

Nuevas contribuciones en psicoterapia de adolescentes y la organización del sí mismo como parte del desarrollo

Nelson Valdés Sánchez*

Resumen

El presente ensayo tiene el propósito de presentar algunas de las últimas contribuciones en materia de psicoterapia de adolescentes, enmarcándonos en el contexto de la adolescencia como un período del desarrollo. Además, incluimos la presentación inicial del caso atendido en el Centro Psicológico de la Pontificia Universidad Católica de Chile (CEPUC) visto desde la perspectiva de la Terapia Cognitiva Postracionalista, que hace un especial énfasis en la organización del sí mismo. Los resultados obtenidos hasta la fecha serán discutidos en relación a la estructura y la dinámica del cambio terapéutico basado en la reorganización del significado personal.

55

INTRODUCCIÓN

Se han realizado numerosas investigaciones en relación a la adolescen-

cia en áreas de interés tales como: el uso de modelos interdisciplinarios del desarrollo; medidas relacionadas con la continuidad o discontinuidad

* Psicólogo, Universidad de Panamá, Magíster en Psicología Clínica (c). Académico, Escuela de Psicología, UCINF.

del desarrollo a lo largo de la vida; la posible relación que pueda existir entre un funcionamiento normal o patológico, o bien una desadaptación; la relación entre el ambiente y las características personales; procesos relacionados con el factor riesgo y la resiliencia; la incorporación de los estudios realizados en programas de prevención e intervención, entre otros.

La adolescencia es un período durante el cual puede darse una intensificación de varias formas de trastornos emocionales y conductuales, entre ellos tanto aquellos problemas internalizados como la depresión, los trastornos alimenticios, etc., como aquellos externalizados, tales como la delincuencia y los problemas de adicción (Steinberg, 2002).

Desde siempre se ha considerado la adolescencia como un período del desarrollo que se extiende entre la infancia y la edad adulta caracterizado por cambios biológicos, psicológicos y sociales más que cualquier otra etapa de la vida, excepto la infancia. No debe extrañar, entonces, que a partir de dichos cambios los tipos y la frecuencia de los desórdenes psicológicos y problemas de

conducta también sean significativos (Cicchetti & Rogosh, 2002). Sin embargo, estos conflictos no son para nada ni universales ni inevitables y de hecho hay adolescentes que logran enfrentar exitosamente las demandas propias de esta etapa.

Tres aspectos centrales han sido identificados durante el período adolescente: cambios de humor, conductas de riesgo y conflictos con los padres, los cuales se encuentran asociados a ciertas psicopatologías (Cicchetti & Rogosh, 2002). No obstante, aún siguen siendo interrogantes el identificar cuándo es posible considerar la irritabilidad, la euforia o la labilidad emocional como conductas propias del adolescente en la búsqueda de su sí mismo, y cuándo deben ser considerados como síntomas de algún trastorno emocional; cuándo podemos decir que el adolescente ha pasado el umbral de consumo de alcohol y se encuentra en una situación de abuso; o por qué algunos adolescentes se adaptan con éxito a tal etapa mientras otros se mueven hacia el extremo de la psicopatología. Estas preguntas buscan ser respondidas por la *psicopatología del desarrollo*, la cual busca integrar el conocimiento obtenido a través de una gran variedad

de disciplinas científicas y cuyo objetivo es, sin duda, conocer los orígenes y el curso de patrones individuales de desadaptación, sea cual sea la edad, las causas o la complejidad de los mismos.

En este sentido, la *psicología clínica en adolescentes* se refiere al estudio de los fenómenos clínicos en el contexto de la adolescencia como un período del desarrollo (Steinberg, 2002), entendiéndose por adolescentes aquellos individuos que son más adultos que los niños y más niños que los adultos (Cicchetti & Rogosh, 2002). Por tanto, los tipos de disfunción que se presentan durante la adolescencia deben ser comprendidos clínicamente tomando en cuenta los cambios propios del desarrollo y no como cambios propios de una edad. En cuanto a esto, resulta interesante el estudio realizado por Baruch, Gerber y Fearon (1998), en el cual se observaron diferencias significativas entre aquellos adolescentes que en un momento dado deciden abandonar la psicoterapia y aquellos que deciden seguir en ella. Por lo general, los primeros son más jóvenes y con problemas de conducta, mientras que los segundos son más adultos, tienen pocos problemas de

conducta, son consultantes que han buscado ayuda por sí mismos y se encuentran a gusto en un tratamiento que les permite recibir apoyo de parte de un profesional. En este caso pareciera existir una correlación significativa entre la permanencia o no en la psicoterapia y la edad del sujeto.

