera dentro de los límites que imponen los factores constitucionales, tales como las dotes físicas y mentales. Por tanto, los conflictos infantiles no son eliminados al final de la adolescencia, sino que se restituyen específicamente, se convierten en el Yo sintónico. Al final de la adolescencia se observa un proceso autolimitativo y la demarcación de un espacio de vida que permite movimiento sólo dentro de un área psicológica restringida.

La resolución del proceso de cambio en la adolescencia tardía está llena de complicaciones que somete a un esfuerzo excesivo la capacidad integrativa del individuo y puede conducir a maniobras de postergación – adolescencia prolongada – o adaptaciones neuróticas – adolescencia incompleta -.

La deformación temprana del Yo, consiste en una distinción incompleta entre el Yo y la realidad, es la razón del fracaso de la adolescencia, el colapso neurótico aparece como el límite o como una enfermedad psicótica. En el tratamiento de estos casos debe regresarse a las fases pregenitales: a la dependencia y regresión oral, a las vicisitudes de la confianza básica (Erikson, 1950).

### **3.1.5 Postadolescencia**

La posadolescencia es una condición indispensable para el logro de la madurez psicológica, el posadolescente es, por tanto, un adulto joven. La estructura psíquica ha adquirido, al final de la adolescencia tardía, una fijación en términos del desarrollo del Yo y de organización de impulsos, que permiten al posadolescente integrar cada parte de su personalidad.

Esta integración ocurre gradualmente y se presenta, por lo general, como una preparación coincidente con la elección profesional, siempre que las circunstancias permitan al sujeto hacer esta elección. La elección de una carrera profesional es la elección generalmente de una vida, esta elección debe ser del gusto y agrado del posadolescente, si no llegara a ser de esa manera el pronóstico de fracaso parece ser inevitable. En algunos casos existe la presión de la familia, por continuar con una



tradición, pero de nada servirá si se obliga a seguir estos pasos tradicionales, el fracaso es irremediable (González Núñez, 1989).

Dicha integración es paralela a la definición del papel social, al enamoramiento, al matrimonio, a la paternidad, la maternidad. El papel manifiesto del joven adulto – tener un empleo, estudiar una carrera, prepararse para el matrimonio y a la paternidad – fácilmente empeña el estado incompleto de la formación de su personalidad.

La educación emocional debe seguir una línea transversal por etapas, debe educar al adolescente en aquellos afectos y actitudes emocionales propios de la etapa en la que está viviendo. Ayudar a que el adolescente controle sus efectos es ayudar a que su vida emocional futura sea más plena y cumpla con los roles en los que este viviendo en su momento.

### **3.2 Características de la adolescencia**

En México, como en la mayoría de los países latinoamericanos, el índice de la población adolescente es excesivamente elevado. La naturaleza psicológica de la adolescencia, así como las características psíquicas individuales y la influencia que el medio ambiente ejerce sobre los individuos en esta etapa, provocan que una buena parte de dicha población requiera ayuda para resolver problemáticas psicológicas, algunas evidentes para sus familiares, amigos y otras personas. Dichos problemas en la mayoría de las ocasiones suelen ser difícil de expresarlo, por temor, miedo a la burla o en ocasiones al rechazo.

En este período fluctúa entre una dependencia y una independencia extremas y sólo la madurez le permitirá más tarde aceptar ser independiente dentro de un marco de necesaria dependencia. Pero, al comienzo, se moverá entre el impulso de desprendimiento y la defensa que impone el temor a la pérdida de lo conocido. Es un período de contradicciones, confuso, ambivalente, doloroso, caracterizado por fricciones con el medio familiar y social.

Se escucha con regularidad de la rebeldía de los adolescentes, que no saben lo que quieren, son problema tras problema, sin embargo muy pocos se interesan de una forma desinteresada por las necesidades de los adolescentes, de saber que es lo que realmente necesitan, o simplemente requieren en su momento (Aberastury y Knobel, 1988).

Desde un punto de vista psicológico, la formación del adolescente implica un proceso de actos de rebeldía, de contradicciones, y genera una crisis en las relaciones con los demás y consigo mismo. Es indudable que los adolescentes han interiorizado este análisis ampliamente difundido, de modo que admite esta crisis como una necesidad vital, como una especie de culpa que han que expirar para acceder a un más allá: la edad adulta.

La adolescencia se ha convertido en un tema de urgencia. Ante el crecimiento notable de dicha población, es trascendente interesarse por el adolescente, dejar de lado las críticas, juzgarlos, de mal verlos por su vestimenta, por los ámbitos sociales donde generalmente desarrolla parte de sus actividades. Brindarles escucha ante sus necesidades será una de las vías de acceso a un mundo lleno de ideas, pensamientos, fantasías, sueños, ilusiones, y no dejar que sólo quede en esto.

