

**ADOLESCENTES EN TERAPIA. INTERVENCIÓN DESDE EL ENFOQUE
SISTÉMICO.**

TEENS IN THERAPY. INTERVENTION FROM THE SYSTEMIC APPROACH.

**ADOLESCENTES EM TERAPIA. INTERVENÇÃO DA ABORDAGEM
SISTÊMICA.**

Dr (c). Mg. Ps. Rodrigo Mardones Ibacache¹

Dr (c) Ps. Eugenia Escalona Araneda²

Centro de Estudios Sistémicos. Cesist - CHILE

RESUMEN

El propósito de este trabajo consiste en fundamentar y ejemplificar elementos centrales de la terapia sistémica con adolescentes, estableciendo como aspecto principal la comprensión del consultante en tanto las relaciones que está llamado a desarrollar, consigo mismo, los otros, el contexto que le rodea y las características generales de su ciclo vital del desarrollo. Se presenta una propuesta de terapia que destaca como primordial la construcción de una relación terapéutica, en la que el terapeuta se establece como un adulto significativo en el proceso de cambio del adolescente, sosteniendo una postura de acompañamiento y colaboración, por sobre la intervención. Para ello se ejemplifican maniobras de encuadre, indagación en el motivo de consulta, co-construcción de objetivos terapéuticos y sugerencias para el cierre del proceso.

Palabras Claves: Adolescencia, Terapia, Alianza De Trabajo, Maniobras Terapéuticas

¹ Facultad de Ciencias Sociales y Comunicaciones, Universidad Santo Tomás, Chile.

² Facultad de Psicología, Universidad de Las Américas, Sede Chacabuco, Av. Chacabuco 539, Concepción

ABSTRACT.

The purpose of this work is to base and exemplify central elements of systemic therapy with adolescents, establishing as a main aspect the adolescent's understanding as the relationships he is called to develop, with himself, the others, the surrounding context and the general characteristics of its life cycle of development. A therapy proposal is presented that highlights the construction of a therapeutic relationship, in which the therapist establishes himself as a significant adult in the process of adolescent change, holding a supportive and collaborative posture, over the intervention. For this, framing maneuvers, inquiry into the reason for consultation, co-construction of therapeutic objectives and suggestions for closing the process are exemplified.

Keywords: Adolescence, Therapy, Work Alliance, Therapeutic Maneuvers

RESUMO

O objetivo deste trabalho é fundamentar e exemplificar elementos centrais da terapia sistêmica com adolescentes, estabelecendo como aspecto principal a compreensão do consultor como as relações que ele é chamado a desenvolver, consigo mesmo, com os outros, o contexto que o cerca e com o adolescente. características gerais do seu ciclo de vida de desenvolvimento. É apresentada uma proposta terapêutica que destaca a construção de uma relação terapêutica, na qual o terapeuta se estabelece como adulto significativo no processo de mudança do adolescente, mantendo uma postura de apoio e colaboração, durante a intervenção. Para isso, são exemplificadas as manobras de enquadramento, a investigação do motivo da consulta, a co-construção dos objetivos terapêuticos e as sugestões para o fechamento do processo.

Palavras-chave: Adolescência, Terapia, Aliança de Trabalho, Manobras Terapêuticas

INTRODUCCIÓN.

El adolescente como potencial consultante de terapia, a diferencia del adulto, suele concitar emociones en los terapeutas que van desde el rechazo, hasta el legítimo deseo de colaborar con ellos en el proceso de crecimiento y maduración.

El paciente en esta etapa del ciclo vital, instala una exigencia mayor para los que trabajan en terapia. Lo primero tiene ver con la diferencia etaria, que se traduce muchas veces en cómo se viven los desafíos actuales que la cultura impone, en lo que respecta a la moda, la música, los códigos comunicacionales, etc. Luego, el hecho de estar con alguien dispuesto a explorar todos los ámbitos de lo humano sin prejuicios ni compromisos anclados a la tradición y las costumbres. En tercer lugar, y tal vez el más complejo de los desafíos, las actitudes del terapeuta que permitan la construcción de una relación clínica honesta, prístina, de acogida y validación de lo que se está viviendo.

Se presenta en este trabajo propuestas para la construcción de un adecuado vínculo terapéutico, desde los elementos como el encuadre, indagación en el motivo de consulta, co-construcción de objetivos de terapia y maniobras de cierre del proceso.

Adolescencia y sociedad.

La adolescencia como etapa del ciclo vital del ser humano, ha ido ganando reconocimiento desde la segunda mitad del siglo XIX (Kett, 1993). Cuando se intenta definir este momento de la vida vemos que posee un hito de inicio marcado por la biología y otra serie de cambios psicológicos, sociales e interaccionales (Pedreira y Álvarez, 2000). En el caso de las mujeres, este hito corresponde a la menarquia, primera menstruación y en

los hombres, torarquía, la primera expulsión de semen. Se inicia así una serie de cambios fisiológicos internos y externos que marcan una gran diferencia en el sujeto. Ya ha dejado de ser niño, para iniciarse paulatinamente en lo que será su configuración de adulto (Hernández, Benítez, Medranda & Méndez. 2008).

Sin embargo, la adolescencia conlleva procesos de cambios internos que no se deben perder de vista y que han sido descritos acabadamente en diferentes manuales y publicaciones. De estos cambios internos, es interesante notar el intenso proceso de exploración y construcción de identidad. Los adolescentes tienen que resolver una tarea vital, la afirmación de su “yo” (Zacarés, Iborra, Tomás & Serra, 2009).

Probablemente los cambios físicos, especialmente los hormonales, les empujan a explorar nuevas experiencias de amistad, afectivas y de relaciones en general. Pero, además, esos cambios provocan nuevas capacidades cognitivas, como la de pensar sus pensamientos, teorizar y poner en juicio aquellas pautas relacionales, valores y conductas aprendidas en la familia o grupo de origen (Pedreira y Álvarez, 2000).

El sujeto adolescente presentará cambios que le llevan a una crisis importante relativa a la aceptación de sí, por él mismo y por los demás. Una parte significativa de este proceso está relacionado con su grupo de pares, buscan modelos que le hagan sentir que encajan en la vida, buscan sentir que pertenecen, que la distancia que han tomado de los referentes vitales provenientes del grupo primario, no los dejan en la nada, sino que tienen un espacio y una forma de ser que les vincula con otros (Cazalla y Molero, 2013).

Estos cambios y otros suelen impactar a las personas que les rodean, no es extraño oír expresiones de los padres como: “*me cambiaron mi hijo(a)*”; “*ya no es el (la) mismo(a) de antes*”; “*le desconozco*”.