Existe una particular conexión entre los aspectos psicológicos del desarrollo y el tratamiento con adolescentes. Las últimas investigaciones se han dedicado a considerar básicamente dos componentes: la motivación y la cognición (Weisz & Hawley, 2002). En este sentido, el tratamiento con adolescentes varía de aquellos que acuden por decisión propia y altamente motivados, a aquellos que creen no tener ningún problema, tienen poca motivación para el cambio y están en tratamiento sólo porque otra persona los ha referido o llevado a consultar, ya sean sus padres, profesores u otro adulto que tiene autoridad sobre ellos.

Una escasa motivación para la psicoterapia puede reducir la atención y la involucración del adolescente, así como obstaculizar el aprendizaje, la adquisición de habilidades y el uso de estas fuera de la terapia (Lepper

& Cordova, 1992). Por esta razón resulta crucial para la psicoterapia considerar aspectos como la voluntad y la motivación del consultante. La escasa motivación guarda relación con el retraso del logro de una alianza terapéutica positiva entre el terapeuta y el consultante, lo que afectaría en el éxito de la misma. Como terapeuta se debe ser capaz de determinar la motivación del consultante, de modo que si se detecta un nivel bajo de ella para la psicoterapia se dediquen algunas sesiones a trabajar para conseguir una alianza terapéutica adecuada (por ejemplo: recompensando la participación durante la terapia, identificando y trabajando en metas que resulten significativas para el consultante, entre otras).

En cuanto a la práctica clínica con adolescentes muchas veces se utilizan clasificaciones diagnósticas desarrolladas a partir de la observación clínica con adultos (Weisz & Hawley, 2002). A este respecto, Steinberg (2002) formula dos presupuestos básicos: el primero establece que la clínica con adolescentes requiere entender los desórdenes que preceden, están presentes y siguen al período de la adolescencia; y el segundo establece que es necesario reconocer en

forma explícita los aspectos biológicos, cognitivos, psicosociales y ambientales que permiten definir el período adolescente como una etapa de continuo desarrollo.

FACTORES CONTEXTUALES RELACIONADOS CON EL DESARROLLO DEL ADOLESCENTE

Relaciones familiares

Una de las contribuciones más significativas en cuanto a la evaluación del desarrollo en los adolescentes se ha logrado al relacionar los factores familiares y contextuales con la disfunción del individuo. Esto ha permitido tener importantes progresos en la elaboración de tratamientos efectivos para un amplio rango de problemas que van desde lo emocional hasta lo conductual (Kazdin, 1991). Vidovic, Juresa, Rudan, Budanko, Skrinjaric y De Zan (1997) realizaron un estudio que buscaba evaluar la forma como los adolescentes percibían a sus padres y el funcionamiento familiar, en aspectos como su estructura, afectos, comunicación, transmisión de valores éticos, intimidad e idealización, así como en aspectos relacionados con la disfunción familiar.

En esa misma línea, Holmbeck, Johnson, Wills, McKernon, Rose, et al. (2002) estudiaron la mala adaptación de los adolescentes en el contexto familiar, específicamente el tipo de relación entre padres e hijos. En ese ámbito no fue sorprendente identificar que aquellos adolescentes que tenían mayor seguridad en los vínculos con sus padres mostraban también patrones de desarrollo social más saludables, lo que confirma nuevamente este hecho como un factor que permite predecir un funcionamiento psicológico positivo.

Calidad de los vínculos relacionales y grado de autonomía

En los últimos años se ha podido demostrar que la calidad del vínculo relacional entre padres e hijos parece determinar el grado de autonomía y de evolución psicológica (Allen et al., 2002), por lo que ha cobrado importancia el estudio del apego en cada una de las etapas del desarrollo. Este resulta paradójico muchas veces, porque a la vez que se espera que poco a poco los adolescentes vayan adquiriendo independencia, también es cierto que los padres muchas veces reconocen una relativa ausencia de preparación para hacerle frente a

las responsabilidades propias del mundo adulto, lo que conlleva a que los sigan percibiendo como niños. Esta continua renegociación que caracteriza a esta etapa del desarrollo humano aumenta la probabilidad de que surjan conflictos de índole psicológica. En un estudio sobre la percepción que tenían los adolescentes sobre el nivel de apego con sus padres y con sus pares, respecto a la relación que guardaba este con su sentido de sí mismo (O'Koon, 1997), se encontró que el vínculo paterno se hace más fuerte durante la adolescencia tardía, tanto en hombres como en mujeres; a su vez, las mujeres dieron muestra de un vínculo más fuerte con sus pares en este período y los hombres mostraron niveles más altos de autoestima en distintas áreas de funcionamiento. Lo cierto es que el vínculo con los padres tenía más relación con aspectos como la capacidad para enfrentar situaciones, mientras que el vínculo con sus pares guardaba más relación con determinadas aspiraciones propias de este período, entre otras, la imagen corporal, las metas vocacionales y determinadas actitudes sexuales.