Muchas veces se olvida que en algún momento de nuestra existencia también fuimos adolescentes donde cada uno quería realizar sus propias metas, pero a diferencia de la niñez, los recursos en la adolescencia parecen ser menores, en algunos casos no existe la información adecuada por parte de una sociedad que olvida al adolescente, el poco interés por ellos y problemas económicos por parte de la familia para integrar a su hijo a alguna actividad cultural o deportiva, son solo algunos de los pretextos que existen para un adecuado y verosímil desarrollo cognitivo, social, cultural y deportivo del adolescente.

Ningún fenómeno psicosocial puede entenderse al margen de su contexto cultural, por lo que la adolescencia, en todos sus campos (educativo, social, afectivo, psicopatológico, etc.), no podrá ser comprendida sin la necesaria referencia a su cultura. La cultura en México, parece ser de... “no tengo tiempo”, “después”,

“cuando llegue tu papá”, etc. Una barrera de manera inconsciente, donde se prohíbe expresar la parte emocional, por temor a ser juzgado, rechazado, miedo a la burla; la parte afectiva al parecer se ha olvidado en la infancia.

“Mis papás no me entienden” es la queja más habitual del joven de hoy... “No entiendo a mi hijo, ya no lo aguanto” es, por otro lado, el comentario frecuente de muchos papás.

Para enfatizar algunas características del adolescente, es importante tomar en cuenta su falta de estabilidad en las manifestaciones de su conducta social. Cada adolescente es multifacético, posee una especie de polaridad dentro de su personalidad, y cada una de sus manifestaciones conductuales se esfuerza por dominar a las demás y constituir aspectos definitivos para la personalidad adolescente.

El problema se incrementa cuando se trata de fijar normas y principios tipológicos que sirvan para caracterizar y generalizar los conocimientos de esta etapa. La diferencia sexual constituye un factor decisivo que impide que esta generalización, así como diversas formas de conducta, caracteres orgánicos de crecimiento, medio económico, estilo de vida, ambiente familiar, tipo de localidad donde reside, clase social, características raciales, clima, aspectos socioculturales entre otros. Todos estos elementos se conjugan para dar lugar a un individuo adulto único y diferenciado, pero acorde a las características comunes de la especie, en un proceso en el cual la ontogenia y la filogenia coinciden (González Núñez, 2001).

El medio ambiente está representado por la práctica y actitudes específicas con las cuales algunas personas responden a sus necesidades externas e internas. El mundo externo es moldeado inicialmente en congruencia con el esquema corporal.

La realidad reside en las representaciones mentales del mundo externo, que contiene objetos, valores e ideas significativas que se vuelven trascendentales para la persona, estas representaciones se convierten en base para el juicio, la motivación y el conflicto. Al mencionar procesos psíquicos en el hombre, esto implicara una referencia social, pues sin ella no existe la vida psíquica.

La realidad externa es siempre diferente en lo que concierne a una especificidad señalada o significativa para los diferentes individuos y esta distinción persiste a lo largo de la vida a pesar del hecho de que los individuos participan en similitudes de comportamiento y actitudes una unión empática entre los miembros de la misma cultura (Blos, 1962).

El modelo cultural está anclado en las actitudes consistentes y los códigos de valores del medio ambiente, que la mayoría de las veces está relacionado con las figuras de autoridad que representan frente al adolescente la encarnación de las normas con las cuales tienen que identificarse. Dicha identificación no es un proceso simple; implica un camino de contradicciones que al final producen una aceptación de las normas, valores y funciones que definen a la cultura donde se desarrolla la persona.

A través del tiempo, la importancia del impacto cultural sobre el desarrollo de la personalidad ha señalado que ciertas características de la personalidad son inevitables ante las normas de la sociedad así el individuo crece en una cultura homogénea que cambia lentamente.

Las normas sociales son reglas a las cuales se deben ajustar las conductas, tareas y actividades del ser humano. El sistema de normas, reglas o deberes que regula las acciones de los individuos entre sí es lo que llamamos moral. Ésta, entonces, exige el cumplimiento de aquellas normas, que se vuelven deberes morales adquiridos.

Para el adolescente en particular, el impacto de la cultura parece ser de gran importancia. En todas las partes del mundo, la adolescencia es lo que la cultura la hace ser.

