



**PSICOTERAPIA EN ADOLESCENTES: CONTEXTO, MOTIVACIONES Y
EXPECTATIVAS EN LA PRIMERA CONSULTA**

POR: DANIELA ALEJANDRA BUSTOS MARTINEZ

Tesis presentada a la Facultad de Psicología de la Universidad del Desarrollo para optar
al grado académico de Magíster en Psicología de la Adolescencia

PROFESOR GUÍA Y ASESOR METODOLÓGICO:

Sra. Olga María Fernández González

Octubre de 2017

Santiago, Chile

A Tomás y Julieta...

AGRADECIMIENTOS

A Olga Fernández, mi profesora guía y asesora metodológica, por su buena onda, disposición, paciencia, y por confiar en mi capacidad para realizar esta investigación y llevarla a buen término.

A mi compañero de vida Tomás, gracias por tu eterna paciencia, por darme mis espacios para trabajar, por cuidar de mí y de nuestra pequeña durante este período y sobrevivir pese a todo, de la mejor manera.

A Julieta, mi fuerte y valiente hijita, porque gracias a ti todo es posible.

A mi padre, por que sin duda fuiste unos de los grandes motores de esta tesis. Gracias por tu apoyo, tiempo y sugerencias, por alentarme todos los días para avanzar y concluirla. Te quiero mucho.

Finalmente agradezco a mi mamá, Ceci, hermanos, cuñada, y a mis amigos por acompañarme y animarme a concluir esta etapa.

INDICE

I. RESUMEN	6
II. INTRODUCCION.....	7
III. MARCO TEORICO GENERAL DE LA INVESTIGACION.....	10
1. Investigación en psicoterapia	10
2. Psicoterapia con población adolescente: contexto y características.....	11
3. Motivaciones: aspectos teóricos y prácticos en psicoterapia con adolescentes	17
4. Las expectativas de la psicoterapia en adolescentes	22
5. Motivaciones y expectativas: su importancia en el desarrollo de la psicoterapia en adolescentes	24
IV. PROPUESTA DE ESTUDIO.....	30
1. Pregunta de investigación:	30
2. Objetivo General.....	30
3. Objetivos Específicos.....	30
V. MARCO METODOLOGICO	32
1. Orientación metodológica general	32
2. Tipo de Investigación.....	33
3. Participantes del estudio.....	33
4. Técnicas de recolección de información	35
5. Estrategia de análisis de la información.....	36
6. Criterios de credibilidad y dependencia de la investigación	38
7. Etapas de la investigación.....	38
VI. RESULTADOS.....	43
1. Los problemas de salud mental de los adolescentes de la muestra	44
2. El punto crítico (o de saturación del problema de salud mental) y la decisión de búsqueda de ayuda psicoterapéutica	63

3. Los facilitadores (factores positivos o motivadores) para la decisión de búsqueda de ayuda y el proceso psicoterapéutico.....	70
4. Las Barreras (factores negativos u obstaculizadores) para la decisión de búsqueda de ayuda y proceso psicoterapéutico.	78
5. Las motivaciones explícitas de los adolescentes y de sus padres presentes en la primera sesión de psicoterapia.	86
6. Las Expectativas explícitas del adolescente y de sus padres presentes en la primera sesión de psicoterapia.	96
VII. CONCLUSIONES	103
7.1 Conclusiones Generales	103
7.2 Limitaciones y proyecciones de la investigación.....	108
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	110

I. RESUMEN

Esta investigación tiene como objetivo general caracterizar y analizar las motivaciones y expectativas de los adolescentes hacia la psicoterapia presentes en la primera sesión y el contexto desde donde éstas emergen. El propósito es contribuir al conocimiento de la investigación en psicoterapia con adolescentes, comprendiendo y reconociendo las necesidades específicas de este grupo etario a partir de su propia vivencia, para así adecuar el accionar de servicios de salud mental. Se utilizó una metodología cualitativa inductiva, exploratoria de tipo descriptiva, basada en el paradigma interpretativo de la investigación. Se analizó la primera entrevista de 10 psicoterapias individuales ambulatorias de adolescentes entre 15 a 20 años de ambos sexos; para el análisis de la información emergente se utilizaron los criterios metodológicos de la Grounded Theory (Teoría fundamentada). Los resultados obtenidos evidencian que las motivaciones y expectativas de los adolescentes traídos a la primera sesión se configuran desde el momento en que se decide la consulta psicológica, motivada por una acumulación de factores causales que alcanzan un punto crítico de saturación que transforma un sufrimiento psíquico o una conducta experimentada en un signo de enfermedad o problema de salud mental. La definición de ese momento, como el tipo de problema de salud mental definido, está dado principalmente por factores socioculturales del entorno o del propio adolescente, más que por decisiones técnicas o de orden médico-psicológicos. El proceso de decisión de solicitud de ayuda, es reforzado por factores motivadores facilitadores y obstaculizado por barreras, que cristalizan finalmente en motivaciones y expectativas explícitas en torno al proceso de psicoterapia que aparecen precozmente, permitiendo el reconocimiento de tres tipos de adolescentes en su relación con éste: adolescentes motivados, ambivalentes y desmotivados, según el grado de compromiso y expectativas que presentan, lo que pone de relieve el rol central que debe tener el terapeuta para conducir un tratamiento. Finalmente, se exponen brevemente las limitaciones y proyecciones de éste tipo de investigación cualitativa en la investigación del proceso psicoterapéutico de los adolescentes

II. INTRODUCCION

En los últimos años, en el mundo y en nuestro país, ha aumentado considerablemente la prevalencia de problemas de salud mental en la población adolescente, principalmente, las tasas de depresión y suicidio (Vicente et al 2012; Ventura-Juncá et al, 2010; Echávarri, Maino, Fischman, Morales y Barros, 2015). En el mundo, los estudios epidemiológicos infanto juveniles se han multiplicado y han hecho notar que uno de cada tres jóvenes, han presentado en algún momento de su vida, sintomatología que cumple con algunos de los criterios de un trastorno de salud mental (Costello, Mustillo, Keller y Angold, 2004). Solo un pequeño porcentaje de éstos recurre o es intervenido terapéuticamente (Brauner y Stephens, 2006). Aproximadamente, 1 de cada 10 es adicto a alguna droga y cumple criterios de una patología psiquiátrica grave, con consecuencias para su vida posterior en el campo emocional, social o educativo (Costello, Egger y Angold, 2005; Brauner y Stephens, 2006). En Chile, el estudio de Vicente, Saldivia, De la Barra, Melipillán, Valdivia y Kohn, (2012) indicó que la prevalencia global general de problemas psiquiátricos alcanzó a 38,3%, cifra global que está por encima de países como Brasil (Estado de Pelotas) o EEUU (Merikangas et al, 2010). Respecto a la utilización de servicios, solo un tercio de los sujetos adolescentes con problemas había buscado en el año previo ayuda formal o informal por problemas conductuales, emocionales, psiquiátricos o asociados a consumo de sustancias, siendo los servicios educacionales (18,1%), seguido de servicios formales de salud mental (14,5%) los recurridos. Es grave constatar que la mayoría (66%) de los niños o adolescentes con un trastorno mental diagnosticado en el estudio no recibió atención de ningún tipo.

Como problema emergente de salud pública, la población adolescente merece especial atención ya que en esta edad comienzan a configurarse trastornos, los que terminan cristalizándose al finalizar la adolescencia o en la vida adulta. Por ser la adolescencia una etapa normativa de profunda crisis biopsicosocial, puede considerarse una oportunidad evolutiva para reparar funcionamientos de tipo psicopatológico por medio de la psicoterapia. Pese a las necesidades expuestas, los estudios mencionan que en lo

que se refiere a Salud mental hay una falta de ajuste percibido por los adolescentes, entre sus necesidades y lo que le ofrece el sistema (Barker, 2002; Berger, 2004; Martínez, 2007), por lo que resulta imperativo conocer el contexto en que y como se expresan las **expectativas y motivaciones** que trae el adolescente consultante, para poder brindar servicios de atención a la salud mental que respondan a sus demandas, facilitando la utilización y la potencial eficiencia para que realmente sean utilizados por ellos.

Por otra parte, la investigación en psicoterapia ha evidenciado que el inicio de la terapia, específicamente la primera sesión es considerada un momento especialmente sensible para el éxito del proceso (Hill, 2005; Howard, Lueger, Maling y Martinovich, 1993; Krause, 2005; Prochaska, DiClemente, y Norcross, 1992). Además, las creencias, **motivaciones y expectativas** acerca de la terapia con las que el consultante llega al tratamiento pueden influir en los resultados y en la mejoría percibida (Auld & Murray, 1955; Frank, 1959 en Santibáñez et al, 2008; Zalaquett, Manzi, Duque, Krebs y Aninat, 1982; Winkler, 1997). Es por esto, que conocer en mayor profundidad y desde el punto de vista de los sujetos adolescentes el contexto y como se configuran las **expectativas y motivaciones** al inicio del proceso terapéutico, resulta ser especialmente significativo, para adecuar las acciones y responder a las necesidades del paciente, aumentando las probabilidades de efectividad y permanencia en los tratamientos.