Una vez más quedaba demostrado que el tipo de relación de los adoles-

centes con sus padres es determinante como factor predictor de desórdenes adaptativos y psicopatológicos en algunos casos. Por ejemplo, cuando aquella se caracteriza por la presencia de angustia e inseguridad, surgen dificultades para alcanzar la autonomía, existiendo el riesgo de que surjan problemas de conducta (Allen, Aber & Leadbeater, 1990). Rosenstein y Horowitz (1996) sugieren un modelo del desarrollo de psicopatologías fundamentadas parcialmente en experiencias relacionales con los padres. Observaron que aquellos adolescentes que mostraban la ausencia de un apego o un apego pobre con su madre estaban más propensos a presentar trastornos de conducta o de abuso de sustancias, trastornos de personalidad narcisista o antisocial, o bien, rasgos de personalidad narcisistas, antisociales y paranoides. Mientras que aquellos que presentaban un apego basado en una excesiva preocupación materna eran más propensos a presentar trastornos de personalidad afectivos, obsesivos-compulsivos, *borderline* o esquizotípicos, o bien, rasgos de personalidad ansiosos y distímicos.

En este punto resulta conveniente citar nuevamente el estudio realizado

por Holmbeck et al. (2002), pero en esta ocasión haciendo énfasis en la sobreprotección paterna, la que se define como el exceso de protección (paterna y/o materna) cuyas consecuencias se observan en el desarrollo y las habilidades psicosociales del hijo. Esta y muchas otras investigaciones con diferentes tipos de diseño han sugerido que la sobreprotección de los padres puede tener efectos negativos en el desarrollo de los niños y adolescentes (por ejemplo, más síntomas depresivos, más conductas de alto riesgo, etc.). El propósito de dicho estudio consistía en poner a prueba un modelo que relacionaba la sobreprotección paterna, la conducta de autonomía y la adaptación psicosocial o, dicho de otra manera, la relación que existe entre la sobreprotección y la adaptación psicosocial mediada por la conducta de autonomía en el preadolescente. Asimismo, se pretendía demostrar que la sobreprotección y el control psicológico son constructos que aunque tienen en común una intrusión paterna no son exactamente iguales. El control psicológico ha sido definido como la puesta en práctica de una función paterna que no permite la expresión de la individualidad de los hijos (Steinberg, 2001). Es propio

de los padres intrusivos, exageradamente críticos y que muchas veces usan la culpa y el chantaje emocional para lograr obediencia (Barber, 1996). Por otro lado (y distinto al control psicológico), la sobreprotección involucra un componente de ansiedad emocional que se refleja en un contacto físico o social excesivo, una infantilización y una preocupación excesiva por el bienestar del hijo.

En este sentido, en el área donde más se ha investigado la sobreprotección es en familias que tienen a su cuidado un hijo con alguna enfermedad crónica, debido a que se requiere un manejo médico intensivo que trae como consecuencia una serie de demandas físicas, psicológicas y sociales en los individuos y su entorno cercano. Lo que se ha podido observar en estos casos es que lo que empieza siendo una ayuda bien intencionada por parte de los padres termina siendo un conflicto entre dos responsabilidades: por un lado, la de mantener la salud del hijo y, por el otro, facilitar en este habilidades de autorregulación. Se puede además observar que los niveles altos de sobreprotección paterna disminuyen los niveles de autonomía (por ejem-

plo, en la toma de decisiones), lo que a su vez se refleja en altos niveles de disfuncionalidad o desadaptación, particularmente en la internalización y externalización de síntomas, en sus habilidades sociales y en el desarrollo de la autoestima (Holmbeck et al., 2002).

Drodge (1997) realizó un estudio con una muestra de adolescentes para investigar las posibles relaciones entre la representación de los padres, la representación del sí mismo y las relaciones interpersonales en una muestra de adolescentes. La percepción negativa del sí mismo y las relaciones interpersonales pobres estaban de manera significativa asociadas con la representación conceptualmente pobre y hostil respecto de sus padres. Mientras que aquellas representaciones de los padres como personas afectivas y con altos niveles de ambición guardaban relación con un adecuado funcionamiento interpersonal. A su vez, las altas expectativas por parte de la madre estaban significativamente relacionadas con un sentido de sí mismo negativo.

El desarrollo social, entendiéndose como la capacidad para establecer lazos sociales, está en función de las

etapas del desarrollo y guarda relación con las etapas de adolescencia temprana y adolescencia tardía. Se ha estudiado como en una especie de continuo que va desde un desapego en las relaciones durante la adolescencia temprana hasta el establecimiento de relaciones maduras en la adolescencia tardía (Lewis, 1993). Las investigaciones demuestran claramente que las discusiones y conflictos entre padres e hijos aumentan considerablemente en los primeros años de la adolescencia, y este aumento coincide también con una disminución en el tiempo que los padres e hijos se dedican mutuamente, aun cuando esta etapa vaya seguida generalmente de un desarrollo de relaciones más cooperativas (Steinberg, 2002).