Esto generalmente los padres lo tienen muy presente ya que por lo habitual desean que el adolescente realice las mismas acciones (costumbres) en su estilo de vida de su hijo. El ambiente del hogar, probablemente cree el primer y mayor impacto en el desarrollo de la personalidad, pero existen otros ambientes que interactúan para reestructurar y reorganizar estos primeros factores. La calle, escuela, la comunidad y otras influencias, todas ayudan en el desarrollo posterior de los patrones de conducta del adolescente (Powell, 1963).

Hoy en día la rapidez del cambio social ha eliminado muchos de los rasgos de continuidad de las personas; la personalidad de un individuo que se desarrolla ante la presión cultural creada en la sociedad actual, es diferente de la de un individuo que vivió hace cuarenta años. La interacción de las costumbres de los padres y del medio ambiente actual del adolescente debiera presentarse de una manera equivalente en ambas partes, esto sería de gran aprendizaje en el desarrollo de la personalidad del adolescente.

## **CAPÍTULO IV**

### **CAPSI**

#### **4. CAPSI**

La Universidad Salesiana cuenta con el servicio del Centro de Atención Psicológica Integral (CAPSI), donde se ofrece servicios terapéuticos para niños, adolescentes y adultos. Las terapias son brindadas por los alumnos del último año de la carrera de psicología cuya área terminal es la Clínica; de esta manera apoya el desarrollo profesional del alumno, así mismo otorga un servicio profesional a los habitantes de las delegaciones Miguel Hidalgo, Azcapotzalco y otras demarcaciones.

El CAPSI de la Universidad Salesiana tiene como misión dar atención, asesoría y orientación psicológica de calidad, así como efectuar evaluaciones para niños, adolescentes y adultos, enfocado en el bienestar y desarrollo de la salud mental, mediante intervenciones terapéuticas realizadas por profesionales en el área de la psicología clínica. Dichas evaluaciones e intervenciones terapéuticas se deberán llevar a cabo de forma ética y profesional por parte de los alumnos, manteniendo una confidencialidad de cada evaluación e intervención que realicen a los pacientes que asistan. Se cuenta con cubículos individuales donde se mantiene la privacidad en cada sesión, así como una sala de juego donde se realizan actividades principalmente con niños.

El CAPSI está conformado por un gran equipo de trabajo, siendo la recepcionista quien lleva el control de citas, recibe los comprobantes de pago, mantiene un orden y control del archivo de los pacientes, así como de las distintas pruebas.

El grupo de psicólogos que brindan sus servicios deberán firmar su entrada y salida del cubículo, llevar en orden cada cita, utilizar formatos correspondientes para

mantener en adecuado orden de las diversas actividades que realizara en cada sesión, conservar actualizado, ordenado y limpio cada uno de sus expedientes con el fin de diseñar las mejores estrategias y programas de tratamiento en función de cada paciente de acuerdo a sus características y situación diagnóstica, para comprender la situación del paciente y de su familia desde un punto de vista global y sacar el máximo rendimiento de los recursos.

Se cuenta con asesoría continua de los profesores encargados del CAPSI, para todos los alumnos que se encuentren realizando un proceso terapéutico. Con ello se busca mejorar habilidades y resolver las diversas problemáticas de cada uno de los casos, poder realizar un mejor diagnóstico, manejar métodos y técnicas de intervención, todo ello con el propósito de lograr un óptimo desarrollo profesional de los alumnos.

Para poder acudir al servicio del CAPSI de la Universidad Salesiana es necesario acudir con la recepcionista y proporcionarle los siguientes datos; nombre completo de quien baya a recibir el proceso terapéutico, así como de los responsables del menor, teléfonos y horarios donde se pueda localizar, después de ello se mantiene en lista de espera.

Estos datos los conserva la recepcionista, proporcionándoselos a los alumnos para que ellos se pongan en contacto con el paciente, la primera llamada telefónica es importante, ya que se establece el primer vínculo, generalmente quien recibe esta llamada son los padres del adolescente, en esta llamada se concreta el día y la hora de la primera sesión, siendo está con los padres del menor.

Las terapias son de forma personalizada, la primera sesión se realiza con ambos padres o tutores del menor, con el fin de conocer el historial clínico y personal del paciente. En esta primera entrevista se elabora un cuestionario acerca de la historia del desarrollo y aspectos generales. Durante las sesiones se recaba información clínica, personal, social, escolar. Contar con la información adecuada y actualizada es de gran importancia para el profesional, ya que le permite elaborar un adecuado diagnóstico y un plan de trabajo. El plan de trabajo se desarrolla con base

en las necesidades específicas del paciente, para ello contempla todas las áreas de conflicto.

Después de la primera entrevista inicial con los padres o tutores del menor se da inicio a las sesiones con el adolescente, en ella debe quedar claro el contrato terapéutico y el motivo por el cual asiste a terapia, así como otros aspectos relevantes del paciente.