En base a lo planteado, la pregunta de investigación que motiva esta investigación es:

¿Qué expectativas y motivaciones traen los adolescentes a la psicoterapia, en la primera sesión? ¿En qué contexto surgen? ¿Qué características tienen?

De este modo el objetivo de este estudio es caracterizar y analizar las motivaciones y expectativas de los adolescentes hacia la psicoterapia presentes en la primera sesión y el contexto desde donde éstas emergen. Dado que el objeto de estudio – motivaciones y expectativas – es de naturaleza subjetiva, se requirió de una metodología de tipo cualitativa, orientada al descubrimiento. De esta forma se codificó la primera entrevista de terapias con adolescentes, realizadas en contextos naturales de atención. A

continuación, se presenta el marco teórico de esta investigación, los objetivos generales y específicos, el marco metodológico, la descripción y análisis de los resultados emergentes, las conclusiones finales y bibliografía utilizada.

III. MARCO TEORICO GENERAL DE LA INVESTIGACION

1. Investigación en psicoterapia

¿En qué consiste la psicoterapia? ¿Cuál es el contexto y las especificidades que asume el trabajo psicoterapéutico en adolescentes? En términos amplios, la psicoterapia se puede definir como un proceso que comprende tres elementos esenciales: un individuo que escucha, una persona que sufre y una relación de ayuda (Gómez Vargas, M., 2010). También se puede entender como el uso sistemático de una relación humana con propósitos terapéuticos, que busca aliviar el sufrimiento emocional de una persona a través del cambio persistente en el tiempo de sus sentimientos, pensamientos y conductas (Strupp, 1986). Con todo, para el logro de un efectivo trabajo psicoterapéutico, se requiere de un compromiso cognitivo y emocional mutuo de paciente y terapeuta, cualquiera sea la escuela teórica a la cual se adhiera. Técnica terapéutica y relación humana, uso de conocimientos técnicos, experiencias adquiridas y un manejo virtuoso de las emociones parecen ser entonces los elementos de la psicoterapia que permiten establecer la relación de ayuda. Sin embargo, es complejo reconocer la eficiencia o eficacia de esta amalgama de saber-hacer psicoterapéutico. Desde un punto de vista antropológico, Lévi-Strauss (Levi-Strauss, 1977) había explicado como estos tres componentes esenciales interactúan para producir la eficacia simbólica de la cura, la que requiere de la legitimidad aportada tanto por el individuo que padece la enfermedad, el grupo social al que pertenece y la del propio chamán, basada en la creencia común en el contexto y en la virtud de la técnica, es decir, de motivaciones y expectativas compartidas en un mismo espacio ritual, donde se produzca la traducción del lenguaje difuso, caótico o incomprensible de la enfermedad, al orden lógico de la vida, compatible y resituado en la estructura social del individuo.

Las últimas décadas han dado lugar a una creciente preocupación por el tema, que se han traducido en líneas de investigación en psicoterapia, entre las cuales se encuentran:

- a) El estudio del proceso terapéutico (Hill, 1990; Goldfried, Greenberg, & Marmar, 1990; Rees, Hardy, Barham, Elliott, Smith, & Reynolds, 2001), que se centra tanto en la interacción terapéutica, como en el proceso de cambio experimentado durante la relación de ayuda, estudiando los episodios relevantes de cambio terapéutico.
- b) El estudio de los factores de cambio inespecíficos (Krause, 2005), actualmente llamados “comunes” (Hubble, Duncan, & Miller, 1999), el cual intenta descubrir qué factores de la terapia o extra-terapéuticos, transversales a diferentes tipos de terapia, resultan responsables del cambio.
- c) Los estudios que relacionan tipos de tratamiento con tipos de problema, a partir de los cuales se han elaborado listas de tratamientos con apoyo empírico para temas específicos, como depresión, fobias, bulimia, entre otros. (Blatt & Felsen, 1993; Winkler, 1999).

Desde un punto de vista histórico, los estudios en torno a la psicoterapia con adolescentes son recientes. En los últimos veinte años se han desarrollado reflexiones teóricas, experiencias clínicas y prácticas para validarla en distintas orientaciones teóricas. Los estudios más actuales se han centrado en la valoración empírica del tratamiento (Chambless, Ollendick, 2001; Kennedy, 2004; Midgley y Kennedy, 2011)

2. Psicoterapia con población adolescente: contexto y características

La psicoterapia con adolescentes se distingue del proceso en los adultos, diferencia que deriva del equilibrio inestable propio de esta etapa de la vida. Cuando un adulto consulta en psicología o psiquiatría lo hace porque presenta un conjunto de síntomas o experimenta un grado de sufrimiento que lo motiva a solicitar ayuda profesional. Esta demanda se vincula a un deseo de curación que es, al mismo tiempo, el motor principal del tratamiento. En cambio, la psicoterapia en adolescentes es un proceso que se ve dificultado desde los momentos previos (contextuales) a la decisión de consultar, ya que

existe evidencia de que la conducta característica de los jóvenes es su reticencia “a la consulta con profesionales de sus problemas de salud mental, lo que se relacionaría con las características propias de la edad: sentido de autodeterminación, autoconfirmación, necesidad de autonomía, y desconfianza de la autoridad adulta (Levisky, 1999 citado en Fernández, Herrera & Escobar (2016), lo que también explicaría la tendencia a desertar prontamente de sus tratamientos, especialmente en las sesiones iniciales (Kazdin, 2004; Paramo, 2011; Scheffler, 2002). Asimismo, se destaca que el nivel de desarrollo cognitivo operatorio formal lleva a relativizar la opinión de las personas adultas, desvalorizando su aporte (Coll, Palacios y Marchesi, 2004). Todo lo anterior deriva en una inexistencia de deseo genérico de curarse en los adolescentes, a diferencia de los individuos adultos, ya que no todos los problemas de salud mental percibidos se convierten en una decisión de búsqueda de ayuda terapéutica (Ezpeleta, Granero, de la Osa, Domenech y Guillamon, 2002).

La reticencia de los jóvenes a consultar tiene que ver con el contexto dentro del cual se desenvuelven, entendiendo por éste a todos los factores que influyen, positiva o negativamente, en la búsqueda de ayuda y en el trabajo psicoterapéutico en los adolescentes. Entre estos factores se encuentran las barreras, los facilitadores, las características del problema de salud mental, su gravedad o la carga emocional que implica para sus padres o familias, entre otros elementos socio-demográficos, psicosociales o culturales, incluyendo los factores motivacionales y las creencias y expectativas que ellos o su entorno tengan en relación al proceso de la terapia (Srebnik, Cauce y Baydar, 1996). Por ejemplo, una característica de contexto que emerge de los estudios consultados es la mayor predisposición de las niñas a la solicitud de ayuda psicoterapéutica profesional (Farrand, Parker y Lee, 2007). Una razón que explica esta conducta es el tipo de socialización, que lleva a las mujeres a ser más abiertas a compartir sus problemas psicológicos (Gasquet, Chavance, Ledoux y Choquet, 1997), en comparación con los adolescentes masculinos, en que las normas asociadas a su género les impiden hacerlo; conductas o comportamientos que aparecen en un estadio temprano

de la niñez y que se prolongan pasando por la adolescencia hasta la adultez (Benenson y Koulmazarian, 2008).

Otro ejemplo citado de manera recurrente en la literatura es la preferencia de los adolescentes por los medios informales de contención o ayuda, sobre todo de pares y padres (Boldero y Fallon, 1995), siendo los amigos los más recurridos con un porcentaje del 40% del total de las personas que pudieran ayudarles, incluyendo profesionales y profesores. Ahora bien, entre los factores contextuales que motivan a los jóvenes a buscar ayuda profesional, la edad también juega un rol importante, (Ciarrochi, Deane, Rickwood y Wilson, 2003). La sensación de autonomía se correlaciona negativamente con la búsqueda de ayuda terapéutica: los adolescentes mayores, generalmente reticentes y desmotivados para buscar ayuda, se diferencian de los adolescentes menores, quienes frente a problemas emocionales o ideaciones de suicidio son llevados por sus padres a la consulta, es decir, conducidos por una motivación extrínseca. Sin embargo, estas diferenciaciones simplificadoras deben ser tomadas con cuidado, ya que otros autores como Bergeron, Poirier, Fournier, Roberge y Barrette (2005) plantean que existen inconsistencias derivadas de las diferentes muestras de sujetos estudiados. Por otro lado, existe la evidencia de que adolescentes mayores, con mayor grado de conciencia de sus necesidades, se sienten motivados y consultan en mayor porcentaje a los servicios de salud o profesionales en relación a adolescentes de 12 o 14 años, más inmaduros o con un grado de insight menor. Los adolescentes mayores que han tenido una relación previa con la terapia por problemas personales o emocionales, se han mostrado con mayor voluntad de solicitar ayuda en el futuro (Raviv, Raviv, Vago-Gefen y Fink, 2009).