Tras numerosas investigaciones realizadas con adolescentes, Steinberg y Morris (2001) llegaron a la conclusión de que una mejor adaptación psicológica y social de estos guarda relación con la presencia de padres que demuestran autoridad para fijar límites con ternura y respeto a la autonomía. Esto sugiere la necesidad de incluir en cierta forma a los padres en el proceso terapéutico, de manera que sean un apoyo para el proceso y

refuercen los logros del tratamiento, a la vez que puede resultar una oportunidad para ayudar a los padres a adoptar una mejor postura frente a la conducta de los hijos. Por supuesto que resulta muy necesario considerar también las características de los padres, puesto que pueden estar resultando dañinas para el desarrollo de los hijos. Hay investigaciones que sugieren la necesidad de incluir a la familia en la terapia para casos de depresión, ansiedad, anorexia y algunos casos que han requerido la hospitalización del adolescente. Mientras que, por otro lado, en los casos de obesidad y delincuencia, por ejemplo, se han obtenido resultados parecidos utilizando tanto un tratamiento individual como una terapia familiar.

Eficacia de la psicoterapia en adolescentes

Gran parte de los problemas que surgen en el período de la adolescencia, ya sea por conflictos del desarrollo o por algún tipo de psicopatología debidamente diagnosticada, lleva a los adolescentes a participar en alguna forma de psicoterapia. Las investigaciones recientes permiten observar que la mayoría de las veces esta necesidad tiene como denomi-

nador común situaciones de apego y desapego en un intento de alcanzar la independencia y la separación. A su vez, la terapia breve es el tratamiento elegido por muchos adolescentes, pues además de reducirles el conflicto por el que solicitan la ayuda, parece estar más de acuerdo con las necesidades propias del desarrollo (Shefler, 2000).

Este interés por identificar la efectividad de las psicoterapias para adolescentes ha aumentado considerablemente en la última década. Sin embargo, han sido pocas las investigaciones que han logrado integrar los resultados de las distintas investigaciones en esta materia. Mann y Borduin (1991), en un intento de lograr justamente esto, llevaron a cabo una exhaustiva recopilación de las investigaciones realizadas desde 1978 a 1988, concluyendo que la psicoterapia individual con adolescentes revelaba generalmente resultados más positivos a corto plazo, mientras que los resultados a largo plazo están aún por determinarse. También observaron que las terapias sistémicas, especialmente la terapia familiar, revelaban resultados más positivos con estos consultantes además de que lograban mantenerse en el tiempo.

Desde entonces se ha venido estudiando el proceso de cambio en consultantes adolescentes desde distintos enfoques, especialmente el de la terapia cognitiva y la terapia psicodinámica. Sin embargo, aun cuando ambas han demostrado ser efectivas y tener puntos en común, se observa que este proceso común de cambio muchas veces es oscurecido por las diferencias tanto en los términos como en la teoría que sustenta a cada una de estas formas de terapia. Y uno de los aspectos comunes es la adquisición de habilidades adaptativas durante el proceso de cambio psicoterapéutico (Badgio, Halperin & Barber, 1999). No olvidemos que el desarrollo en el área social es una característica que define a la adolescencia, debido a que el sujeto se mueve en distintos contextos sociales: amigos, familia, compañeros de estudio, de trabajo, etc., y cada uno de ellos ejerce una significativa influencia en la formación de su propia identidad. El carácter de estas relaciones incide, a su vez, en los resultados del tratamiento, en ocasiones facilitándolo y en otras obstaculizándolo. Por lo tanto, los resultados no serán los mismos si se considera al consultante solo o si se considera tanto su ambiente como sus relaciones sociales,

más aún cuando gran parte del desarrollo del adolescente se da durante la vida escolar, considerada por algunos como el laboratorio en donde se ponen a prueba no sólo las capacidades académicas sino también las habilidades sociales, los valores y los recursos personales para enfrentar los problemas (Trickett & Schmid, 1993, citado en Weisz & Hawley, 2002).

Resulta útil determinar las habilidades sociales e interpersonales en la psicoterapia con adolescentes. Como se mencionó anteriormente, por un lado los problemas en las relaciones con los pares pueden generar desórdenes emocionales y de adaptación posteriormente en la edad adulta; sin embargo, las relaciones positivas con sus pares también pueden ser consideradas como un factor protector (Greca & Prinstein, 1999, citado en Weisz & Hawley, 2002). Queda claro, entonces, que aquellas intervenciones que toman en cuenta los distintos aspectos del desarrollo permiten ayudar al consultante a establecer relaciones estrechas y positivas con sus pares, de manera que sea posible facilitarse un adecuado desarrollo de los procesos cognitivos y sociales, así como el tratamiento de los déficits en las habilidades de comunicación, empatía y juicio social.