De esta manera el alumno que brinda su servicio debe llevar en orden, sus expedientes, para ello cuenta con un formato donde registra lo más relevante de cada sesión, para mantener actualizados cada uno de los expedientes. Para su abordaje se utiliza diversos métodos y técnicas de apoyo para las distintas problemáticas del paciente y con ello garantiza un óptimo proceso terapéutico.

La terminación del tratamiento es un proceso que implica la aparición de fenómenos que requieren de un manejo técnico específico. El alta o baja del paciente son determinadas por el terapeuta. La baja principalmente se presenta por la inasistencia del paciente generalmente el poco interés del adolescente por asistir con el terapeuta.

Referente al alta se puede determinar cuándo el adolescente está listo, para una comunicación libre. La terminación es una realidad eventual, debido a que el adolescente se encuentra en pleno proceso de desarrollo, por lo que es necesario que esté al tanto de su terminación desde el momento en que se establece el contrato; además, es indispensable que la terminación se vea como una de las expectativas del tratamiento.

Se cuenta con un reglamento interno para una mejor organización del servicio, fundamentalmente establece el horario de atención de 4:00 a 8:00 pm. La asignación de los pacientes se realiza según la lista de espera, el servicio se solicita con previa cita y se atiende conforme existe espacio disponible. El solicitante lo hace de manera personal o bien si es menor de edad, por sus padres o tutores, es obligatorio que el paciente presente siempre su carnet de citas.



El CAPSI es una clínica de formación académica de los alumnos del último año de la carrera de psicología. Los alumnos deben asistir de manera puntual a las citas programadas con el paciente, el alumno se compromete a asistir con buena presentación para el desarrollo de las actividades terapéuticas. Para el uso de la cámara de Gessell, sala de juegos y pruebas psicológicas deberá solicitarse con anticipación.

El alumno tiene la obligación de registrar con quien se lleva la supervisión, es obligatorio llevar un expediente por cada paciente, él cual será controlado por el área de recepción, los expedientes son confidenciales, el alumno no los puede sacar fuera de la universidad.

El alumno que falte en dos ocasiones a sus citas o cancele las sesiones sin previo aviso a la recepción, podrá ser dado de baja como prestador del servicio, en caso de no asistencia a la cita programada atribuible al paciente, este pagará la sesión o sesiones correspondientes. Los alumnos que cumplan de manera satisfactoria sus actividades clínicas se harán acreedores a una constancia de práctica profesional, donde se acreditaran las horas de servicio cumplido.

## **CAPÍTULO V**

### **METODOLOGIA**

#### **5. Metodología**

##### Planteamiento del problema

Un proceso de psicoterapia comienza cuando una persona decide buscar la ayuda de un profesional, ya que se ha perturbado algún aspecto de su vida, alguna parte de su forma de ser, de pensar o actuar que comienza a alterarla, presentando, en algunas ocasiones, un estado de sufrimiento o insatisfacción.

Sé establece que dicho proceso se da con una persona que maneja un conjunto de conocimientos psicológicos e interviene con el propósito de generar cambios en el comportamiento de otra persona, en este caso el paciente. Se considera que es un proceso complejo, ya que la vida del ser humano está en un constante proceso, lleno de cambios. Así, la psicoterapia, para fines de esta investigación se le considera como un proceso, ya que a lo largo de dicha experiencia se esperan cambios en algunos o muchos aspectos de la personalidad del paciente, permaneciendo otros inmutables. En el proceso psicoterapéutico intervienen factores tanto del terapeuta como del paciente, dichos factores son fundamentales para que el proceso psicoterapéutico se mantenga y se logren los propósitos para lo cual se estableció.

Cuando el proceso terapéutico se estructura para llevarlo a cabo con población adolescente, esta situación plantea diversas características como las distintas etapas de la adolescencia, que lo hacen más problemático, ya que por lo regular las características del desarrollo del adolescente lo hacen proclive a no integrarse de manera convencida al proceso terapéutico, debido a los diversos procesos que éste pasando. Por ello si asisten a psicoterapia por lo regular se debe, por una parte por petición de los padres ya que regularmente existen diversas

problemáticas dentro del núcleo familiar, a lo cual los adolescentes tienen que someterse a la decisión de los padres.

La situación anterior determina que la adherencia del adolescente al proceso psicoterapéutico sea problemático y de poco interés, por las cuestiones antes descritas; por ello requiere que el psicoterapeuta ponga en juego de manera eficiente sus conocimientos teóricos y prácticos en el proceso terapéutico con el adolescente, esto constituye un aspecto importante en dicho proceso.