En el estudio de Fernández, et al, 2016 se describe el curso o evolución de la relación terapéutica, desde una reticencia inicial a una creciente confianza que depende de la percepción de la utilidad de la terapia, que culmina con una motivación interna hacia el proceso. Los adolescentes entrevistados en el estudio que tuvieron experiencias previas de psicoterapia de tipo negativas en que desertaron precozmente, no revelaron expectativas positivas hacia el proceso. Por lo tanto, “aceptan asistir a psicoterapia, pero

no por motivación propia, sino por recomendación de una persona adulta. Pese a que reconocen ciertos problemas y aceptan asistir, lo hacen con una actitud reticente, con alta desconfianza y sin muchas expectativas de que el proceso puede servirles de ayuda” (Fernández, et. al, 2016, pp. 569). Además “influye mucho la primera impresión que se forman del terapeuta. Cuando ésta primera impresión y llegada es negativa generalmente abandonan el proceso” (Fernández, et. al, 2016, pp. 569)

Otra característica asociada a la psicoterapia en adolescentes, en relación a los factores contextuales que puedan favorecer o imposibilitar la terapia, son las creencias y actitudes hacia la atención profesional (Srebnik, Cauce y Baydar, 1996). Estos factores se conocen en la literatura como **barreras**, que incluyen desde las características de las redes sociales comunitarias hasta las políticas de salud, que influyen las motivaciones y expectativas de las personas en su decisión de recurrir a buscar ayuda (Srebnik, Cauce y Baydar, 1996). Dentro de estas barreras, las creencias o ideas percibidas por los padres de los adolescentes, acerca de los servicios de salud mental como de las necesidades de sus hijos, son muy importantes (Zwaanswijk, Van der Ende, Verhaak, Bensing y Verhulst, 2007).

Tomando como ejemplo estudios realizados en Estados Unidos (Schonert-Reichl, 2003) y en Canadá (Bergeron et al, 2005), las solicitudes de ayuda son menores si se perciben grandes dificultades de acceso a centros especializados, encontrándose cifras de hasta 80% de adolescentes que no son atendidos por profesionales de la salud mental. Pensando en esta realidad, cabe suponer que las barreras son características negativas basadas en creencias y temores de diferente naturaleza, como el miedo a ser estigmatizado, a que se conozcan sus problemas, el rechazo de amigos, entre otros, de algún modo inhibitorios para el adolescente, siendo la más importante la creencia de que ellos deberían resolver por su propia cuenta sus problemas emocionales o conductuales (Srebnik, Cauce y Baydar, 1996).

El rol de los padres también puede considerarse una característica de contexto significativa: el no reconocimiento o identificación de los problemas de salud emocional de sus hijos es una barrera que impide la referencia a centros de servicios de salud mental adecuados (Logan y King, 2001; Wu et al, 2001). En el estudio de Bussing, Zima, Gary y Garvan (2003) se encontró que para el caso de niños con Déficit Atencional que cumplían con los criterios diagnósticos y que no habían recibido tratamiento en los doce meses previos, el 66% de los padres no había percibido el problema de sus hijos como una necesidad de atención especializada. La necesidad es un concepto referido tanto a la percepción clínica como a la subjetiva de ayuda de un servicio especializado que se asocia a la consulta (Wu et al, 2001), y, sin embargo, persiste el hecho de que muchos adolescentes sintomáticos no acuden a servicios profesionales de salud mental. Los datos de investigaciones sugieren que adolescentes con altos grados de sufrimiento psicológicos se muestran más dispuestos a recibir ayuda de fuentes profesionales o informales (Sheffield, Fiorenza y Sofronoff, 2004), pero otros estudios indican lo contrario (Carlton y Deane, 2000) resultando revelador que aquellos adolescentes que presentaban ideación suicida, y por lo tanto especialmente graves, no manifestaron interés por ayuda profesional, paradojas que incitan a conocer mejor las motivaciones o expectativas de los sujetos incluso antes de la instalación de una relación terapéutica.

Los padres en el estudio de Ezpeleta et al., (2002) citado anteriormente, se mostraron sensibles a la psicopatología de sus hijos, correlacionándose positivamente este reconocimiento con la búsqueda de centros de atención. Otros autores especifican que no es la psicopatología del adolescente por sí misma lo que los motiva a consultar, sino el peso o carga (burden) que tiene la enfermedad o distress sobre la familia o los padres. (Zwaanswijk, Verhaak, Bensing, van der Ende y Verhulst, 2003).

Una vez superada la etapa de reconocimiento de la necesidad de consulta, comienza otra en que el compromiso y mantención en la terapia se revela como una característica central para el tratamiento de adolescentes. Es en este contexto en el que se inserta este

trabajo: en cómo aparecen las motivaciones y las expectativas de los jóvenes, incluso en etapas tempranas (referidas a la primera consulta, y contacto con el terapeuta). Al respecto, la investigación en psicoterapia ha distinguido distintas características que influyen el compromiso y mantención del proceso terapéutico, separándolas entre las que pertenecen **al contexto del paciente** tales como edad, género, gravedad de los síntomas, tipo y funcionamiento familiar, historia de terapias previas, el grado de conciencia y creencias, motivaciones, etc. y las referidas a la **terapia propiamente tal**, como la alianza terapéutica. Es interesante constatar que en los estudios que analizan las distintas variables en relación al paciente se encuentran resultados contradictorios, como los que señalan que los adolescentes menores participan más que los de mayor edad en tratamientos psicoterapéuticos (Wise, Cuffe y Fischer, 2001) los que son contrapuestos con aquellos referidos por Wu et al. (1999).

En el medio nacional, y desde un punto de vista cualitativo, Fernández, Herrera y Escobar (2016) estudiaron la relación terapéutica mirándola desde los sujetos adolescentes para explorar su experiencia representacional en el curso de la psicoterapia. Su análisis muestra el vínculo terapéutico desde la fase inicial hasta la “sedimentación” final, cuando el adolescente explicita sus representaciones mentales en torno al proceso, desde su subjetividad. La relación terapéutica aparece representada en dicho estudio como un espacio de confianza y ayuda significativa, que evoluciona desde la reticencia inicial a la aceptación del trabajo en conjunto, en torno a objetivos y metas valiosas para los jóvenes. Así también, se destaca la importancia de las primeras sesiones que se asocian consistentemente con la formación o no de una alianza terapéutica. Es notoria la coincidencia con autores extranjeros acerca de las características que deben reunir los terapeutas de empatía, autenticidad, aceptación positiva de él o la paciente, rol directivo, apoyo y percepción de la implicación del individuo paciente y sus valores (Lemma, 2010) (Bury, Raval y Lyon 2007). Por el contrario, la rigidez, formalidad y lejanía de los profesionales son contraproducentes. En suma, la relación terapéutica y la terapia fue percibida por los adolescentes como “una relación distinta y diferenciada de otras relaciones cotidianas, dentro de un contexto profesional, pero con un alto componente

emocional positivo” Fernández, et. al, 2016, pp. 565). Esta vivencia aparece relacionada “con un clima de confianza y cercanía, aceptación y protección, que permite a los sujetos adolescentes expresar libremente pensamientos y sentimientos, brindando un espacio de desahogo de sus preocupaciones, y al mismo tiempo un espacio que les permite sentirse más uno mismo, más auténtico, sin esconder nada”(Fernández, et. al, 2016, pp. 566). De manera también encontrada en la literatura internacional, “los adolescentes y las adolescentes se visualizan actuando como participantes activos en el proceso” (Fernández, et. al, 2016, pp. 566), interactuando horizontalmente con terapeutas que son visualizados como “profesionales competentes” que hacen “bien las cosas, que tiene normas claras, cierta formalidad, honestidad y responsabilidad” (Fernández y al, 2016, pp. 566).

La valoración de la relación terapéutica y de la terapia propiamente tal como un espacio positivo en que el sujeto adolescente puede encontrar una ayuda efectiva, es una constante en la literatura internacional revisada y reafirmada en nuestro medio. ¿Qué rol juegan las motivaciones y expectativas en estos procesos de ayuda? A continuación revisaremos la literatura concerniente a estos conceptos y su relación con la psicoterapia en adolescentes, para terminar con una revisión más específica que vincule esos conceptos a la primera entrevista terapéutica, objetivo central de esta investigación.

3. Motivaciones: aspectos teóricos y prácticos en psicoterapia con adolescentes

Luego de revisar los aspectos genéricos que caracterizan tanto el contexto como las características de la psicoterapia en adolescentes, nos centraremos ahora en una revisión más detallada de los otros conceptos centrales de la investigación: motivaciones y expectativas, para vincularlos posteriormente al primer contacto con el terapeuta.