Lo que en ocasiones conlleva a que la persona en esta etapa del ciclo vital sienta que no es aceptado, visibilizado, validado. Especialmente cuando la familia sigue en las pautas relacionales de cuando era infante (Williams, 2003).

El adolescente puede cursar esta etapa de forma sana, ganándose un lugar en el grupo de origen ya no como niño y vivir la etapa desplegando la gran cantidad de recursos personales nuevos con los que cuenta.

Esto explica que se vea a jóvenes en prácticas deportivas, artísticas, intelectuales, voluntariados, participando de causas políticas, etc. (Chechilnitzky, 2018). La adolescencia es potencial, el sujeto adolescente, antes que nada, se abre a una serie de cambios que se traducen en recursos para su desarrollo máximo. Reconocer esta cualidad es fundamental para la terapia. El terapeuta sistémico o quien trabaje con personas, debe estar convencido que para colaborar con adolescentes se debe mirar a la persona en sus recursos.

Sumado a lo anterior, hay que considerar que las etapas del ciclo vital como la niñez y adolescencia son las más sanas en el derrotero del desarrollo humano. Los niños y adolescentes enferman menos, en todo sentido. Salvo resfríos y problemas de indigestión, estadísticamente presentan menos enfermedades crónicas que los adultos. Los estudios muestran que la calidad de vida del adolescente va a ser determinante para la vida adulta (Maddaleno, Morello y Infante-Espínola, 2003). No ocurre lo mismo para los problemas de salud mental, el adolescente puede presentar afecciones psicológicas que requieren atención.

Siendo así, cabe preguntarse acerca de la necesidad de psicoterapia que presentan los adolescentes.

ADOLESCENTES Y PSICOTERAPIA

La terapia en adolescentes se engloba en tres aspectos, los cuales van más allá del grupo primario, y tienen que ver con las relaciones en general (San Martín y Barra, 2013).

- La relación con el *sí mismo*.

Luego de los procesos de desarrollo fisiológico y los cambios en el cuerpo, el o la joven puede experimentar dificultades para aceptarse (Morelo, Ortega, Valiente y Zagalaz, 2010; Pedraza, 2011). Cabe recordar que el adolescente suele creer que es el centro de las miradas de los demás. Por lo que reparan en detalles de su cuerpo que en general la mayoría no necesariamente se fija, pero para él o ella resulta molesto y ocupa gran parte de su atención.

Decíamos anteriormente, que se debaten en la paradoja de definir su identidad, pero a la vez necesitan encajar. Por lo que un buen acompañamiento del adulto acerca de la aceptación de su cuerpo o los atributos que ellos pudieran fijar como desagradables, va a ser fundamental para este proceso de definición de la identidad.

Lo que llevará también a temáticas fundamentales relativas a la exploración de la sexualidad. Lo esperable es que se miren con mayor detención, ocupen tiempo en el espejo, en la ducha o después del baño. El proceso de definición de su identidad de género los lleva a elegir con mayor cuidado lo que quieren vestir, o la ropa que desean comprar, así van definiendo su imagen como una forma de expresión de género (Butler, 1998).

Si comprendemos al género como una construcción cultural arbitraria que ofrece marcos referenciales sobre el cómo comportarse, sentir y practicar nuestra individualidad. Nos encontraremos con adolescentes que han problematizado este elemento, las personas trans se dan cuenta de que el género no ofrece identidad, puesto que no hay una esencia o modo

de ser macho humano o hembra humana; más bien, nos entrega una “identidad social” la cual es plástica y modificable en el tiempo dependiendo de las demandas del contexto sociohistórico (García-Vega, Menéndez, Fernández y Cuesta, 2012; Butler, 2007)

Dentro del mismo proceso está la exploración desde lo erótico. La atención en mirar y conocer el cuerpo del otro y, más aún, saber cómo se siente el mismo ante determinados estímulos. Es normal el tocarse e iniciarse en las conductas masturbatorias, en tanto se descubre la corporalidad también como principio de placer, en el que se aprende aquello que le gusta o le desagrada (Álvarez y Beiztegui, 2001).

Experimentar el propio cuerpo, es una práctica culturalmente mal vista cuando lo realiza la mujer, por lo que suelen vivir esta experiencia con culpa y con pocas posibilidades de conversarla para significarla (Farramola, Erice y Frías, 2011). Pareciera ser que, la exploración del cuerpo en el hombre se normaliza y hasta se avala, en tanto reafirma su virilidad. Así mismo, la vivencia de la sexualidad va a ser diferente dependiendo del sexo biológico, para las mujeres producto de los procesos de socialización han desarrollado la creencia de que el amor supone una supeditación del deseo femenino al masculino. Contrario al hombre quien tiene otro modelo amoroso, en el que lo primordial es su propio deseo (Amurrio, Larriñaga, Usategui y del Valle, 2012).

En este proceso, el apoyo y guía de los adultos es fundamental. No sólo en términos de vivir con la suficiente privacidad y acogida el reconocimiento del *sí mismo*, sino que además para proporcionar el sentimiento de aceptación y validación de la persona. En cuanto a la formación para la vivencia de la relación de pareja, es necesario una educación emocional, sentimental y erótica que permita reemplazar los modelos tradicionales de

masculinidad y feminidad, permitiendo salirse de las prácticas de dominación y control (Williams, 2003).

La aceptación, el sentirse amados, respetados y validados, actuará como un factor protector a la hora de definir la identidad, evitando sentir malestar o afecciones de salud mental relacionadas con este aspecto.

- La relación con *el mundo*

Si bien en la vida de infante los padres mediaban la relación con objetos, como juguetes, la ropa, tipo de alimentos, las tecnologías, incluso sustancias como alcohol, tabaco y otras drogas, etc. En la adolescencia, por una aparente autonomía, los padres delegan la administración a sus hijos o están menos vigilantes (Sánchez, Zapata, León y Fabián, 2008).

Sin embargo, esta autonomía se produce en los marcos de un proceso exploratorio en el cual su mundo de relaciones se ha ido ampliando, en tanto posee mayor libertad y posibilidad de movilizarse solo en los espacios públicos. Es decir, pueden ir y venir del colegio, salir de compras, visitar amigos y amigas, sin la compañía de los adultos significativos, lo que abre el espacio para vivir experiencias.

La falta de acompañamiento es un factor que puede propiciar el consumo precoz de tabaco, alcohol, mariguana y otras sustancias (Sánchez, Zapata, León y Fabián, 2008). Así como también, puede desencadenar el uso desmedido de teléfonos celulares, redes sociales, juegos electrónicos, etc.