### Objetivo

Por lo anterior, la presente investigación tiene como propósito analizar los factores que intervienen para que los adolescentes abandonen el proceso psicoterapéutico antes de concluirlo.

El presente estudio se plantea como descriptivo de tipo cualitativo, ya que no se busco establecer correlaciones entre variables sino que, a partir de las entrevistas realizadas a los adolescentes, se busca analizar cuáles son los motivos por los cuales abandonaron el proceso terapéutico y solo son válidos para esta población de adolescentes, sin posibilidad de generalizar sus resultados.

### Selección de la población de estudio

El grupo de estudio estuvo conformado por veinte pacientes adolescentes, entre 13 y 18 años de edad los cuales dejaron de asistir a psicoterapia en el CAPSI de la Universidad Salesiana en el periodo 2008 – 2009.

La población de adolescentes se seleccionó de los expedientes del CAPSI con previa autorización de los encargados y profesores asesores del área clínica.

## Procedimiento

Durante la elección de los expedientes, se adquirieron los datos personales de los pacientes, como número telefónico, edad y género, dicha información fue necesaria para realizar la entrevista vía telefónica. Se elaboró una entrevista de 20 preguntas las cuales se anexan en el apartado 1.1

Antes de la realización de las entrevistas, se tuvo comunicación telefónica con los padres del adolescente, así como algunas directamente con el menor. El propósito fue comentarles el motivo de la entrevista, informándoles que era parte de una investigación con el objetivo de analizar los factores que influyen para que los adolescentes abandonen el proceso terapéutico. Una vez obtenido su consentimiento se procedió a acordar el día y la hora para realizar la entrevista telefónica.

En esta primera llamada telefónica a los padres de los adolescentes, me informaron que sus hijos se encontraban sólo en la tarde ya que asisten a la escuela en la mañana, por tal motivo se tomó la decisión de realizar las veinte entrevistas vía telefónica por cuestiones de tiempo, dichas entrevistas se realizaron en un horario de cuatro a ocho de la tarde.

Cada entrevista tuvo una duración promedio de veinte minutos. Se les indicó que contestaran de manera directa y con la mayor veracidad posible lo que opinaban sobre el tema de la pregunta que se les estaba haciendo y que tomaran en cuenta aquello que recordaban del proceso terapéutico.

Se procedió a hacerles la pregunta tal como estaba en el cuestionario y luego se esperaba que contestara. Al terminar de dar la respuesta se procedía con la siguiente, en el orden establecido hasta que se concluyó con las catorce preguntas elaboradas para tal fin. Durante la entrevista los adolescentes se mostraron con interés, contestando sin problema alguno las preguntas formuladas.

Después de haber concluido con las entrevistas se dispuso a analizar los resultados. Para cada pregunta se definieron un conjunto de categorías y a partir de

ellas se fueron clasificando las respuestas de los adolescentes. Según la frecuencia de las respuestas asignadas a cada categoría se procedió a considerar cuáles son los factores que han influido en la no continuación del tratamiento psicoterapéutico.

Estas categorías se muestran en el Anexo 1.2

Con el propósito de fundamentar esos factores que influyen para que los adolescentes abandonen el proceso terapéutico, nos apoyamos también en un análisis de las respuestas textuales que dieron.

## **5.1 Resultados**

En el presente capítulo se muestran los resultados de las veinte entrevistas aplicadas vía telefónica a los adolescentes que abandonaron su proceso terapéutico en el periodo 2008 - 2009 en el CAPSI de la Universidad Salesiana.

De acuerdo al objetivo de investigación; “se tiene como propósito analizar los factores que intervienen para que los adolescentes abandonen el proceso psicoterapéutico antes de concluirlo”.

Se presentan los resultados obtenidos de las posibles causas más importantes para que los adolescentes abandonen su proceso terapéutico.

La percepción que tiene el adolescente de la primera llamada telefónica del terapeuta para concretar la entrevista inicial con los padres tiene un carácter informal. Se entiende por informal porque ésta se realiza por un medio tecnológico y no en una relación cara a cara con el paciente, además la comunicación es con los padres y no con el adolescente. El objetivo de la llamada es concretar una cita para una entrevista inicial, que será ya de carácter formal.

En relación al horario y día de la sesión terapéutica, la mayor parte de los adolescentes estuvieron en desacuerdo que ésta fuera por la tarde, comentando que tenían otras actividades que realizar. “No, porque no me preguntaron, sólo mi mamá me comentó que ya estaba lista la hora y la fecha para asistir con el psicólogo.”, “No,

porque no se me preguntó que otras actividades tenía y fue algo que me molestó mucho con mi mamá. Estas son algunas de las respuestas de los adolescentes entrevistados.