La motivación al cambio ha sido considerada una de las variables de interés entre las identificadas por Lambert y Ogles como asociadas a la eficacia terapéutica junto a la técnica empleada, las expectativas frente al tratamiento, los factores externos al contexto

de la terapia, asignándoles porcentajes del cambio total observado en el resultado del proceso terapéutico de los pacientes (Lambert y Ogles, 2004). En el contexto terapéutico, la motivación influye el nivel de compromiso del individuo en los diferentes objetivos o tareas que implica el tratamiento. Alude, conceptualmente, a la reflexión personal, a los argumentos o a las intenciones que impulsan a la persona a actuar, y es considerada un componente esencial del proceso de cambio (Di Clemente, Schlundt, Gemmell y Addict, 2004).

La motivación es un concepto amplio que requiere de mayor precisión, por lo que se han elaborado diversas teorías desde la psicoterapia para poder explicarla. Revisaremos los fundamentos de dos teorías de la motivación, que son las más recurrentes al momento de realizar una revisión bibliográfica.

a) Teoría de la auto-determinación, de Ryan y Deci. Esta teoría explica que existen tres necesidades psicológicas que están en la base de la motivación humana: la necesidad de autodeterminación, la necesidad de competencia y la necesidad de pertenencia social (Ryan y Deci, 2000). La presencia de las tres determina la sensación de bienestar individual, siendo la necesidad de autodeterminación la más fundamental para explicar el comportamiento de los individuos (Deci y Ryan, 1985). Desde el punto de vista de esta teoría, se propone la existencia de diferentes tipos de motivación que son caracterizadas por diversos niveles de autonomía. La motivación intrínseca es considerada como el máximo nivel de motivación autónoma que puede alcanzar un individuo, y es la fuente de energía que sirve de punto de partida a la naturaleza activa de los individuos en la búsqueda de bienestar o placer. La motivación extrínseca por el contrario, obedece a la activación externa, y los autores la separan en tres tipos que se sitúan en un continuo de motivación que va desde la más débil, que sería la regulación externa, hasta la más fuerte, la regulación identificada, pasando por la regulación intermedia. La regulación intermedia implica una toma de conciencia del interés que tiene una actividad determinada, en nuestro caso, la psicoterapia, por lo que ésta empieza a ser valorizada como una herramienta útil para el logro del bienestar personal.

La regulación identificada implica la interiorización individual de comportamientos que llevan al individuo a una elección de caminos, a pesar de la persistencia de fuerzas contrarias, por ejemplo en los adolescentes respecto a la presión externa de sus pares para no recurrir a ayuda especializada. La regulación externa se define como una motivación meramente exterior al individuo (extrínseca), que responde sólo a recompensas materiales o al castigo, pero evoluciona o puede evolucionar a una motivación intrínseca, de tipo autónoma propiamente tal, pasando por etapas en un continuo de motivación.

Finalmente, la amotivación, es definida como la ausencia de motivación autodeterminada en el individuo, causada por la incapacidad de éste de percibir un vínculo o una relación entre un comportamiento y un resultado. Este fenómeno de amotivación se encuentra a la base de varios cuadros psiquiátricos, como la esquizofrenia o la drogadicción lo que explica la renuencia motivacional de éstas poblaciones de pacientes a la psicoterapia.

En una segunda publicación los autores revisan la literatura existente para explicar el impacto del factor motivación en el tratamiento. Postulan que el marco teórico de la autodeterminación explica por qué la motivación intrínseca permite a los pacientes tomar decisiones propias, que los llevan a incrementar sus niveles de autonomía, obteniendo mejores resultados terapéuticos (Ryan y Deci, 2008). Este punto de vista ha sido refrendado en estudios de otros autores (Aharonovich, Amrhein, Bisaga, Nunes y Hasin, 2008).

b) El modelo trans-teórico de cambio. Los autores principales que han desarrollado el modelo trans-teórico son Prochaska y Diclemente (1982) y la fuente de comprensión de la motivación al cambio en la psicoterapia se nutre de la comparación de diversos enfoques terapéuticos en distintas aplicaciones a conductas con problemas (Prochaska y Diclemente, 1982; Prochaska, Di Clemente y Norcross, 1992).

El modelo transteórico es básicamente un modelo de cómo la gente cambia, modificando un comportamiento problemático por un comportamiento positivo. Ha sido aplicado indistintamente para interpretar los cambios que las personas realizan de manera autónoma considerando los elementos de voluntad y capacidad individuales como centrales en las terapias e intervenciones inspiradas en ésta teoría (Velicer, Prochaska, Fava, Norman y Redding, 1998)

Esta propuesta, teórica y empírica a la vez, ha llevado a definir una serie de conceptos que es necesario conocer y que resumiremos para dar cuenta de su aplicación práctica.

Los principales son:

Los estadios del cambio. El proceso de cambio procede por etapas. Con esta idea de cambio procesal, los estadios del cambio se constituyen en el elemento central en la articulación de todo el modelo trans- teórico (Velicer et al, 1998). Los autores enfatizan que cada cambio de etapa supone una transformación cualitativa, de estado, lo que diferencia a esta teoría de otras fundadas sobre la idea de un continuo, un proceso lineal que evoluciona de manera constante y progresiva. Weinstein y colaboradores hacen un análisis teórico del concepto de estado en la conducta humana y dan a conocer algunas propiedades esenciales que se corresponden con los criterios del modelo de Prochaska y Di Clemente, que aluden al orden en que las etapas deben ser cumplidas para que el cambio sea posible y bien integrado, dado que si falla una o varias de ellas puede implicar una recaída en el sujeto. (Weinstein, Rothman y Sutton, 1998)

Además, cada etapa comporta un cierto número de tareas que cumplir para pasar a la posterior (Prochaska, DiClemente, Velicer y Rossi, 1993). La primera etapa de cambio se llama **precontemplación** y se caracteriza por la resistencia a la idea de reconocer que un comportamiento plantea un problema y que debe ser modificado. Los individuos que se encuentran en este estado no tienen la intención de cambiar en un futuro previsible, no tienen o tienen escasa conciencia de su problema, adoptan generalmente una conducta defensiva, pueden asistir a una psicoterapia pero no consideran seriamente la posibilidad de cambio por esta vía, y pueden responder a la presión externa pero

regresan a su actitud inicial cuando ésta desaparece. Para pasar al estado siguiente deben hacerse más conscientes de su problema y aceptar su responsabilidad en éste, al mismo tiempo que a ver los aspectos negativos y comenzar a percibir las ventajas del cambio (Prochaska y Di Clemente, 1992). La segunda etapa se llama **contemplación**, y comporta más conciencia del problema, pero se caracteriza por la ambivalencia, aspecto común de encontrar en la psicoterapia con adolescentes. La tercera etapa es aquella de la **preparación** y se caracteriza por el encuentro de la intención y la acción aunque los esfuerzos desplegados son todavía insuficientes para consolidar una decisión de cambio. La cuarta etapa es la de la **acción propiamente tal** y constituye la fase más activa del proceso de cambio, en que los sujetos re-estructuran su ambiente con el objetivo de resolver los problemas y alcanzar un éxito que puede ser susceptible de reconocer por su entorno. Sigue una quinta etapa, el estado de **mantención**, en que el desafío es preservar el cambio adquirido en el tiempo, evitando las recaídas (Prochaska y Norcross, 1999; Velicer, Prochaska, Fava, Norman y Redding, 1998) Después de estos ciclos de cambio, algunos individuos pueden llegar a la **conclusión**, sexta y última etapa del proceso, pero los mismos autores son cautelosos y frecuentemente se omite, dado que pocos individuos alcanzan tal nivel de autodeterminación y decisión de mantener un cambio definitivo.

Las estrategias del cambio. Es largo e innecesario repetir el sinnúmero de estrategias de cambio (Prochaska y Norcross, 1999). Aquí es sólo pertinente, que en psicoterapia se reducen a tres elementos: toma de conciencia, catarsis y ejercicio de una elección, es decir, darse cuenta de que se tiene un problema, expresarlo y disponerse a un cambio de comportamiento.

Los niveles de cambio. Los problemas de la gente en psicoterapia y sobre todo con adolescentes, son complejos y múltiples. Para clasificar estos problemas, los autores los han hecho de acuerdo a una jerarquía de complejidad y profundidad que va desde los síntomas y problemas situacionales a los de naturaleza interpersonales, asumiendo que estos últimos están estrechamente asociados a la identidad personal y por lo tanto son los más difíciles de resolver. (Prochaska y Di Clemente, 1992).