Es posible plantear entonces que, en la medida que el o la joven es acompañado por un adulto significativo desde el diálogo acerca de estas exploraciones y/o nuevas sensaciones,

las vivirá de manera sana. De lo contrario, lo hará teniendo como referente su grupo de pares, en general tan confundidos como él o ella misma.

- Las relaciones con *los otros*.

La teoría señala que la experiencia de relaciones que establecerá el adolescente con los demás, va a estar determinada por la calidad de relación como infante con su grupo primario. Pareciera ser fundamental cómo el niño, desde la relación con sus padres o cuidadores es aceptado, amado, valorado, visibilizado en sus necesidades materiales y de afecto, para que en la adolescencia logre resolver la tarea de definición de su identidad (Sarmiento, Puhl, Oteyssa, Bermúdez y Siderakis, 2009).

La terapia con el adolescente va a ser significativa, en la medida que el terapeuta comprende que su papel es fundamental, no sólo en lo relativo al síntoma, sino que también en lo que es el trabajo exploratorio del adolescente en todos los ámbitos. Dicho de otra forma, el terapeuta debe propender a ser un adulto que significativo en tanto propone, establece y construye en la terapia un espacio de relación genuina (Bleiberg, 2015).

El adolescente necesita la relación con un grupo de pares. Pueden verse más introspectivos, exhibir conductas de aislamiento del grupo de primario, incluso ensimismados. Sin embargo, la relación con otros, que comparten su etapa del desarrollo, es fundamental para establecer su identidad (Orcasita y Uribe, 2010). En este sentido, los otros, le van a proporcionar el espacio para conocer y probar su capacidad de establecer relaciones de intimidad. Ya sea compartiendo lo que ocurre con él o ella en ámbitos más internos, lo que piensa, sus gustos y lo que le desagradan, también sentimientos hacia otras personas. Así puede reconocerse como alguien en quien otros pueden confiar.

En la experiencia, el colegio va a ser una institución fundamental para la vida del adolescente, esta entidad va a concentrar gran parte de la narrativa acerca del joven, en tanto ofrece el espacio donde puede relacionarse más con otros, así mismo va a encontrarse con adultos que pueden ser referentes respecto a lo que quiere ser más adelante y que pueden contenerlo en las crisis o dilemas que pudiera experimentar en su vida afectiva, debido a problemas familiares o falta de aceptación por el grupo primario.

Es altamente probable que en el contexto escolar se den las primeras experiencias de relación afectiva con pares. Lo que inicia generalmente como una amistad exclusiva, en la que se siente mayor predilección y atención a las acciones y expresiones del otro (Ortega, 1991).

No es extraño que dentro de la comunidad educativa se experimenten las primeras relaciones con el sexo opuesto, las cuales marcarán las interacciones que pudieran desembocarán en experiencias románticas.

El amor de pareja que se inicia en la adolescencia está fuertemente influenciado por los modelos que observan en sus padres o adultos significativos. En las que pudiera darse de forma involuntaria seguir estos referentes o deliberadamente manifestar no querer replicar lo visto (Capaldi & Clarck, 1998).

Este cúmulo de sensaciones y emociones son nuevas para el adolescente, y exhiben los recursos personales generados en cómo fue amado por sus padres o cuidadores, así como las carencias de estos (Selekman, 2012).

Como sea, iniciarse en la vida amorosa, muchas veces va a requerir de parte de los adultos significativos, la creación de un espacio de confianza para que el o la joven pueda

compartir sus hallazgos, dudas, temores y todo aquello nuevo que han descubierto, especialmente en lo relativo a la iniciación sexual.

La sexualidad adolescente es gran medida un intento de independencia, la elección de compartirse con alguien no es solo por el impulso sexual biológico, sino que además como una forma de expresar los afectos de una manera socialmente aceptada (González, Molina, Montero, Martínez, & Leyton, 2007).

La elección de la pareja será en base de la atracción biológica, así como también de los mandatos sociales, los cuales indicarán la forma en que expresarán el amor, así como la manera que se recibirán (González, Molina, Montero, Martínez, & Leyton, 2007). Este patrón de atracción sexual puede ser fijo o dinámico, pero siempre está en búsqueda de plenitud sexual, aceptación y amor.

Como se analizó hasta aquí, el acompañamiento es el punto decisivo para poder transitar de manera sana por la adolescencia. Para muchas familias esta tarea puede ser compleja, en tanto demanda recursos nuevos y que remueven las propias vivencias y concepciones de mundo que habían mantenido hasta ahora. Lo que podría generar una crisis en el grupo primario lo suficientemente potente como para que requieran apoyo externo. Es por esto que se abordará algunas pautas terapéuticas que podrían colaborar en el diseño del trabajo con adolescentes y sus familias.

ACTITUDES DEL TERAPEUTA PARA UNA TERAPIA CON ADOLESCENTES.

A partir de lo señalado anteriormente, lo que ha de comprender el terapeuta, es que para el trabajo con adolescentes, lo primero es la construcción de una relación, de un vínculo significativo, en tanto asegura con mayor eficacia la continuidad del proceso terapéutico

(Corbella y Botella, 2003) y en segundo lugar estará el diagnóstico y las técnicas de tratamiento, que de ser en relación a alguna patología psicológica tiende a ser más estable, y por lo tanto, pesquizable de manera simultánea o durante la primeras sesiones de terapia.

En este sentido, el psicodiagnóstico tiene una urgencia que puede subyugarse a la construcción del vínculo, en tanto las maniobras psicodiagnósticas no necesariamente colaboran a la construcción de una relación.

- El encuadre.

Debido a lo señalado en el punto anterior, es que debemos valorar el encuadre como “la piedra angular” sobre la que se va a construir la relación terapéutica. Especialmente cuando lo que se va a desplegar son maniobras tendientes a establecer una relación de intimidad basada en la confianza.

El terapeuta debe informarse si el adolescente asiste por cuenta propia, es traído por sus padres o cuidadores, motivado por un par y/o derivado por una institución. Esto es importante, ya que, al no haber un motivo de consulta propio, quien realiza la terapia debe comprender que al frente no tiene un paciente. O más bien, que se tiene a un paciente en contexto obligado. Miller y Rollnick (1999), en su texto, “Entrevista Motivacional”, reparan en este detalle, señalando a los terapeutas la tarea de construir con la persona la experiencia de paciente.

No es aconsejable realizar maniobras tendientes a que el adolescente tome conciencia de un problema que siente ajeno. Así como tampoco invitar a reconocer o comprender que se tiene un problema. Estas acciones tienen más potencial de levantar resistencias en el

consultante y de ubicar al terapeuta en la misma condición que los adultos que le enviaron a una terapia que no siente necesaria.