CONTRIBUCIONES DEL ENFOQUE COGNITIVO

La terapia cognitiva parte del supuesto de que los adolescentes no sólo actúan como procesadores de información, sino que continuamente están observando sus propias experiencias, dándoles significado, almacenando y recuperando información de la memoria. Como consecuencia, la psicoterapia es interpretada por el adolescente como otra experiencia más en su sistema cognitivo en desarrollo. Las características de este sistema presentan los límites a partir de los cuales el terapeuta utilizará intervenciones dirigidas a que el consultante asimile nuevos significados.

En esta misma línea existe una gran cantidad de literatura acerca del desarrollo cognitivo en adolescentes, partiendo de los estudios de Piaget y su perspectiva *constructivista*, hasta nuestros días con Holmbeck y las tres habilidades cognitivas en adolescentes, que resultan relevantes para el éxito de la terapia: abstracción, pensamiento consecuente y razonamiento hipotético (Weisz & Hawley, 2002). Estas habilidades deben ser consideradas en la psicoterapia de adolescentes, particularmente si se está

utilizando una terapia cognitivo-conductual, en la cual se requiere un razonamiento por parte del sujeto en situaciones hipotéticas, anticipar consecuencias en la toma de decisiones y la capacidad de analizar su propia manera de pensar, por ejemplo, identificando ideas irracionales. De igual forma que la motivación, es recomendable determinar las habilidades cognitivas del consultante previo el tratamiento, de manera que sea posible elegir la mejor intervención que permita utilizar dichas habilidades cognitivas como una herramienta durante el proceso psicoterapéutico y acelerar así su reorganización del significado personal.

Caso clínico

Tomando en consideración la revisión bibliográfica incluida en el presente artículo, se presentará a continuación parte de un proceso terapéutico que se encuentra actualmente en sus últimas etapas, y que se realiza en el Centro Psicológico de la Pontificia Universidad Católica de Chile (CEPUC). El mismo se analizó desde la perspectiva de la *terapia cognitiva postracionalista*, la cual hace énfasis en la organización del sí mismo, de modo que los resultados obtenidos

hasta el momento han sido discutidos en relación a la estructura y la dinámica del cambio terapéutico basado en la reorganización del significado personal (Guidano, 1994).

Manuel es un adolescente de veintidós años a quien se le realizó una entrevista de recepción en la sala de espejo hace seis meses y que relataba sentir mucho miedo a crecer y enfrentar las responsabilidades del mundo adulto. A partir de entonces se le ha convocado a dieciséis sesiones realizadas una vez a la semana, faltando a algunas citas y llegando retrasado en repetidas ocasiones. Esto último ha sido considerado como reflejo del problema que lo hizo consultar. Sin embargo, un punto a favor de la terapia es el hecho de que se haya acercado por su propio interés a consultar y no por el deseo de su madre u otro adulto. Lo motiva el que sea una persona extraña quien lo oriente y no sus padres, ya que según él no han servido de nada sus consejos.

Manuel es hijo único y sus padres se encuentran separados desde que tenía ocho años de edad. Desde entonces ha vivido con su abuela materna, con quien presentaba dificultades

relacionales al momento de consultar. Expresó tener buenos y alegres recuerdos de su infancia, incluso una vez estando sus padres separados, ya que en ningún momento sintió que perdía a alguno de ellos. En cuanto a su presentación, es un joven que se preocupa mucho de su apariencia personal y lo demuestra durante las sesiones a través de su conducta tanto verbal como no verbal. Ha demostrado sentirse cómodo hablando sobre sí mismo, lo que ha permitido evaluar sus habilidades cognitivas, consideradas relevantes para el éxito de la terapia según Holmbeck & Kendall (2002). En este aspecto fue posible concluir que posee un adecuado nivel de abstracción y razonamiento hipotético, así como un pensamiento consecuente.

En cuanto a sus relaciones interpersonales, aunque tiene un amplio círculo de conocidos, carece de relaciones estables y largas en la parte afectiva. Esto se debe a que pierde rápidamente el interés por aquellos que no cumplen con todos los requisitos que él exige. Es una persona que no tuvo límites cuando pequeño, lo que no le ha permitido enfrentar responsabilidades en algunos aspectos de su vida, sobre todo en aquellos casos

en los que requiere una planeación y una participación activa de su parte, específicamente en lo que concierne a su preparación profesional. No obstante, se describe a sí mismo como una persona con liderazgo con respecto a las personas que lo rodean.