4. Las expectativas de la psicoterapia en adolescentes

Si la motivación es lo que impulsa a algo, las **expectativas** hablan de lo que se espera de algo. Nock y Kazdin (2001), adoptan una **definición de las expectativas** como una variable previa a la psicoterapia, asociada a estereotipos o creencias anticipatorias de los sujetos que pueden implicar abandono prematuro de la psicoterapia o que influyen la forma en que se van a comportar en el proceso terapéutico. Así, es posible sostener que un porcentaje importante, que alcanza al 30% de los pacientes, abandona el proceso psicoterapéutico luego de la primera sesión, mientras que entre un 40 a 60% lo hacen en otras etapas sin que se puedan ver resultados efectivos (Hansen, Lambert y Forman, 2002). Dew y Bickman plantean que las expectativas de los pacientes acerca de la psicoterapia deben ser consideradas inespecíficas, ya que no están vinculadas a ninguna técnica en particular, pero que influyen en la mejoría de los individuos y en la alianza terapéutica (Dew y Bickman, 2005). Precisamente, en psicoterapia con adolescentes, se encuentran pocos estudios que examinen las perspectivas que estos tienen en relación al proceso psicoterapéutico. Sin embargo, investigaciones de índole cualitativa han reforzado la idea de que los adolescentes tienen una fuerte expectativa de cambios a través de la psicoterapia. Por lo tanto, conocer en nuestro medio, como afecta el proceso psicoterapéutico, cuáles son las expectativas de los sujetos adolescentes en relación a la terapia o a las características del terapeuta y el resultado final, es muy importante. Ya se ha documentado en la primera parte, que la terapia psicológica con los adolescentes no necesariamente responde a los criterios de un proceso conducido con adultos con motivaciones claras y expectativas realistas. Los estudios han demostrado que dependiendo del estado de cambio en que se encuentran los adolescentes al comienzo del proceso es posible predecir la eficacia terapéutica, o el abandono del tratamiento (Roschlen, Rude y Baron, 2005) De hecho, los adolescentes que se encuentran en un estado de precontemplación tienden al abandono prematuro, en tanto que aquellos que tienen un puntaje alto en el estado de acción, permanecen en el proceso (Callahan y Hynan, 2005). Estos resultados, además, han sido demostrados en numerosas

experiencias clínicas, como el abuso de drogas (Callahan y Hynan, 2005), trastornos alimentarios (Wade, Frayne, Edwards, Robertson y Gilchrist, 2009), depresiones (Lewis, Simons, Silva, Rodhe, Small y Murakami (2009) y ansiedad (Dozois, Westra, Collins, Fung y Garry, 2004).

Recientemente, uno de los precursores del método trans-teórico, que explica la motivación al cambio, realizó un meta análisis que tenía por objetivo evaluar el impacto del estado de cambio en el que se situaba el individuo al comienzo del tratamiento y su relación con la eficacia del proceso. El análisis comprendió un total de 39 estudios que englobaba a un total de 8238 pacientes, quienes habían recibido psicoterapia por diversas circunstancias (51% con abuso de drogas o alcohol, 23% con problemáticas comportamentales -trastornos alimentarios o violencia conyugal-, y 26% con dificultades relacionales o afectivas, como depresión, ansiedad, personalidad y otras no especificadas), demostrando que los estados de cambio predicen de manera fiable la eficacia del tratamiento (Norcross, Krebs y Prochaska, 2011).

De la misma manera, se puede considerar que las expectativas que trae el sujeto a la psicoterapia pueden correlacionarse con la construcción de una alianza terapéutica, paso necesario para la eficacia del proceso. De acuerdo a Bordin, la calidad de la alianza terapéutica depende de la manera en que el terapeuta y su paciente se ponen de acuerdo respecto a las tareas y objetivos del tratamiento, y ello no ocurrirá si el individuo, desde el comienzo del proceso, ve sus expectativas frustradas al no tener la oportunidad de reflejar sus dificultades para comprender sus conductas y percibir los beneficios de los servicios terapéuticos (Bordin, 1979; Bury, Raval y Lyon, 2007; Dew y Bickman, 2005; Gordon y Russo, 2009).

Por lo tanto, el conocimiento de la subjetividad del paciente en relación a sus expectativas ya sea respecto del terapeuta y/o del proceso y sus resultados, son muy relevantes, sobre todo en la fase inicial del tratamiento. En la sección siguiente, ahondaremos en este aspecto específico.

5. Motivaciones y expectativas: su importancia en el desarrollo de la psicoterapia en adolescentes

Los estudios recientes, centrados en la fase inicial de la psicoterapia en adolescentes, indican que los factores motivacionales y expectativas son fundamentales para la instalación de la relación terapéutica, el desarrollo y el curso total del proceso (Fernández, Pérez, & Krause, 2016; Fernández, Pérez, Glogger & Krause, 2015).

Es conocido que la adolescencia es el período de la vida que se caracteriza fundamentalmente por el cambio (biológico, psicológico y social), y que el individuo debe enfrentar desafíos de crecimiento, aceptación y construcción de una identidad y autonomía personal (Erickson, 1968). Todo esto conlleva conflictos e incertidumbre y en algunos casos significa trastornos emocionales y conductuales de variada intensidad y gravedad que requieren de asistencia profesional. Esta ayuda está a su vez condicionada por varios **factores contextuales** que se han documentado, junto a las **motivaciones y expectativas** propias de los adolescentes que la requieren. Sus actitudes y creencias pueden influenciar, tanto la búsqueda activa de ayuda como el desarrollo de la misma, el compromiso terapéutico, la construcción de una sólida alianza de trabajo y el resultado final del proceso, como ya lo hemos documentado antes. Pese a este conocimiento, se sabe que pocos adolescentes reciben un efectivo tratamiento, y ello se debe, entre otros factores revisados, a la falta de motivación o expectativas en torno al proceso, por ignorancia o desconfianzas propias de la edad (Lemma, 2010). Si, por otro lado, acceden a los servicios, las motivaciones iniciales se pueden ver rápidamente diluidas por reticencias hacia los profesionales, desilusión de no encontrar una adecuada recepción o expectativas insatisfechas ante los servicios de salud mental (Biering, 2010).

Las investigaciones evidencian que aquellos adolescentes que no acuden consistentemente a las sesiones programadas, que no participan en el curso de ellas y no completan el tratamiento, muestran menos mejoría que aquellos con participación activa que no discontinúan la terapia (Kazdin, Mazurick, & Seigel, 1994). Los factores que aparecen moderando estos resultados muestran un elemento común, **la motivación**, que

en un sentido amplio es el componente que le permite a un individuo un compromiso en función de una actividad precisa. Se manifiesta habitualmente por el despliegue de una energía, como un entusiasmo, perseverancia, de una intensidad tal que permite llegar a un fin. En psicoterapia con adolescentes, la motivación ha demostrado predecir compromiso con la terapia y constituirse como un predictor de un buen resultado de mayor significación que otras variables ya desde el comienzo del proceso (Joe, Simpson, & Broome, 1998). ¿De qué depende la motivación en el ámbito específico de la psicoterapia con adolescentes? La bibliografía no es muy abundante. Pero, para adecuar los servicios de salud mental infanto-juveniles, es necesario conocer cómo se traducen las creencias o representaciones de los adolescentes, sus motivaciones y expectativas al interior de la relación terapéutica. Varios autores han insistido en un trabajo colaborativo con los jóvenes (Karven y Caporino, 2010) dada la contradicción que existe en ellos por su búsqueda de autonomía en relación a la imagen autoritaria que pueden tener de los profesionales.

La referencia de padres o profesores a los servicios de salud mental pueden ser resistidos por los adolescentes por distintos motivos, que van desde sentirse en desacuerdo con la necesidad de consultar, confiando más en amigos y pares hasta el desconocimiento de que les podría ofrecer un servicio conducido por adultos. En este último sentido, la primera impresión del terapeuta puede ser crucial para la continuación de un tratamiento y la creación de una alianza de trabajo (Lemma, 2010). Así lo revelan las representaciones de los adolescentes sobre la relación terapéutica (Fernández et. al, 2016).

La mayoría de los estudios que examinan los **factores motivacionales** en los resultados de procesos terapéuticos se refieren a poblaciones con patologías adictivas, trastornos alimentarios en poblaciones adultas (Sutton, 2001). Los pocos estudios existentes en poblaciones juveniles revelan que los factores motivacionales pre-tratamiento son predictores de cambio (Rodríguez-Cano & Beato-Fernández, 2005) lo que sugiere que si se mantuviera constante como factor del proceso, podría ser determinante para el éxito.

Incluso, niños entre 6 y 10 años, mostraron habilidad para exponer sus problemas, y expresaron esperanza, motivaciones y expectativas en los momentos previos a la psicoterapia, reafirmados posteriormente a su término (Carlberg, Thorén, Billdröm y Odhammar, 2009). La evidencia apunta a que la motivación es un potencial moderador de los resultados terapéuticos tanto en la población adulta como juvenil (Aharonovich, Amrhein, Bisaga, Nunes, & Hasin, 2008; Amrhein, Miller, Yahne, Palmer, & Fulcher, 2003). Como hemos expuesto, su conceptualización no ha sido clarificada dada la amplitud de sus definiciones, sin embargo, un uso integrativo de ambos modelos de motivación estudiados ha sido usados en contextos terapéuticos (Abblett, 2002; Brogan, Prochaska y Prochaska, 1999) y sugieren su utilidad.