En este sentido es más aconsejable lo que Miller y Rollnick (1999) señalan, al respecto de una terapia con paciente obligado, lo que obliga al adolescente también obliga al terapeuta. En tanto, este último será consultado por el trabajo realizado, acerca de avances y dificultades en el proceso de terapia, así como los resultados que espera tener.

Los autores nos invitan a reparar que en este contexto, terapeuta y adolescente tienen algo en común, la situación que les obliga. Tomar conciencia de esto permite realizar las siguientes maniobras:

Terapeuta (T): *De modo que te trajeron (o derivaron) a la consulta sin saber por qué.*

Consultante (C): *La verdad es que no tengo idea.*

(En este caso el terapeuta puede continuar)

T: *¿Has conversado alguna vez con un psicólogo? ¿Sabes a qué nos dedicamos?*

C: *Es primera vez que veo un psicólogo.*

T: *¿Te interesaría saber qué hacemos? En una de esas pudiera interesarte algo de lo que hacemos.*

Este inicio es mejor que expresiones como:

T: *A ver, algo debes haber hecho que te trajeron a hablar conmigo.*

T: *A veces es bueno reconocer cuando uno se equivoca.*

T: *Todos cometemos errores puedes confiar en mí y contarme lo que has hecho.*

En el caso en que el adolescente es enviado para resolver comportamientos problemáticos. Pudiera ensayarse esta maniobra.

T: *De modo que te enviaron a hablar conmigo por un problema que tuviste.*

C: *Eso parece.*

T: *De modo que yo soy el castigo... la verdad no me gusta ser el castigo de nadie. Pero ambos debemos estar aquí, ya que, si a ti te mandan a hablar conmigo, a mí se me ordena atenderte.*

(Aquí el terapeuta deja ver de manera indirecta que ambos están obligados a sesionar).

T: *Qué tal si aprovechamos este tiempo y hablamos de otra cosa. Porque tendrás que seguir viniendo a hablar conmigo y yo tendré que seguir atendiéndote.*

T: *¿Has hablado antes con un psicólogo?*

De ser positiva la respuesta, el terapeuta puede indagar en cómo el adolescente valora y recuerda esa experiencia. Si ha sido positiva, es importante conocer qué fue lo positivo, eso dará pistas al terapeuta para orientar el trabajo a realizar. Igualmente, si el recuerdo es negativo. Sabrá qué errores se han de evitar.

En el caso de que el adolescente no muestre interés en establecer contacto. No es aconsejable forzar. Pueden ser más efectivas maniobras como estas.

T: *Veo que por ahora no estás interesado en hablar conmigo. La verdad no te voy a obligar, eso me convertiría de verdad en un castigo. Como tienes que venir a verme con frecuencia y yo estoy obligado(a) a recibirte, ¿te parece si buscamos una actividad en común? No sé, ¿tienes alguna afición, algún juego de celular o algo que podamos hacer en este espacio?*

Esta maniobra puede ser atrevida, en tanto pudiera verse al terapeuta como eludiendo el trabajo. Sin embargo, al no obligarlo a hablar se muestra respeto por el consultante.

Seguidamente, en esta maniobra, el terapeuta está buscando establecer experiencias, está construyendo el vínculo desde una actividad en común. La que puede llevar a espacios

conversacionales de tipo personal y que puedan abrir la confianza, en tanto da la señal de salirse del papel de interventor.

Otro aspecto para considerar tiene que ver con los motivos de consulta. Habrá tantos como personas interesadas en que el adolescente curse terapia. Siendo así, es posible que esos interesados demanden ser informados acerca del trabajo.

Esta situación debe ser manejada por el terapeuta ya que, posee el potencial para interferir en la construcción del vínculo terapéutico, debido a que pudieran darse situaciones en que los padres o cuidadores, decidan asistir a entrevistarse personalmente con el profesional para saber del proceso de terapia.

También, suele darse que las instituciones que derivan soliciten informes del trabajo terapéutico. El terapeuta debe sopesar la información que se le demanda, el uso que se le dará y la información que entrega. Hay que saber, que en ocasiones las redacciones formales de solicitud de informe demanda más información de la necesaria, a veces por cuestión de formatos. Por lo que es recomendable contactarse con la institución y pedir más detalles acerca de lo que se solicita, su fin y qué va a provocar en el proceso institucional del adolescente.

Lo peor que puede ocurrir en terapia con adolescentes, es que ellos sospechen que a sus espaldas se entrega información a padres, cuidadores o la institución que derivó. Esto va a mermar gravemente la construcción del vínculo, por lo que en el encuadre debe quedar clara la relación que el terapeuta sostendrá con los otros interesados en la terapia.

Se puede informar de la siguiente manera:

T: *“Tus padres (o la institución que deriva) están preocupados por ti. Yo sé que es difícil verlo en este momento, pero te trajeron o enviaron porque quieren que estés bien. Yo*

tengo que informar cómo vamos en el trabajo juntos. Quiero que sepas que no voy a decirles nada que pudiera exponer situaciones que son íntimas. Solo informaré cómo estamos avanzando en general y mi apreciación acerca del proceso. De todos modos, yo te informaré cuando eso pase y juntos vamos a acordar qué vamos a informar”.

Con todo lo anterior, también asisten a terapia adolescentes que buscan ayuda por sí mismos. Es importante en el encuadre establecer cómo se va a realizar el trabajo en terapia. Que se informe los roles de los actores, la actuación del terapeuta, la posibilidad de dar pequeñas tareas o experimentos y otros detalles como la frecuencia de encuentros, horarios y confidencialidad.

Una alternativa de encuadre puede ser así:

T: *Cuéntame, ¿has ido al psicólogo antes?*

C: *Fui hace años atrás cuando era niño, pero no recuerdo bien porqué.*

T: *Bien, luego hablaremos de eso si lo deseas. Te contaré cómo vamos a trabajar.*

Lo que vamos a hacer es hablar de aquellas cosas que pueden estar afectándote. Iremos al ritmo que te acomode. En la medida que me cuentas acerca de esas situaciones, probablemente me aparezcan dudas y te haré preguntas. Algunas de ellas serán aclaratorias, que me des algunos detalles que me permitan comprender lo que me estás contando. También pudiera tener algunas preguntas que te hagan reflexionar, ver otras alternativas, etc. Por último, pudiera ser que haga preguntas en las que te sientas algo confrontado. Nunca es para buscar conflicto o reprocharte, sino que mostrarte cómo a veces las personas nos contradecimos. Si estamos en todo de acuerdo, entonces estas conversaciones no serían de ayuda.