Al inicio del proceso psicoterapéutico se plantearon metas a corto plazo como, por ejemplo, el desarrollo de una relación colaborativa de su parte. Esta fue quizás una de las más importantes, ya que por su poca tolerancia a la frustración y sus rasgos narcisistas podía darse el caso de que terminara viendo la psicoterapia como una oportunidad para demostrar superioridad. Para el terapeuta era necesario tener presente esta posibilidad en todo momento, de modo que fuera posible mantener la motivación que existía desde la primera sesión para realizar un trabajo terapéutico continuo. Entre las metas a largo plazo se pretendía: mejorar sus relaciones afectivas, alcanzar una óptima adaptación social, desarrollar una actitud de responsabilidad (límites) y lograr una conciencia de los sentimientos de sí mismo y de los demás.

En cuanto a las intervenciones específicas realizadas se planteó:

1. Determinar el problema que lo hizo acudir a la terapia durante la entrevista de recepción: conflictos en sus relaciones afectivas y dificultad para tomar decisiones.
2. Abordar sus relaciones familiares y sociales a partir de situaciones específicas desde lo afectivo, lo cognitivo y lo conductual.
3. Aumentar la responsabilidad de sus actos como foco principal de cada una de las sesiones, así como reducir la disfunción afectiva y cognitiva para lograr una reformulación de sus actitudes.
4. Desarrollar expectativas más razonables de los demás (especialmente su madre), un mayor control de sus hábitos y más sensibilidad de los sentimientos de los otros.
5. Considerar en todo momento los tres componentes del narcisismo para el establecimiento de estrategias clínicas (Beck & Freeman, 1990): la grandiosidad, la hipersensibilidad y la carencia de empatía. En este sentido, resultaba necesario cambiar o adaptar la visión distorsionada que tenía Manuel sobre sí mismo, desarrollar en él una capacidad de reaccionar positivamente ante la crítica.
6. Focalizar la psicoterapia utilizando siempre el ejemplo de situaciones concretas y específicas, abordándolas desde el plano afectivo, cognitivo y conductual.
7. Considerar siempre la relación terapéutica como un aspecto central para el éxito de la terapia.

Dentro de los objetivos a largo plazo se pretendía lograr una reconstrucción de la separación cognitivo-emocional respecto de los padres, principalmente de la madre, con quien tiene una relación de dependencia. En otras palabras, lograr la separación emocional del vínculo materno y una reaproximación emocional, con la consecuente afirmación de la autonomía.

Al inicio del proceso, Manuel dejaba ver a través de su discurso el temor al mundo de los adultos a través de expresiones como "quiero dejar de ver el mundo con los ojos de mi madre". Ello, por un lado hacía necesaria una relativización de la imagen materna (un mundo perfecto) y, por el otro, del padre (un mundo sin ambiciones), y detectar su efecto en la evaluación de su sí mismo. Esto planteaba la necesidad de:

1. Profundizar en la calidad de la relación con el padre, rescatando los valores y aspectos positivos de la personalidad del padre de manera que sirva como modelo posible de madurez.
2. Profundizar en la calidad de la relación con la madre, de modo que sea capaz de relativizar la imagen materna idealizada.
3. Reconstruir la relación entre las expectativas de los padres y las expectativas propias, y su efecto en la experiencia inmediata del sí mismo.

En este sentido, Guidano (1994) señala que "durante la adolescencia la autorreferencia reflexiva debería actuar como un regulador y modular la dinámica yo-mi, de modo que la reorganización de la coherencia de los límites del sí mismo durante las etapas posteriores del desarrollo esté restringida por los consiguientes cambios debido a la toma de conciencia" (95). Lo anterior, entendiéndose que la toma de conciencia guarda relación con la dimensión abstracta-reflexiva a través de la cual la experiencia inmediata es autorreferida para reordenarla congruentemente con la autoimagen evaluada actual.

La primera parte del ensayo incluye algunos resultados de investigaciones en materia de apego a los seres significativos y de qué manera este resulta crucial e importante para lograr la diferenciación de los límites del sí mismo en todas las etapas del desarrollo; no obstante la aparición durante la adolescencia de nuevos patrones de apego que tienen la función autorreferencial de confirmar, sostener y expandir aún más los patrones de coherencia del significado personal que se hayan estructurado hasta el momento (o al menos es lo que se espera que suceda). Sin embargo, en el caso que revisamos en Manuel esto no se ha dado debido a la sobreprotección materna y a la ausencia de límites que lo rodeó cuando pequeño.