En la etapa inicial del proceso terapéutico, el temor de los adolescentes de que se sepa que están recibiendo ayuda juega en contra de la motivación a involucrarse, por el estigma consecuente a ser considerado loco, débil o ridiculizado por sus pares (Bury, Raval y Lyon, 2007; Lemma, 2010; Oetzel y Scherer, 2003), por lo que se debe educar e informar al joven, así como asegurar la confidencialidad. Es importante desde un comienzo permitir al individuo la oportunidad de participar en la toma de decisiones en torno a su propio tratamiento (Oetzel y Scherer, 2003), lo que es consistente con lo propuesto por Bordin (1979) en torno a la alianza terapéutica.

En efecto, el promover el compromiso y la receptividad de los adolescentes es crítico para un buen resultado, ya que tradicionalmente los jóvenes han evidenciado escasa motivación al tratamiento (Oetzel y Scherer, 2003). Algunos trabajos revelan la eficacia en la preparación previa a la psicoterapia. (Coleman y Kaplan, 1990; González, Tinsley y Kreuder, 2002).

Por otra parte, los estudios cualitativos **sobre motivación y expectativas** pueden entregar claves de cómo conducir un proceso, y estos elementos pueden revelarse precozmente en el trabajo terapéutico como lo sostiene Fernández et al, 2015; Fernández, Herrera y Escobar, 2016). De hecho, cuando los adolescentes han sido

consultados acerca de sus relaciones con los terapeutas o profesionales de salud mental, expresan un fuerte deseo de una conexión profunda que involucre respeto mutuo, comprensión y empatía (Lemma, 2010). Bordin (1979) sostiene que la alianza terapéutica está constituida por tres elementos: metas, tareas y el vínculo, que debe involucrar confianza mutua y aceptación recíproca. Constituir una alianza terapéutica con adolescentes no es evidente por sí misma. Las necesidades emergentes en el adolescente, como el sentido de autonomía, por ejemplo, la tornan más difícil, además del hecho de que al comienzo de la terapia, la derivación por parte de los adultos, implica una falta de motivación inicial (Green, 2006). Para el logro de la relación, el terapeuta debe reunir un conjunto de características que le permitan interactuar y crear lazos emocionales con el paciente. Esas características son congruencia, consideración positiva incondicional y empatía como características claves para construir una relación terapéutica con jóvenes. Oetzel y Scherer (2003), Karver y Caporino (2010) agregan, además, que entre las estrategias para motivar y establecer la relación es necesario validar la perspectiva del adolescente a través de la comunicación de la aceptación y la empatía. Los terapeutas rígidos, formales e inflexibles tienen menos éxito en este proceso.

Con respecto a las **expectativas** adolescentes, en relación a la exploración de métodos para promover el uso de los servicios de salud mental juveniles, los estudios cualitativos basados en la perspectiva de los adolescentes evidencian sus puntos de vista con importantes consecuencias para la práctica (Davies y Wrigth, 2008). Así también revelan sus expectativas por desarrollar una conexión emocional con los profesionales y consideran que la relación terapéutica es el aspecto clave de su proceso de sanación (Lemma, 2010). Sus expectativas, expresadas en la necesidad de ser tratados con respeto, con igualdad o al mismo nivel y de no ser estigmatizados o juzgados en tanto portadores de una enfermedad mental o de síntomas psíquicos, son así esenciales (Bury, Raval y Lyon 2007). También refieren deseos de estar plenamente informados e involucrados en sus tratamientos.

La desconfianza inicial en los clínicos se logra diluir si el terapeuta se revela consistente, respetuoso con la información recibida y leales con sus pacientes (Bury, Raval y Lyon, 2007). El deseo de los jóvenes se centra también en la necesidad sentida por ellos de que el terapeuta lo conozca de verdad, y sean tratados en forma más horizontal (Bury, Raval y Lyon, 2007). En los estudios revisados resalta la necesidad de los jóvenes por encontrar un espacio confiable y confortable, ya que estar en terapia, junto al hecho de ser jóvenes, es desde ya una experiencia estresante y la posibilidad de confiar y hablar catárticamente y percibir el alivio de relajarse después de hacerlo acerca de sus dificultades, es un beneficio para ellos. Poder hablar de lo que les pasa es sentida como una oportunidad única en el espacio terapéutico frente a personas que nos lo van criticar ni juzgar y tampoco van a cargar con sus problemas como sus padres, familiares o pares (Wisdom, Clarke y Green, 2006).

Establecer un vínculo terapéutico es otra expectativa de los jóvenes en terapia, ya que de no establecerse, les resultaría difícil mantenerse en ella (Lemma, 2010). Los estudios cualitativos han identificado la importancia que los jóvenes atribuyen al establecimiento de una relación sólida a tal punto de que esto es visto o señalado como quizás el factor más importante en términos de su éxito (Lemma, 2010).

Los adolescentes tienen la expectativa de ser tratados como individuos maduros y vistos como compañeros más que como subordinados (Bury, Raval y Lyon, 2007), y son especialmente sensibles a las señales, desde el primer momento del proceso, de aceptación o rechazo o a las muestras de autoridad de parte de los terapeutas.

En resumen: en el marco teórico hemos expuesto los fundamentos por los cuáles es necesario ahondar en la investigación de factores centrales en el proceso psicoterapéutico, como son **las motivaciones y las expectativas** en el contexto de vida, considerándolas desde la perspectiva del propio sujeto adolescente, siguiendo una línea de investigación cualitativa. La investigación emprendida, es tanto o más importante desde el momento que se encuentra claramente establecido tanto a nivel mundial como

en nuestro país, que a pesar de los avances de la técnica en psicoterapia y la confirmación de su eficacia en el tratamiento de variadas condiciones psicopatológicas en los adolescentes, un porcentaje importante de ellos no se benefician o abandona prematuramente, o no terminan los procesos por falta de **motivación y/o expectativas** que no se ajustan a sus necesidades y requerimientos.

Siendo el aspecto central de nuestra tesis, el investigar desde un punto de vista cualitativo, el contexto, las motivaciones y expectativas de los adolescentes en terapia expresados en la primera sesión, y sabiendo que las dificultades existentes en este grupo etéreo son mayores que las encontradas en psicoterapia con niños y adultos (Binder, Holgersen y Nielsen, 2008), nuestro esfuerzo se ha centrado en una revisión sistemática de la literatura encontrada.

IV. PROPUESTA DE ESTUDIO

1. Pregunta de investigación:

¿Qué expectativas y motivaciones traen los adolescentes a la psicoterapia, en la primera sesión? ¿En qué contexto surgen? ¿Qué características tienen?

2. Objetivo General

Caracterizar y analizar las motivaciones y expectativas de los adolescentes hacia la psicoterapia presentes en la primera sesión y el contexto desde donde éstas emergen.

3. Objetivos Específicos

- Describir los problemas de salud mental en los adolescentes consultantes.

¿Qué tipo de problemas tienen los adolescentes para asistir a psicoterapia?

- Describir los motivos de consulta referidos por los adolescentes en la primera sesión de psicoterapia y el contexto desde dónde ellos emergen.

¿Qué los lleva a consultar?, ¿Por qué resulta importante para ellos consultar en éste momento? ¿Quién los deriva? ¿Ellos mismos deciden consultar u otros son los que los motivan? ¿Cómo se da el proceso de búsqueda de ayuda psicoterapéutica formal?

- Describir los factores facilitadores (motivadores) y las barreras (obstáculos) presentes en la primera consulta de psicoterapia, que interfieren en el proceso de búsqueda de ayuda psicoterapéutica.

¿Hay experiencias anteriores de psicoterapia en el adolescente? ¿Cómo son éstas experiencias? ¿Estas experiencias, influyen en que el adolescente consulte o no?

¿La opinión y/o experiencia del grupo de pares, profesores y padres influyen en que el adolescente consulte, y en la formación de expectativas y motivaciones hacia la psicoterapia?, ¿Hay elementos extra terapéuticos como por ej. Distancia, costo, horarios, que afecten la formación de expectativas y motivaciones hacia la psicoterapia?

- Describir las motivaciones de los adolescentes hacia la psicoterapia

¿Qué motivaciones tienen los adolescentes para venir a psicoterapia? ¿cómo son estas motivaciones?

- Describir las expectativas de los adolescentes hacia la psicoterapia, con respecto a la persona del terapeuta, el proceso psicoterapéutico y los resultados/ efectividad de la psicoterapia

Hacia la persona del terapeuta: ¿Cómo se imaginan que será el terapeuta?, ¿qué características personales piensan que tendrá el terapeuta? ¿Qué esperan del terapeuta? ¿Cómo creen que lo va a tratar, como creen que será la relación que se genere? ¿Cómo le gustaría que los trataran?

Hacia el proceso Psicoterapéutico: ¿De qué se conversa en la psicoterapia?, ¿qué cosas haremos en la psicoterapia?, ¿cuánto tiempo tendré que venir a psicoterapia?