Como vamos a hablar de temas íntimos, debes saber que todo lo que conversemos es confidencial. Pero también este espacio es para cuidarte, por lo que si al hablar me doy cuenta que tu vida o integridad física está en peligro, como la de otros, tendremos que pedir ayuda a tus padres o alguna institución de salud. La idea es cuidarte.

Cuando terminemos de hablar, probablemente te dé alguna tarea o experimento para que hagas en tu ambiente. También, juntos vamos a acordar la frecuencia de nuestros encuentros, Lo importante es ser puntual o avisar si no puedes venir.

¿Tienes alguna duda?

Esta propuesta de encuadre pudiera parecer un poco extenso. Sin embargo, un encuadre pobre o mal realizado, impide reencuadrar cuando las sesiones derivan hacia temas, actitudes y acciones que no colaboran con la terapia y, peor aún, puede provocar que el paciente no comprenda o se confunda en la construcción de la relación terapéutica.

- El motivo de consulta y fase social.

El motivo de consulta es básicamente una narrativa del problema que concita la asistencia a terapia. (Rodríguez, 2007). El terapeuta debe saber que esta narración no es el problema, es cómo lo experimenta y cómo se cuenta a sí mismo lo que ocurre.

En la experiencia del consultante, generalmente, el motivo que le trae a terapia ha sido construido en más de alguna conversación con otras personas (Rodríguez, 2007). Es decir, no sería extraño que el adolescente, confiando en un amigo, familiar y/o adulto significativo, haya ido hablando acerca de lo que le pasa sin encontrar la ayuda que necesitaba. Esto fue creando y significando un relato que en sí mismo no posee vías de solución.

Por estas razones, es que se hace necesaria una acabada fase social. En otras palabras, si el motivo de consulta es la narración del problema saturando la vida, la fase social bien realizada puede llevar al terapeuta a la vida del consultante fuera de la influencia del problema (Rodríguez, 2007). Aquí se encontrarán los recursos del paciente. Aquellos que llevarán a confrontarlo con su narrativa, con el motivo de consulta. Dicho de otra forma, las vías de solución al problema se encuentran en la fase social (Ramírez y Rodríguez, 2012).

Hay que dedicar espacio para hablar de sus gustos, de lo que le motiva, de sus alegrías, de las actividades placenteras y especialmente, aquellas situaciones que en el adolescente reafirman su autoconcepto y percepción de autoeficacia. Aquí, el terapeuta encontrará la evidencia para confrontar el motivo de consulta, llevando al consultante a sopesar lo que dice de sí mismo desde el problema y cómo es su vida sin la influencia de este.

Lo que la terapia clásica llama “autorrevelación” y que en muchos enfoques clínicos es contraindicada (Ceberio, 2018), en el trabajo con adolescentes va a tener un espacio que puede colaborar significativamente con el trabajo clínico. Además de las crisis y/o problemas que el adolescente pudiera tener, la etapa del ciclo vital en la que se encuentra le empuja a buscar referentes de cómo ser en la vida. Conocer los dilemas que tuvo el terapeuta en su propia adolescencia, cómo los resolvió, cuáles no logró superar del todo, le dará a la terapia lo necesario para encarnarse en una historia real, tangible y genuina para el joven que consulta.

Si consideramos que en la terapia el adolescente va a abrir su vida, aquellas experiencias íntimas que le trajeron a sesión. Que él pueda ver algo de la vida del terapeuta, le permite percibir en la construcción de un vínculo terapéutico vigoroso.

- **Co-construcción de objetivos.**

La terapia es un encuentro entre dos sujetos que desean lograr algo (Ceberio, 2018). El paciente, su deseo de bienestar, el terapeuta y sus conocimientos de psicoterapia, colaboran en ese proceso que busca una mejora en la vida.

En el enfoque sistémico, planteamos que el éxito de la terapia no depende sólo de la experiencia técnica del terapeuta, sino que de la capacidad de éste para invitar al consultante a la construcción de un vínculo que se materializará en alianza terapéutica (Fernández-González, Herrera-Salinas, Escobar-Martínez, 2016).

Por lo que, en este enfoque de terapia, sin la co-construcción de objetivos de trabajo no es posible realizar la labor clínica (Arango y Moreno, 2009). Es el consultante quien debe señalar qué quiere lograr o todas las acciones no tendrán dirección. En esta maniobra para establecer lo que se quiere lograr con el proceso terapéutico, el consultante adquiere la condición de protagonista de su proceso de cambio y el terapeuta abandona el papel de interventor, para asumir el de colaborador (Escudero, 2009).

Este ejercicio es en sí terapéutico, especialmente en el trabajo con adolescentes. Que por su condición, suelen depender de sus padres, cuidadores o instituciones a las que pertenecen, muchas veces invisibilizados o ilegítimados en sus necesidades propias de la etapa.

No hay que equivocarse pensando que el paciente es experto en terapia, el terapeuta colabora desde su experiencia profesional y vital. Por lo que puede ayudar a regular los objetivos para que sean lo suficientemente alcanzables y no se transformen en un hito más de fracaso o malestar (Ceberio, 2018).

Para este efecto, la terapia sistémica y todas sus ramas han elaborado formas dialogales, buscan que los objetivos de terapia sean expresados en términos de imagen. Es decir, debemos construir con el adolescente conductas, actos, actividades, que se desean lograr en la vida cotidiana y que permitan al adolescente abrir el campo de experiencias a otras alternativas no contaminadas del problema (Kim Berg y Miller, 1996).

Más allá de las fórmulas para preguntar, lo que se busca es que estos elementos se den en el marco de una relación, una alianza. Se recomienda entonces un lenguaje implicativo, que provoque el compromiso de ambos en la misión a desempeñar.

En este sentido, la conversación podría asumir un estilo como este:

T: ... *teniendo más claro lo que está pasando contigo, quiero que juntos respondamos esta pregunta. ¿Qué te gustaría lograr con la terapia?*

C: *Bueno, yo vengo para sentirme mejor.*

T: *Bien, pero específicamente, ¿a qué te refieres sentirte mejor? No sé si me explico, pero si ambos te viéramos en una pantalla de video o televisión. ¿Qué cosas te veríamos hacer que demuestre que te sientes mejor? ¿En qué nos daríamos cuenta?*

C: *En que estoy menos triste.*

(Este tipo de respuestas, como la anterior, no nos entregan la información suficiente para generar una imagen, por lo tanto, aún no podemos iniciar el trabajo asociado a técnicas. Aún no tenemos un norte)

T: *¿Qué es posible hacer si ya no estás triste? ¿Qué actividades realizarías?*

(En esta maniobra el terapeuta insiste en llevar las respuestas vagas a conductas observables)

C: *Ah... bueno, me juntaría con un amigo con quien tuve un problema y extraño mucho.*

(Aquí ya emerge una conducta, una acción concreta, pero permanece aún sin el vigor de llevarse a cabo)

T: *Cuándo crees tú que podría ser ese encuentro. Como para que lo preparemos.*

C: *Mmm... yo creo que en unos tres meses porque el vive en el norte y para vacaciones lo voy a ver.*

(Este objetivo planteado así no es adecuado, ya que no está en las posibilidades cercanas su realización).