El terapeuta es quien determina el horario de las sesiones, y procura que sean fijos con el fin de establecer una seriedad en el proceso terapéutico, sin embargo cuando se trata de adolescentes, siempre se deberá estar preparado para posibles cambios en las primeras sesiones, originados de las necesidades del paciente o de las personas que lo llevan a consulta.

La percepción que tienen los adolescentes al asistir y conocer por primera vez al psicólogo es de seriedad, enojo o indiferencia, lo cual produce miedo. “Tenía algo de miedo porque era la primera ocasión que asistía con un psicólogo.”, “De miedo porque era la primera vez que asistía con un psicólogo y aparte se miraba muy serio como enojado”.

El aspecto físico y la forma de vestir siguen siendo de gran importancia para los adolescentes en un proceso terapéutico. Hacen mención a lo siguiente; “Pues me acuerdo mucho que tenía barba, pensé que era muy regañón o algo así”, “Llevaba mezclilla y tenis algo informal para dar terapia”, “Me recordó a mi papá, porque tenía barba muy grande y vestía de traje”.

La forma de vestir y la apariencia física son elementos que debe tener en cuenta el terapeuta ya que se juega parte importante en la relación terapeuta – paciente, que es determinante para el proceso terapéutico.

El tono de voz durante un proceso terapéutico es importante, influye directamente en el paciente. La mayoría percibían que el tono de voz de los terapeutas es bajo, suave y a la vez autoritario, los adolescentes hacen referencia a lo siguiente; “Me daba sueño hablaba muy bajo, de hecho siempre iba con sueño y luego se la pasaba platicando él nada más”, “Algo fuerte como un poco autoritario en decir las cosas”.

La alianza terapéutica constituye la disponibilidad del paciente, para llevar a cabo procedimientos y métodos de trabajo propios del proceso terapéutico.

Así la confianza y seguridad que brinda el psicólogo son primordiales para iniciar y continuar un proceso terapéutico, "Si, desde la primera sesión hasta la última siempre me sentí en plena confianza y con mayor seguridad", "Si, desde la primera sesión sentí confianza porque a pesar de que se veía muy serio me daba confianza de poder contarle mis cosas".

La empatía, congruencia y aceptar incondicionalmente al cliente son características fundamentales que debe tener el terapeuta. La transferencia abarca la totalidad de la relación del paciente y terapeuta.

El contrato terapéutico se realiza generalmente desde la primera llamada telefónica, aclarando dudas del mismo en la primera sesión, dicho contrato es de vital importancia ya se establecerá el lugar, frecuencia, duración y horario de las sesiones. Es elemental que estos puntos queden claros al paciente.

La información que se brinda al paciente respecto al contrato terapéutico es precisa. "Si, en la primera sesión me recordó el día y el horario de mis sesiones así como el llegar temprano, y que si no podía asistir que cancelara con tiempo para que no me dieran de baja ya que con dos inasistencias me daban de baja".

Existe una negativa para iniciar un proceso terapéutico por parte de los adolescentes. "No, pero mi mamá me dijo que tenía que asistir que porque no le hacía caso y que según ella, iba mal en las calificaciones."

El interés que existe para que el adolescente inicie un proceso terapéutico no es asumido por ellos de manera precisa, es por influencia de los padres de familia, originando molestia en los adolescentes al interrumpir sus actividades usuales como: salir con sus amigos, actividades deportivas, etc.

Aunque existe una negativa por iniciar una terapia psicológica, consideran los adolescentes que si les ayudo asistir al psicólogo “Un poco, pude decir algunas cosas que no le he dicho a mi mamá y eso me hacía sentir bien”, “Si mucho me sentí otro, gracias a la ayuda de la psicóloga”.

El terapeuta da prioridad a que el paciente hable solamente de cómo se siente en ese momento (aplicando una sola actividad que es el hablar), provocando en el paciente sueño y en ocasiones poco interés al hablar. Este es un factor para que los adolescentes abandonen el proceso terapéutico. “Sólo le comentaba al psicólogo lo que sentía en ese momento”, “Solo platicar de cómo me sentía”.

Las técnicas que llevé a cabo el terapeuta durante el proceso terapéutico son de mucha importancia, no sólo es cuestión de que hable el paciente. Existen diferentes técnicas, la práctica terapéutica grupal e individual en un espacio con pocos objetos decorativos con la finalidad de conseguir una focalización de la atención,

La relajación es un estado psicofisiológico caracterizado por un patrón mínimo de actividad somática y autónoma, un estado subjetivo de tranquilidad y sosiego y quietud motriz. La relajación es de gran utilidad en casos en que los adolescentes pudieran llegar irritados, tristes con el propósito de involucrar al adolescente al proceso terapéutico.