Hacia los resultados y/o efectividad de la psicoterapia: ¿Cuáles serán los beneficios de asistir a psicoterapia? ¿Qué pasará si no asisto a la psicoterapia? ¿En qué aspectos puede ayudar o en cuales no pueden ayudar?

V. MARCO METODOLOGICO

1. Orientación metodológica general

La presente investigación corresponde a un estudio que se basa en la perspectiva cualitativa inductiva, pues su orientación principal busca caracterizar y analizar el contexto en que emergen las motivaciones y expectativas de los adolescentes presentes en la primera sesión de psicoterapia. Mediante esta perspectiva metodológica se busca acceder a la subjetividad y realidad a partir de la perspectiva de los mismos adolescentes participantes del estudio (Taylor & Bogdan, 1996).

La principal razón para utilizar la investigación cualitativa en este estudio es conceptual, pues a través de ella se pretende capturar descripciones de factores contextuales y significados personales que rodean los procesos involucrados en el objeto de estudio, y acceder a una mayor profundidad de respuesta capturando, una mayor comprensión del fenómeno de las que puedan obtenerse mediante técnicas cuantitativas.

Además, dentro de las características que guiaron la elección metodológica, se refiere a la flexibilidad de su diseño, de manera que puede ajustarse a los conocimientos emergentes. La dinámica progresiva de la investigación se da a través de la renuncia de las ideas generales, para dar paso a la construcción de un universo particular del objeto de estudio. Sin embargo, rechazamos la supuesta ingenuidad conceptual que muchos le atribuyen a la investigación cualitativa. Aunque no cuente con hipótesis, el investigador debe considerar como preliminar su conocimiento y conceptualización del objeto de estudio, es decir, debe reconocer que cuenta con pistas o claves iniciales de interpretación, ya que la simple lectura del marco teórico influencia el mundo que va a ser observado (Pérez Serrano, 1994)

2. Tipo de Investigación

Dentro del marco mencionado, este estudio tiene un carácter **exploratorio** (Hernández, Fernández y Baptista. 1998; 58), pues representa uno de los primeros acercamientos al fenómeno de las expectativas y motivaciones hacia la psicoterapia en adolescentes. A través de este estudio, se intenta generar un conocimiento que permita un incremento en las investigaciones en el tema y, además, construir una mirada desde los mismos actores involucrados (sujetos adolescentes que asisten a psicoterapia).

Por otra parte, la investigación sigue una lógica **Descriptiva Interpretativa**, se basa en un “expreso planteamiento de ver los acontecimientos, acciones, normas, valores, etc., desde la perspectiva de la gente que está siendo estudiada” (Mella, 2003. P. 24) Es decir, el estudio se orientó desde el paradigma interpretativo que epistémicamente pretende conocer la interpretación que los actores sociales hacen de su realidad social, como fruto de un proceso histórico de construcción, al mismo tiempo de sus acciones e interacciones. (Taylor & Bogdan, 1996).

En relación a lo metodológico, se habla desde el punto de vista del paradigma interpretativo, de la necesidad de la inmersión en la realidad a estudiar para poder acceder a sus significados. Para Max Weber, esta perspectiva procura el “*verstehen*”, es decir, la comprensión en un nivel personal de los motivos y creencias que están detrás de las acciones de la gente; de esta forma, las conductas, percepciones, motivaciones de las personas o grupos investigados se constituyen como el resultado del modo en que éstos definen el mundo, por lo que hay que aprehender el proceso de interpretación del mismo.

3. Participantes del estudio

Los participantes de esta investigación son 10 adolescentes pertenecientes a la muestra seleccionada del universo del estudio doctoral llamado: “Alianza Terapéutica, acciones comunicacionales e indicadores de cambios genéricos en la fase inicial de la psicoterapia con adolescentes, y su relación con resultados y adherencia al tratamiento” de Olga María Fernández González (2013) investigación realizada para optar al título de Doctor en

investigación en Psicoterapia de la Pontificia Universidad Católica de Chile - Universidad de Chile.

El tipo de muestreo fue por accesibilidad, y al azar dentro de la muestra señalada, de acuerdo a criterios de inclusión.

Como criterios de inclusión se consideraron aquellos adolescentes cuyas edades fluctúan entre 14 y 18 años, de ambos sexos, mayoritariamente mujeres que inician un proceso de psicoterapia en un centro ambulatorio de salud mental. Los adolescentes y sus padres firmaron consentimiento informado para ocupar la información para esa investigación y posteriores investigaciones, resguardando la identidad de los participantes. Los criterios de exclusión fueron que los adolescentes no presentaran deficiencia o discapacidad intelectual, psicosis ni trastornos generalizados del desarrollo o del espectro autista.

Es importante señalar que las sesiones se encuentran videadas y transcritas.

A continuación, se presenta un cuadro resumen con los principales participantes del estudio:

Tabla 1

Participantes del Estudio

N° Entrevista	Edad	Sexo	Diagnóstico	Tipo de derivación	N° Sesión
Entrevista 1 (E1)	15	mujer	Crisis Normativa adolescente, Trastorno límite de personalidad	Psiquiatra	Sesión 1
Entrevista 2 (E2)	16	mujer	Trastorno depresivo moderado	Psiquiatra	Sesión 1
Entrevista 3 (E3)	17	mujer	Trastorno de ansiedad	Psiquiatra	Sesión 1
Entrevista 4 (E4)	17	mujer	Trastorno somatomorfo	Psiquiatra	Sesión 1
Entrevista 5 (E5)	16	mujer	Trastorno adaptativo, disfunción familiar	Espontánea	Sesión 1
Entrevista 6 (E6)	16	mujer	Trastorno depresivo mayor severo	Psiquiatra	Sesión 1
Entrevista 7 (E7)	17	mujer	Trastorno depresivo mayor moderado	Psiquiatra	Sesión 1
Entrevista 8 (E8)	15	hombre	Trastorno depresivo mayor	Psiquiatra	Sesión 1
Entrevista 9 (E9)	16	mujer	Trastorno adaptativo	Espontánea	Sesión 1
Entrevista 10 (E10)	15	mujer	Trastorno depresivo mayor moderado.	Psiquiatra	Sesión 1

4. Técnicas de recolección de información

La información recolectada correspondió a la primera sesión de psicoterapia de adolescentes que consultaron en un centro de salud que atiende particularmente patológicas de salud mental. Dicho centro cuenta con convenio de atención por Isapres, Fonasa y además, es prestador de patologías GES. Las sesiones fueron videograbadas en su ambiente natural, con previa autorización del centro de atención, del adolescente participante, sus padres y terapeuta. Las sesiones fueron transcritas para su posterior análisis, y fueron utilizadas en la investigación doctoral anteriormente señalada, donde fueron otras las variables estudiadas. El uso de las sesiones para distintos fines investigativos fue autorizado de la misma manera, por escrito en los consentimientos de

los adolescentes y de sus padres.

5. Estrategia de análisis de la información

El proceso de análisis de la información recolectada se realizó a través de los procedimientos metodológicos de la “**Grounded Theory**” (Teoría fundamentada) de Glasser y Strauss de 1967. Este enfoque persigue el objetivo de generar modelos explicativos densos, complejos, que a la vez estén lo más cerca posible de la realidad que representan, enfatizando la generación más que la verificación de teorías (Krause, 1994).

Se optó por utilizar el enfoque de la Grounded Theory por compartir postulados epistemológicos que sustentaron esta tesis: la interpretativa. El análisis de los datos se realizó a través de la codificación abierta, axial y selectiva.

La codificación abierta es un proceso mediante el cual se fragmentan, examina, compara, conceptualiza y categoriza la información de manera descriptiva, en tanto la **codificación axial y selectiva** comprenden un conjunto de procedimientos, mediante los cuales la información que ha sido fragmentada en la primera etapa, se vuelve a ligar, utilizando para ello un “paradigma de codificación”. De este modo, en la codificación axial se establecieron gráficamente conexiones o interacciones entre categorías-subcategorías (esquemas visuales denominadas Networks) para luego desarrollar por medio de la codificación selectiva la categoría central. Cabe destacar, que se trató de establecer una correspondencia entre las estructuras semánticas y las estructuras psicológicas, sociológicas, culturales del contexto de producción del mensaje logrando, como se dijo anteriormente, acceder al contenido manifiesto y latente del mismo. (Krause, 1994).