De acuerdo a la información antecedente del caso, Manuel daba muestras de tener una organización fóbica del sí mismo, caracterizada por patrones de apego parental que en su momento debieron haber inhibido directamente la conducta exploratoria autónoma propia del niño, bien a través de la sobreprotección materna o bien por la ausencia del padre para constituirse en una base segura. En este sentido, Manuel nunca dudó

de su capacidad para ser querido, pues justamente a través del patrón sobreprotector materno sintió y seguía sintiendo que se le restringía porque se le amaba demasiado. Como resultado de esto, el consultante se sentía protegido del ambiente percibido como peligroso sólo cuando estaba en contacto físico con un cuidador. Se llegó a establecer una especie de patrón autorregulador de la autopercepción en la que su necesidad de libertad e independencia iba acompañada por la percepción angustiada de un mundo peligroso, en el que el único modo posible de "ser" era estar protegido con amor.

Durante todo el proceso psicoterapéutico se procuró aumentar progresivamente la individuación y la autoconciencia en Manuel (Guidano, 1994), ayudándolo a percatarse de su modo de elaborar sus creencias a través de su comprensión de los patrones básicos que empleaba para autorreferir su experiencia inmediata.

La relación terapéutica tuvo en todo momento un carácter básicamente de exploración que evitaría abordar las emociones perturbadoras con una actitud demasiado crítica, ya que los

afectos negativos guardan relación con el patrón de coherencia de significado personal de la persona, y en el caso de una organización fóbica la percepción del juicio negativo es experimentada como una amenaza relacionada con la necesidad de protección.

Otro de los objetivos específicos de la terapia consistía en colocar a Manuel en situaciones que le permitieran enfocar y reordenar su experiencia inmediata. Esta autoobservación reconstruida con ayuda del terapeuta no sólo se limitó al tiempo que duraba la sesión, sino que se procuró igualmente que fuera continua, de manera que el análisis en cada sesión sirviera de partida para las siguientes. El hecho de que la reorganización se siguiera desarrollando fuera de la sesión permitía, a su vez, contar con más información para la reconstrucción durante la terapia.

Durante las sesiones finales se ha trabajado en la reconstrucción de su estilo afectivo a partir de un análisis detallado de su historia afectiva (inicio sentimental, secuencia de relaciones, tipo de relación afectiva, etc.), de manera de seguir trabajando en una reestructuración de su historia

evolutiva. Hay que mencionar que muchos de los recuerdos del consultante pueden tener para él explicaciones que concuerdan con una imagen específica de sí mismo. Sin embargo, en una de las últimas sesiones previas a escribirse el presente artículo, Manuel expresó lo siguiente: "no es que haya cambiado completamente, pero sí me siento un poco más maduro". Este cambio lo pudo identificar principalmente en sus relaciones sociales, en las que ahora se sentía capaz de diferenciar aquellas significativas de las que no lo eran ("antes sentía que me la jugaba por cualquier persona que creía mi amigo, pero ahora ya no. Y no es que me haya vuelto más frívolo..."). Esto indica que Manuel se encuentra tomando cada vez más conciencia de los sentimientos de sí mismo y de los demás.

En algunas ocasiones ha comentado que ha tenido la oportunidad de conversar con su madre sobre sus avances en la terapia, lo que le ha permitido darse cuenta de que efectivamente hay "pequeños cambios" desde que inició el proceso terapéutico. Dichos cambios percibidos por el consultante se han reforzado, de manera que a su vez sirvan como condición para otros cambios posteriores.

En otros momentos ha expresado que actualmente se da más tiempo para pensar las cosas y analizar los detalles antes de tomar una decisión. Todos estos "pequeños cambios" (según sus propias palabras) lo han hecho sentirse un poco más maduro, percepción de sí mismo que se considera significativa en esta etapa del proceso terapéutico, sobre todo porque ahora tiene la capacidad de plantearse expectativas propias con respecto a su futuro ("para entonces lo más seguro es que tenga que andar con el cabello corto, sin barba y vestido de traje, así que por eso es que yo creo que ahora soy como soy..."), cuando antes era una persona demasiado centrada en el presente.

Al principio del artículo fueron citadas algunas de las investigaciones más recientes en relación al cambio psicoterapéutico en adolescentes. A este respecto conviene mencionar que de acuerdo a la *teoría cognitiva postrracionalista* (Guidano, 1994), el principal requisito para que los cambios terapéuticos se fueran presentando en el caso de Manuel fue el resultado de dos procesos principales: por un lado se hizo necesario, en todo momento, un efecto discrepante como resultado de las explicaciones

e interpretaciones realizadas por el terapeuta y que suscitaron una modificación apreciable de su sentido habitual de percibirse a sí mismo; simultáneamente fue necesario un apreciable nivel de compromiso emocional en la relación terapéutica que obligara al consultante a una codificación autorreferencial inmediata que permitiera que la percepción de discrepancia apareciera. En otras palabras, se partía del supuesto de que la crítica de una persona a la que le somos indiferente no nos afecta, pero la misma crítica hecha por una persona muy significativa es posible que permita una transformación

("necesito que alguien que no sea mi familia me diga lo que tengo que hacer...", dijo Manuel en una ocasión). Esta es la razón por la que entre las metas a corto plazo estaba desarrollar una relación terapéutica imprescindible para que todos estos cambios se realizaran; ello, siempre teniendo presente que la función principal del terapeuta era establecer las condiciones posibles de provocar la reorganización del sí mismo del consultante, presentándole acontecimientos cargados de afecto, de modo que este no pudiera evitar tomarse el tiempo para reconocerlos y autorreferírselos.