Algunos de los factores del contexto que influyen para que el adolescente abandone su proceso terapéutico son; inasistencias a sus terapias por las actividades escolares y los amigos principalmente.



## 5.2 Conclusiones

De acuerdo con los resultados obtenidos se concluye lo siguiente:

Con la presente tesis fue posible mostrar los factores que influyen para que los adolescentes abandonen su proceso terapéutico.

La negativa que existe para iniciar un proceso terapéutico por parte de los adolescentes, así como la poca información que se les brinda para iniciar dicho proceso.

Quienes toman la decisión de que se inicie con un proceso terapéutico son los padres del adolescente, causando gran molestia y poco interés en asistir ya que también la mayoría de los adolescentes comentan tener otras actividades que realizar, por ejemplo escolares o simplemente salir con sus amigos.

Uno de los factores a considerar son las técnicas con las que cuenta y utiliza el terapeuta. A los adolescentes les da sueño solo hablar, o que sólo el terapeuta este hablando, el posible abandono se pudiera presentar por la poca participación del adolescente hacía el tratamiento. Existiendo diversas técnicas y habilidades las cuales debe poner en práctica el terapeuta. Un mayor conociendo teórico práctico tendrá como resultado un mayor interés del adolescente.

De está manera si existiera una adecuada comunicación entre padres e hijos y se les tomara más en cuenta de forma activa en las decisiones que se lleven a cabo dentro de el núcleo familiar, las probabilidades de que los adolescentes muestren un mayor interés por un proceso terapéutico serían elevadas. Ya que se toma en cuenta al adolescente, de este modo se conocen los gustos, pensamientos, habilidades del adolescente.

Tener los conocimientos teóricos prácticos y aplicarlos de manera efectiva serán fundamentales para el terapeuta, así como un conocimiento previo de la adolescencia ya que suele ser un tema complejo, lleno de preguntas, molestias e inquietudes tanto de los padres, terapeuta y del mismo adolescente. Estar

actualizado en los temas de interés del adolescente es punto de partida para el conociendo del mismo.

Una comunicación permanente con el adolescente será un eslabón entre los padres y la sociedad del adolescente así como una estabilidad psíquica, para un mayor respeto, confianza y seguridad para quien lo rodea.

### Sugerencias

Antes de que el adolescente inicie un proceso terapéutico, es importante que conozca el porqué se requiere que inicie dicho proceso, tomándosele en cuenta en cuestión de tiempo y horarios.

El compromiso de los padres o tutores son de gran utilidad durante el proceso terapéutico, con ello el adolescente se sentirá con mayor seguridad y compromiso ya que los padres también se involucran en el proceso.

Mejorar las técnicas terapéuticas es responsabilidad del terapeuta, quien debe contar con mayor información teórica práctica, y en este caso en particular tener conocimientos acerca de la adolescencia ya que es un tema complejo y con diversos puntos de vista.

### Limitaciones

Entre las principales limitaciones del presente estudio, se encontraron las siguientes:

En que las entrevistas fueron realizadas vía telefónica, cuartando información al estudio realizado.

Es un estudio de corte descriptivo cualitativo, donde las respuestas sólo tienen veracidad en la población antes mencionada.

## BIBLIOGRAFÍA

- Aberastury, A y Knobel, M. (1988). La adolescencia normal. Paidós. México.
- Aguirre Baztán, A. (1994). Psicología de la adolescencia. Marcambo, España.
- Baker, E.L. (1985). Psicoanálisis y psicoterapia psicoanalítica. Bilbao, España.
- Becker, A.M. (1975). Técnica de tratamiento psicoanalítico. Herder, Barcelona.
- Bellak, L. y Small, L. (1980). Psicoterapia breve y de emergencia. Pax, México.
- Bernstein, D.A. y Nietzel, M.T. (1980). Introduction to clinical psychology. McGraw-Hill, Nueva York:
- Blos Peter (1962). Psicoanálisis de la adolescencia. Joaquín Mortiz, México
- Blos Peter (1981). La transición del adolescente. Amorrortu, Buenos Aires.
- Bruner, J. (1990). Actos de significado. Alianza, Madrid.
- Ellenberger, H.F. (1970). El descubrimiento del inconsciente: Historia y evolución de la psiquiatría dinámica. Gredos, Madrid.
- Erikson, E. H. (1959). Infancia y sociedad. Hormé, Buenos Aires.
- Erikson, E. H. (1974). Identidad, juventud, y crisis. Paidós, Buenos Aires.
- Feixas, G y Miró, M. (1993). Aproximaciones a la psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos. Paidós, Buenos Aires.
- Fize, M. (2001). ¿Adolescencia en crisis? Por el derecho al reconocimiento social. Siglo Veintiuno, México.
- Freud, A. (1977). El yo y los mecanismos de defensa. Paidós, Argentina.
- Freud, S. (1904). Sobre Psicoterapia, Obras completas. Biblioteca Nueva, Madrid.
- Gesell, A. (1992). El niño de 9 a 10 años. Paidós, México.
- Glover, E. (1955). The techniques of psychoanalysis. International Universities Press, Nueva York.