T: *Vale, qué otra acción o actividad sería posible hacer. Porque el encuentro con el amigo aún tiene tiempo para ser preparada juntos.*

C: *Cuando no estoy triste me gusta salir a correr.*

T: *¿Dónde sueles correr? ¿Por qué te gusta hacerlo?*

C: *Me gusta correr en un parque que está cerca de mi casa. El contacto con la naturaleza me llena de energía. Es como cargar una batería para el día.*

(Este objetivo se establece con mayor potencial de llevarse a cabo)

T: *¿Cuándo fue la última vez que saliste a correr? Y ¿Con qué frecuencia lo hacías?*

C: *Salía 4 días a la semana. Me ayudaba a tener una semana muy animada. Y cuándo fue la última vez... hace más de un mes.*

T: *¿Crees que podríamos salir a correr esta semana algún día?*

C: *Sí... bueno mientras le contaba esto, estaba pensando que podría salir mañana.*

T: *¡Guau! ¡Qué entusiasta! Cuéntame, qué necesitas para que esto lo podamos cumplir.*

C: *Mi ropa de correr y mis zapatillas.*

T: *Crees que podrás tener esto para salir mañana.*

C: *Sí... cuente con que lo voy a hacer.*

En este ejemplo de diálogo están ocurriendo algunas situaciones importantes.

El terapeuta se expresa implicado en el trabajo. Seguidamente, no cesa en el construir un objetivo que sea realizable en el corto plazo. Esta actitud le permite llevar al adolescente a conectar con una actividad placentera que él mismo ha declarado no realizar por su tristeza. Lo cierto es que, si no realiza la actividad placentera, tampoco vencerá la tristeza. Por lo que insiste de forma indirecta que el adolescente se conecte con esas experiencias. La conexión va a provocar que la acción sea planificada por el consultante y el terapeuta lo lleva a concretizar su realización, ayudándole a preparar el momento.

Probablemente, el paciente del ejemplo salga a correr, lo que va a implicar un cambio en su vida.

- Implicar a la familia en el trabajo terapéutico.

En tanto logramos que el adolescente posea una sensación de comodidad y que la terapia se encuentra direccionada a las metas y objetivos alcanzables y deseados por él/ella, se comienza la inclusión de la familia.

Generalmente, la familia acude en búsqueda de contención y apoyo, en tanto sienten que sus recursos son insuficientes para poder guiar el desarrollo de su hijo (Carrión, 2018). El terapeuta debe canalizar emociones como culpa y hostilidad que puedan mantener los cuidadores producto de las dificultades experimentadas (Fernández-González, Herrera-Salinas & Escobar-Martínez, 2016; Shirk, Karver y Brown, 2011). Si esto se realiza de manera exitosa, aumenta la alianza entre los miembros de la familia y el compromiso con la terapia, debido a que la terapia ya no será “de mi hijo” sino que “nuestra terapia”.

Las tareas terapéuticas generan cambios en la interacción, por ejemplo, hablar de los sentimientos, construir nuevas rutinas, rellenar cuestionarios, escribir sobre sí mismo, etc. (Ezama, Alonso, González, Gavilán y Fontanil, 2011). Lo que genera que las dinámicas familiares cambien, siendo así, el adolescente podría necesitar reconocimiento de pequeñas mejorías cuando se producen, especialmente de los resultados positivos de las tareas y de los esfuerzos hechos por todos los integrantes del grupo familiar para propiciar una mejora en la convivencia.

En este sentido, sería útil la tarea de “tres elogios y un desafío”. Para esto la familia debe marcar cambios en torno a la autonomía, normas o mejora en la convivencia para luego si sienten que existe un espacio donde no se esté alcanzando, puedan expresarlo, pero esta vez en forma de meta, es decir en vez de señalar que el adolescente “aún llega tarde y no avisa”, deben expresar “esta semana trabajaremos todos en el decirnos el horario de llegada”, con esto todos se incluyen en las nuevas normas familiares. Esta tarea produce una transformación en los patrones subjetivos de interpretación y explicación, en tanto ya no se busca la falla o el ataque, sino que las dificultades se viven desde en que contribuiremos para que esto cambie (Fernández, Pérez, Gloger, S. & Krause, 2015).

Existen familias que consideran que el final de la crisis por la que atraviesan se daría por la restauración del equilibrio pre-existente, es decir, volver al funcionamiento de cuando tenían a un niño y no a un adolescente. El terapeuta deberá mostrar la adquisición de un nuevo equilibrio, esto lo puede trabajar a través de que la familia describa cómo esperan que sea una relación con un hijo adulto, para que así orientemos las relaciones que deben de comenzar a darse en el aquí y ahora con su hijo adolescente. Una forma gráfica de realizar esto es a través de la “línea de la vida de la familia”, en donde en conjunto marcan los hitos

que han atravesado y los que esperan atravesar. Esta técnica consiste en identificar los elementos que todos los integrantes de la familia puntúan como relevantes, ya sean positivos o negativos, en la sesión se promueve que estos no sean cuestionados, sino que se indaga en cómo fueron vividos por todos los miembros y que recursos se forjaron a nivel familiar e individual.

La individualización es un proceso difícil, particularmente para los padres que mantienen relaciones de dependencia con los hijos/as, siendo estos los que sostienen las tareas de cuidado o quienes contienen emocionalmente a los padres. En estos casos se realizarán sesiones a solas con el adolescente, con el objetivo de identificar su grado de autonomía, poniendo énfasis en los elementos que vive con naturalidad y orgullo, mientras que en paralelo exploramos las responsabilidades que no son apropiadas a su edad y qué significados tienen para el adolescente haberlas vivido. Posteriormente se realiza un proceso de psicoeducación a los padres, para encuadrarlos en las conductas que no son apropiadas de mantener, puesto que implican una sobrecarga para su hijo/a.

- Maniobras de cierre.