BIBLIOGRAFÍA

- ALLEN, J.; J. ABER & B. LEADBEATER. "Adolescent problem behaviors: The influence of attachment and autonomy. *Psychiatry Clinical North American* 13 (1990): 455-467.
- ALLEN, J.; P. MARSH; C. MCFARLAND; K. McELHANEY; D. LAND; K. JODL & S. PECK. "Attachment and autonomy as predictors of the development of social skills and delinquency during mid-adolescence". *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 70 (2002): 56-66.
- BADGIO, P.; G. HALPERIN & J. BARBER. "Acquisition of adaptive skills: Psychotherapeutic change in cognitive and dynamic therapies". *Clinical Psychology Review* 19 (1999): 721-737.
- BARBER, B.K. "Parental psychological control: Revisiting a neglected construct". *Child Development* 67 (1996): 3296-3319.
- BARUCH, G.; A. GERBER & P. FEARON. "Adolescents who drop out of psychotherapy at a community-based psychotherapy centre: A preliminary investigation of the characteristics of early drop-outs, late drop-outs and those who continue treatment". *British Journal of Medical Psychology* 3 (1998): 233-245.

- BECK, A. & A. FREEMAN. *Cognitive Therapy of Personality Disorders*. New York: Guilford Press, 1990.
- CICCHETTI, D. & F. ROGOSH. "A developmental psychopathology perspective on adolescence". *Journal and Consulting and Clinical Psychology* 70 (2002): 6-20.
- DRODGE, E. "Parental representations, self-view, and interpersonal functioning of older adolescents". *Journal of Personality Assessment* 68 (1997): 152-164.
- GUIDANO, V. *El sí mismo en proceso: Hacia una terapia cognitivo posracionalista*. Barcelona: Paidós, 1994.
- HOLMBECK, G.; S. JOHNSON; K. WILLS; W. MCKERNON; B. ROSE; S. ERKLIN & T. KEMPER. "Observed and perceived parental overprotection in relation of psychosocial adjustment in pre-adolescents with a physical disability: The mediational role of behavioral autonomy". *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 70 (2000): 96-110.
- HOLMBECK, G. & P. KENDALL. "Introduction to the special section on clinical adolescent psychology: Developmental psychopathology and treatment". *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 70 (2002): 3-5.
- KAZDIN, A. "Effectiveness of psychotherapy with children and adolescents". *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 59 (1991): 785-798.
- LEPPER, M.R. & D.I. CORDOVA. "A desire to be taught: Instructional consequences of intrinsic motivation". *Motivation and Emotion* 16 (1992): 187-208.
- LEWIS, O. "Adolescence, social development, and psychotherapy". *American Journal of Psychotherapy* 47 (1993): 344-352.
- MANN, B. & C. BORDUIN. "A critical review of psychotherapy outcome studies with adolescents: 1978-1988". *Adolescence* 26 (1991): 505-541.
- O'KOON, J. "Attachment to parents and peers in late adolescence and their relationship with self-image". *Adolescence* 32 (1997): 471-482.
- ROSENSTEIN, D. & H. HOROWITZ (1996). "Adolescent attachment and psychopathology". *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 64 (1996): 244-253.
- SHEFLER, G. "Time-limited psychotherapy with adolescents". *Journal of Psychotherapy Practical Research* 9 (2000): 88-99.
- STEINBERG, L. "We know some things: Adolescent-parent relationships in retrospect and prospect". *Journal of Research on Adolescence* 11 (2001): 1-20.
- STEINBERG, L. & A. MORRIS. "Adolescent development". *Annual Review of Psychology* 52 (2001): 83-110.
- STEINBERG, L. "Clinical adolescent psychology: What it is, and what it needs to be". *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 70 (2002): 124-128.
- VIDOVIC, V.; V. JURASA; V. RUDAN; Z. BUDANKO; J. SKRINJARIC & D. DE ZAN. "The adolescents assessment of family functioning". *Coll Antropology* 21 (1997): 269-276.
- WEISZ, J. & K. HAWLEY. "Developmental factors in the treatment of adolescent". *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 70 (2002): 21-43.