González Núñez, J. (2001). Psicopatología de la adolescencia. El Manual Moderno, México.

Hine, T. (1999). Caída del adolescente americano. Trillas, México.

Kazdin, A. (1978). Evaluating the generality of findings in analogue therapy research. Siglo Veintiuno, Madrid.

Laín, P. (1958). La curación por la palabra en la antigüedad clásica. Madrid.

Mahoney, M. (1991). The scientific foundations of psychotherapy and behavior change. Nueva York.

Moreno, E. (1981). ¿Existe la adolescencia? Un intento interdisciplinario de definición. El estudio de la adolescencia. Trillas, México

Papalia, Olds y Feldman. (2005). Desarrollo Humano. McGraw-Hill, México.

Peinado, A. (1984). Paidología. Porrúa, México.

Powell, Marvin (1963). La psicología de la adolescencia. Fondo de Cultura Económica, México.

Rogers, C.R. (1961). El proceso de convertirse en persona. Paidós, Buenos Aires.

Rosal, R. y Gimeno, A. (1988). Pluralidad tecnológica en las terapias humanistas. Paidós, Buenos Aires.

Satern, E. (1965). La psicoterapia en la actualidad. Eudeba, España.

Sifneos, P.E. (1972). Short-term psychotherapy and emotional crisis. Harvard University.

Szydlo, D y Beristáin, C. (2005). El valor de la psicoterapia. Trillas, México.

Tarachow, S. (1970). Introducción a la psicoterapia. Centro Editor de America Latina, Buenos Aires.

Vera, M.N y Villa, J. (1991). Técnicas de relajación. Siglo XXI, Madrid.

Villegas, M. (1981). La psicoterapia existencial. Siglo XXI, Madrid.

Wolpe, J. (1969). Práctica de la terapia de conducta. Trillas, México.





## ANEXO

## Entrevista 1.1

1. Describe brevemente como fue el trato, cuando hablo telefónicamente por vez primera el terapeuta a tu domicilio. (fue cordial, formal, informal etc.).
2. ¿Te sentiste conforme con el día y hora de tu sesión?
3. ¿Cuál fue tu impresión al conocer al terapeuta?
4. ¿Recuerdas la primera imagen del terapeuta? (aspecto físico, forma de vestir, etc.).
5. ¿Cómo era el tono de voz del terapeuta?
6. ¿Qué tan importante fue la edad y género del terapeuta?
7. ¿El terapeuta te hizo sentir confianza, seguridad durante las entrevistas que te realizo?
8. ¿Durante la primera entrevista el terapeuta te hizo saber, el día, horario, de las sesiones, así como las consecuencias no de asistir?
9. ¿Cómo te sentiste durante las entrevistas que te realizo el terapeuta?
10. ¿Consideras que requerías de un proceso terapéutico?
11. ¿La idea de que asistieras a terapia fue de...? (tus padres, familiares, amigos)
12. ¿Consideras que te ayudo el asistir a terapia?
13. ¿Generalmente durante las entrevistas que tipo de actividades realizabas?
14. ¿Por qué dejaste de asistir con el psicólogo?



## Categorías 1.2

Pregunta	Categoría	Categoría	Categoría	Categoría	Categoría
1	Cordial	Formal	Informal	*	*
2	Si	No	Indiferente	*	*
3	Miedo	Indiferente	Confianza	Amable	Molestia
4	A. Físico	F. De vestir	Ambas	Indiferente	*
5	Despacio	Despacio y Fuerte	Fuerte	Indiferente	*
6	Hombre	Mujer	Edad	Indiferente	*
7	Confianza	Seguridad	Indiferente	Inseguridad	*
8	Día	Hora	No recuerdo	Ambas	No informo
9	Tranquilo	Molesto	Seguro	Indiferente	*
10	Si	No	Indiferente	*	*
11	Padres	Familia	Propia	*	*
12	Si	No	Poco	Indiferente	*
13	Hablar	A. De pruebas	Otras	Indiferente	*
14	Alta	Baja	Otras	*	*