El cierre terapéutico, puede diseñarse como un encuentro entre los padres, el adolescente y el terapeuta, en tanto, todos son invitados a sentir que se han participado de los cambios realizados. Este puede ser una instancia de prevención de recaídas, especialmente cuando el proceso de terapia ha establecido metas claras y mutua colaboración (De Jong & Kim Berg, 1998. García, 2013. Pinto, 2018), por lo que es adecuada un proceso de cierre que involucre a todos los implicados en el proceso de cambio.

El cierre no es necesariamente el fin de la relación terapéutica, es aconsejable señalar que, ante nuevas dificultades, el grupo familiar puede nuevamente acudir a este espacio protegido para significar los nuevos desafíos. Con esta maniobra, lo que se consigue es que baje la ansiedad de separación, evitando la problematización de áreas sanas con el objetivo de mantener el vínculo (Pinto, 2018).

La terapia se centra en cómo se enfrentan los desafíos desde los recursos y valores familiares. Es por ello que las técnicas de cierre son más eficientes cuando tienen el poder de sintetizar y destacar los aprendizajes logrados en terapia y que estos se proyecten como recursos adquiridos para enfrentar nuevos desafíos (Pinto, 2018).

En este sentido, ayuda mucho la elaboración de signos tangibles. Por ejemplo confección de “*pulseras de terapia*”. El consultante y el terapeuta confeccionan una pulsera con los símbolos de los recursos trabajados, es decir que, si luego de pasar por un proceso depresivo ahora ha vuelto a escuchar música y salir a andar en bicicleta de ponen alhajas que tengan una nota musical o un colgante de bicicleta.

Otra técnica en esta línea son los *cuadros de terapia* en donde se pide que dibuje el síntoma que lo trajo a sesión y que dibuje cómo se encuentra ahora y que lo conserve en un lugar donde solía sufrir crisis.

Por parte del terapeuta, si es que se ha trabajado con técnicas de línea narrativas, podría entregar un cuaderno y un lápiz, con la instrucción de “*ahora escribirás la historia por tu cuenta, asegúrate de que la historia tenga desafíos, alegrías, pero por sobre todo amor por ti*”.

Es importante realizar un buen proceso de cierre (Rabu , Binder y Haavind, 2013), se decía al inicio de este texto que el terapeuta que colabora en un proceso de cambio de un

adolescente junto su familia o personas significativas está llamado a construir una relación con el consultante, el fin de esta relación es aconsejable que sea tan cuidada como el inicio de la misma. Especialmente, en tanto puede colaborar en experiencias de cierre con todas las relaciones que pudieran ser significativas para el consultante en otros ámbitos de su vida. Probablemente se presenten emociones propias de un momento de despedida, las que es aconsejable permitir y destacar, señalando que siempre hay un espacio para el reencuentro en tanto el o la adolescente sienta que es necesario. Pero además subrayando aquellos recursos personales que se han encontrado en el consultante y que fueron determinantes para el crecimiento y proceso de cambio.

Es importante cuidar que, en la despedida, el protagonista de todo lo logrado sea el adolescente y no el terapeuta. Hay que señalar que lo que se ha vivido se explica por el proceso que realizó él mismo.

CONCLUSIÓN.

Al finalizar este trabajo, podemos concluir que los adolescentes, por su condición de sujetos en desarrollo, se inician en procesos significativos de autonomía al respecto de su grupo primario, la exploración de su cuerpo, de nuevas relaciones y con su contexto en general, los establece como personas en potencial de descubrimiento, desarrollo y consolidación de los recursos personales que emergen de las experiencias relacionales tempranas así como de las nuevas cualidades que se van presentando en el proceso madurativo.

La terapia psicológica se hace necesaria en tanto el adolescente se ve entorpecido en las posibilidades de explorar, debido a pautas relacionales que desde los prejuicios le impiden reconocerse, establecer nuevas relaciones y relacionarse autónomamente con su mundo.

En este sentido, padres y/o cuidadores, en una forma inadecuada de comprender el cuidado, pueden obstaculizar el proceso de identidad personal, conocer nuevas experiencias como la amistad, la sexualidad, el despliegue de nuevas cualidades del adolescente.

Se entiende entonces, que la terapia para ser un factor de crecimiento, ha de desarrollarse como un espacio de relación significativa entre el consultante y el terapeuta. Con este fin, se ha destacado la importancia de un buen proceso de encuadre, el uso adecuado del lenguaje, y cómo desarrollar un proceso de terapia que se constituya en un hito relacional en la vida del adolescente e incluso su familia.

Como relación significativa, es importante cuidar también la manera en que acaba el proceso terapéutico, para no generar dependencia, evitar que la figura del terapeuta adquiera todo el protagonismo y sea el adolescente quien se atribuya los logros obtenidos. Dejando así la posibilidad de volver a consultar y un autoconcepto que le permita enfrentar nuevos desafíos que la vida le imponga.

REFERENCIAS.

Amurrio, M., Larriñaga, A., Usategui, E. y Del Valle, A. (2012). Los estereotipos de género en los/las jóvenes y adolescentes. En Vitoria-Gasteiz (Presidencia). *XVII Congreso de Estudios Vascos: Innovación para el progreso social*. Universidad del País Vasco, Leioa.

Álvarez, R. y Beiztegui, J. (2001). Fantasías eróticas en jóvenes. *Revista Española de Sexología*, 101/102, 1-187.

Bleiberg, E., (2015, abril). La terapia basada en la mentalización para adolescentes y familias. *Revista Mentalización*. Recuperado de <https://www.revistamentalizacion.com/ultimonumero/abril2015/bleiberg.pdf>

Butler, J. (1998). Actos performativos y constitución del género: un ensayo sobre fenomenología y teoría feminista. *Debate Feminista*, pp.296-314. recuperado noviembre de 2019, de http://www.debatefeminista.cieg.unam.mx/wp-content/uploads/2016/03/articulos/018_14.pdf

Butler, J. (2007). *El género en disputa: Feminismo y la subversión de la identidad*. (M. Muñoz, Trad.) Barcelona: Paidós. Recuperado noviembre de 2019, de http://www.lauragonzalez.com/TC/El_genero_en_disputa_Buttler.pdf.

Ceberio, M. (2018). *Estrategias creativas en psicoterapia breve*. Santiago, Chile, Ed. Ril Editores.

Capaldi, D. M. & Clarck, S. (1998). Family predictors of aggression toward female partners for young at-risk males: A comparison of mediational hypothesis. *Developmental Psychology*, 34. 1200-1209.

Carrión, V. (2018). *Assessing and Treating Youth Exposed to Traumatic Stress*. American Psychiatric. Ed. Ilustrada.

Cazalla, N. y Molero, D. (2013). Revisión teórica sobre el autoconcepto y su importancia en la adolescencia. *Revista Electrónica de investigación y Docencia*. Recuperado a partir de <https://150.214.170.182/index.php/reid/article/view/991>

Chechilnitzky, A. (11 de noviembre de 2018). Jóvenes solidarios en Chile: un 16% participa en voluntariado. La Tercera. Recuperado:

<https://www.latercera.com/nacional/noticia/jovenes-solidarios-chile-16-participa-voluntariado/397340/>

Corbella, S. y Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de Psicología*, 19(2), 205-221.

DeJong, P. & Kim Berg, I. (1998) Interviewing for solutions, *Pacific Grove, Ca.:* Brooks/Cole Publishing, 1998, p. 69-76

Escudero, V. (2009). La creación de la alianza terapéutica en la Terapia Familiar. *Apuntes de Psicología*, 27(3), 247-259.

Ezama, E., Alonso, Y., González, S., Gavilán, S., y Fontanil, Y. (2011). Tareas terapéuticas: ¿qué clase de ayuda se busca en las consultas de psicoterapia? *Psicothema*. 23(4), 566-572.

Farramola, L., Erice, T, y Frías, Y. (2011). Anorgasmia femenina como problema de salud. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 30(3), 312-317.

Fernández-González, O., Herrera-Salinas, P. & Escobar-Martínez, M. J. (2016). Adolescentes en Psicoterapia: Su Representación de la Relación Terapéutica. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 14 (1), 559-575.

Fernández, O., Pérez, C., Gloger, S. & Krause, M. (2015). Importancia de los Cambios Iniciales en la Psicoterapia con Adolescentes. *Terapia psicológica*, 33(3), 247-255.
<https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082015000300008>

García, F. (2013). *Terapia Sistémica Breve. Fundamentos y aplicaciones*. Santiago, Chile. Ril Editores.

García-Vega, E., Menéndez, E., Fernández, P. y Cuesta, M. (2012). Sexualidad, Anticoncepción y Conducta Sexual de Riesgo en Adolescentes. *International Journal of Psychological Research*, 5(1) 79-87.

González, E. A., Molina, T., Montero, A., Martínez, V. N., & Leyton, C. (Octubre de 2007). Comportamientos sexuales y diferencias de género en adolescentes usuarios de un sistema público de salud universitario. *Revista médica de Chile*, 135(10), 1261-1269.

Hernández, M.; Benítez, R; Medranda, I. & Méndez. M. (2008). Variaciones fisiológicas normales del desarrollo puberal: edad del inicio puberal, edad de la menarquia y talla. *Anales de Pediatría*, 69(2) 147-153.

Kett, J. (1993). Descubrimiento e invención de la adolescencia en la historia. *Journal of Adolescent Health*, 14:664-672.

Kim Berg, I. y Miller, S. (1996). Trabajando con el problema del alcohol. *Orientaciones y sugerencias para la terapia breve de familia*. Ed. Gedisa, 1996, pp. 67-110

Maddaleno, M., Morello, P. e Infante-Espínola, F. (2003). Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y El Caribe: desafíos para la próxima década. *Salud Pública de México*. 45(1), 132-139.

Miller, R., Rollnick, S. (1999) La Entrevista Motivacional: Preparar para el cambio de conductas adictivas. Barcelona. Ed. Laidos.

Morelo, D., Ortega, F., Valiente, I. y Zagalaz, M. (2010). Estudio comparativo del autoconcepto físico en adolescentes en función del género y del nivel de actividad físico-deportiva. *Retos. Nuevas tendencias en Educación Física, Deporte y Recreación*, 17. 38-41.

Orcasita, L. y Uribe, A. (2010). La importancia del apoyo social en el bienestar de los adolescentes. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 4(2), 69-82.

Ortega, R. (1991). Relaciones afectivas, comprensión social y juego dramático en la educación escolar. *Revista Investigación en la Escuela*, 15, 29-41.

Pedraza, A. (2011). Insatisfacción de la imagen corporal y autopercepción en adolescentes de una escuela secundaria. *Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, 44(4).128-132

Pedreira, J. y Álvarez, L. (2000). Desarrollo psicosocial de la adolescencia: bases para una comprensión actualizada. *Documentación Social*, 120 83-9.

Pinto, B. (2018). *La Psicoterapia Sistémica en acción*. La Paz, Bolivia. Departamento de Psicología de la Universidad Católica Boliviana “San Pablo”.

Rabu, M., Binder, P. y Haavind, H. (2013). Negociando el final: un estudio cualitativo del proceso de finalización de la psicoterapia. *European Journal of Psychotherapy & Counselling* 15, 247-295.

Ramírez, J. y Rodríguez, J. (2012). El proceso en psicoterapia combinando dos modelos: centrado en soluciones y cognitivo conductual. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 15, (2). Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2012/epi122n.pdf>.

Rodríguez, D. (2007). Motivos de consulta y clínica constructivista. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 3(2), 239-247.

Sánchez, E., Zapata, K., León, M. y Fabián, E. (2008). Crianza y consumo de drogas en una población de adolescentes de un suburbio de Lima ciudad. *Revista enfermería herediana*, 1(1).57-61.

San Martín, J. y Barra, E. (2013). Autoestima, Apoyo Social y Satisfacción Vital en Adolescentes. *Terapia Psicológica*, 31(3) 287-291.

Sarmiento, A., Puhl, S., Oteyssa, G., Bermúdez, F. y Siderakis, M. (2009). Las conductas transgresoras de los adolescentes en conflicto con la ley penal; su relación con las perturbaciones en el vínculo. *Anuario de Investigaciones*, 16, 51-57. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3691/369139945041>

Selekman, M., (2012), *Abrir caminos para el cambio*, Barcelona, España, Gedisa.

Shirk, SR, Karver, MS y Brown, R. (2011). La alianza en psicoterapia infantil y adolescente. *Psicoterapia*, 48 (1), 17-24. <https://doi.org/10.1037/a0022181>

Williams, A. (2003). Adolescents' Relationships With Parents. *Journal of Language and Social Psychology*, 22(1), 58-65.

Zacarés, J.; Iborra, A.; Tomás, J. y Serra, E. (2009). El desarrollo de la identidad en la adolescencia y adultez emergente: Una comparación de la identidad global frente a la identidad en dominios específicos. *Anales de Psicología*, 25(2) 316-329.

NO EXISTEN CONFLICTOS DE INTERÉS

Recibido: 27/05/2020

Aprobado: 29/06/2020