Para realizar el análisis se recurrió a la **herramienta informática Atlas.ti 7.0** (Muñoz, 2005) la cual facilitó el arduo trabajo de estructuración de información sin automatizar el

proceso. Por lo tanto, todas aquellas actividades como segmentación del texto, codificación y anotaciones entre muchas otras, para las cuales comúnmente se utilizan materiales como lápices de colores, papeles, tijeras, etc., se vieron agilizadas gracias a este método digital. Dicho programa se basa en la Grounded Theory, modelo que se puede reflejar en la siguiente ilustración:

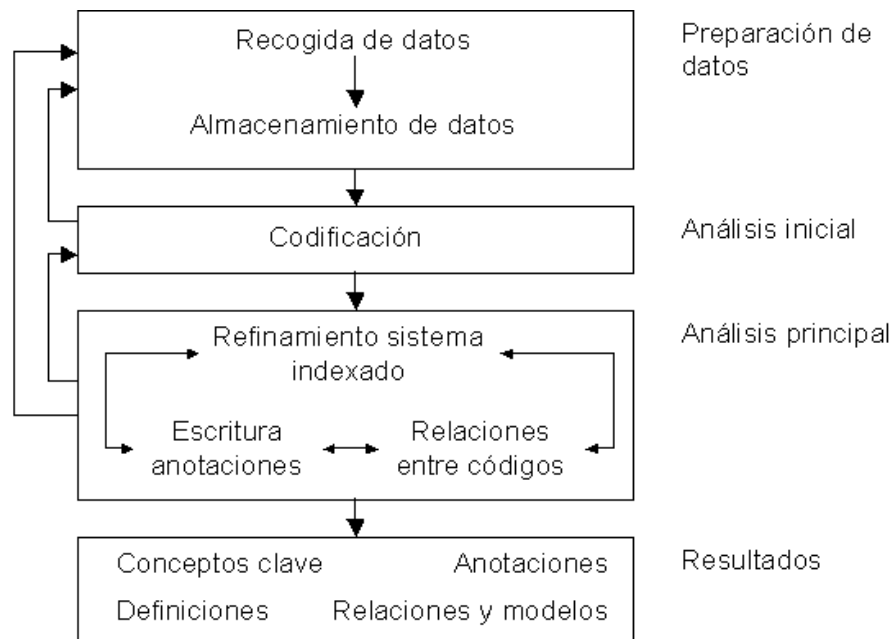


Ilustración 5-1. Fases de un análisis cualitativo (Pidgeon y Henwood, 1997 citado en Muñoz, 2005. P 2)

El proceso de análisis realizado con Atlas.ti significó un ir y venir de forma secuencial entre dos fases: *nivel Textual*, que correspondió a la primera fase de trabajo, y *nivel Conceptual*, en la cual se realizaron las relaciones y representación de éstas en modelos gráficos (Networks) (Muñoz, 2005). De este modo, el nivel textual y el conceptual se realizaron de forma recursiva durante todo el proceso de análisis, permitiendo volver de los datos a la teoría y desde ésta a los datos nuevamente, enriqueciendo el estudio.

6. Criterios de credibilidad y dependencia de la investigación

En cuanto al rigor de la investigación, los criterios de credibilidad y dependencia fueron regulados mediante procedimientos de **triangulación**. La triangulación, es concebida como una forma de protegerse de las tendencias del investigador y de confrontar y someter a control recíproco los relatos de diferentes informantes (Taylor & Bogdan, 1996).

Dentro de las triangulaciones realizadas en este estudio, la primera fue de tipo teórica, la que constituye una evidencia sustancial donde el paradigma teórico se corresponde con los datos e información ya recabada (primeras sesiones de psicoterapia de los adolescentes), las que se encuentran transcritas. En tanto, la segunda correspondió a la triangulación entre la investigadora, el co-investigador (profesora guía de la tesis) y un co-investigador externo, cuya participación en el estudio fue voluntaria. Ellos ayudaron tanto durante la etapa de codificación axial de los datos, como en la discusión del análisis de los mismos.

7. Etapas de la investigación

La investigación consta de varias etapas, que van desde el primer acercamiento a la temática tratada, la revisión bibliográfica, la recolección de datos (que ya se realizó para otra investigación), el análisis de los datos, hasta la síntesis final de los resultados. A continuación, describimos el estudio en diferentes momentos, para así comprender de una mejor forma cómo fueron utilizadas las herramientas metodológicas.

A) Primer acercamiento a la temática tratada: en conjunto con la profesora guía y asesora metodológica de la investigación, luego de analizar varias temáticas posibles de estudio, se decidió realizarlo acerca de investigación en psicoterapia, específicamente con adolescentes y las motivaciones y expectativas presentes en la primera sesión.

B) Revisión bibliográfica: se realizó una revisión y lectura profunda de material bibliográfico (papers de investigaciones, libros etc.) sobre los ejes temáticos que guiaron esta investigación principalmente en lo referido a la psicoterapia con adolescentes, motivaciones y expectativas. Posteriormente, se identificaron temas emergentes, por lo que se requirieron una constante revisión y actualización del contenido teórico sobre el cual se investigó, integrando las sugerencias de los profesores correctores en la formulación del proyecto de investigación e investigación final.

Es importante destacar que la información susceptible a analizar (primeras sesiones de psicoterapia con adolescentes), fueron previamente, videadas y transcritas para otro estudio anterior, en el cual se analizaron otras variables, lo que facilitó bastante el trabajo de investigación, el cual se focalizó exclusivamente al marco teórico que sustentó esta investigación, y al análisis de la información emergente. El uso de las sesiones transcritas para distintos fines investigativos fue autorizado por escrito en los consentimientos de los adolescentes y de sus padres.

C) Análisis de los resultados: En cuanto al análisis de los datos y su interpretación, como se mencionó anteriormente se utilizó el enfoque de Glasser y Strauss (1967) el cual se compone de seis pasos que veremos a continuación:

1) Selección de un modelo de análisis dentro de un modelo de comunicación:

Se escogió como modelo de la Grounded Theory, de Glasser y Strauss, teniendo presente las preconcepciones y/o la influencia del contexto sobre el análisis, lo que favoreció la objetividad del estudio, ya que se trató en todo momento dar cuenta de las interferencias sobre el material de trabajo.

2) Desarrollo del preanálisis:

Este fue el primer intento de organizar la información. Se colectó el corpus de contenidos los cuales correspondieron a la transcripción de la primera sesión de psicoterapia de adolescentes agrupándolo bajo el nombre “documentos primarios”. Se leyeron y se fueron estableciendo indicadores, los cuales permitieron dar cuenta de los temas presentes en el material analizado.

Se puede decir, que a pesar de lo relacionado con el objeto de estudio, emergieron nuevos contenidos que se hicieron centrales como el caso de los problemas de salud mental de los adolescentes de la muestra, el proceso de decisión para la búsqueda de ayuda psicoterapéutica y elementos pertenecientes al contexto de la psicoterapia con adolescentes, lo cual que expuesto en forma transversal en el estudio.

En esta etapa se escogió como herramienta de trabajo el programa digital Atlas.ti 7.0, para lo cual fue necesario realizar una capacitación y actualización exhaustiva con un profesor metodólogo. El programa constituyó un elemento análogo a la propuesta metodológica y, que a diferencia del análisis tradicional, fue facilitadora del proceso. De este modo, se le dio el mismo formato a las sesiones de los adolescentes introduciéndolas al programa para hacer su lectura, realizar observaciones generales e interpretaciones desde el material bruto.

3) Definición de las unidades de análisis:

Correspondió a delimitación de trozos o núcleos con significado propio sobre los cuáles se realizó el análisis. Dicha descomposición del material se realizó de acuerdo a los significados o temas que emergieron en los conjuntos de palabras no delimitadas explícitamente, seleccionando párrafos a través del programa.

4) *Establecimiento de reglas de análisis y códigos de clasificación:*

Este correspondió a la etapa en que se explicitaron las condiciones para codificar y eventualmente se categorizó el material. Las reglas fueron una guía objetiva y fundamento lógico para relacionar los datos y uniformar los procedimientos a seguir durante la etapa de análisis. Este proceso se denomina codificación abierta, donde el investigador con la ayuda de co-investigadores, fueron triangulando, revisaron las unidades de análisis cuestionándose cuál era el tema, aspecto o significado que ellas encerraban y posteriormente, se les asignó un código determinado a cada una de ellas (Rodríguez 1996 citado en Cáceres, P. 2003).

Ejemplo:

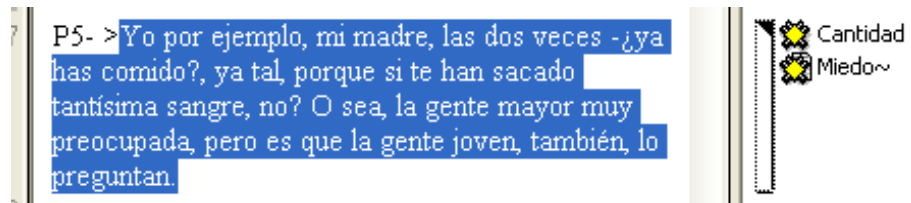


Ilustración 5-2. Asignación de códigos (Muñoz, 2005. P 43)

5) *Desarrollo de Categorías:* Aquí se agrupó y vinculó la información incorporando la perspectiva crítica en el estudio, además de establecer nuevas interpretaciones y relaciones teóricas. De esta forma, el contenido previamente codificado se ordenó y clasificó de modo definitivo, mediante la creación de las llamadas Networks, que son representaciones gráficas de las relaciones establecidas entre los códigos.

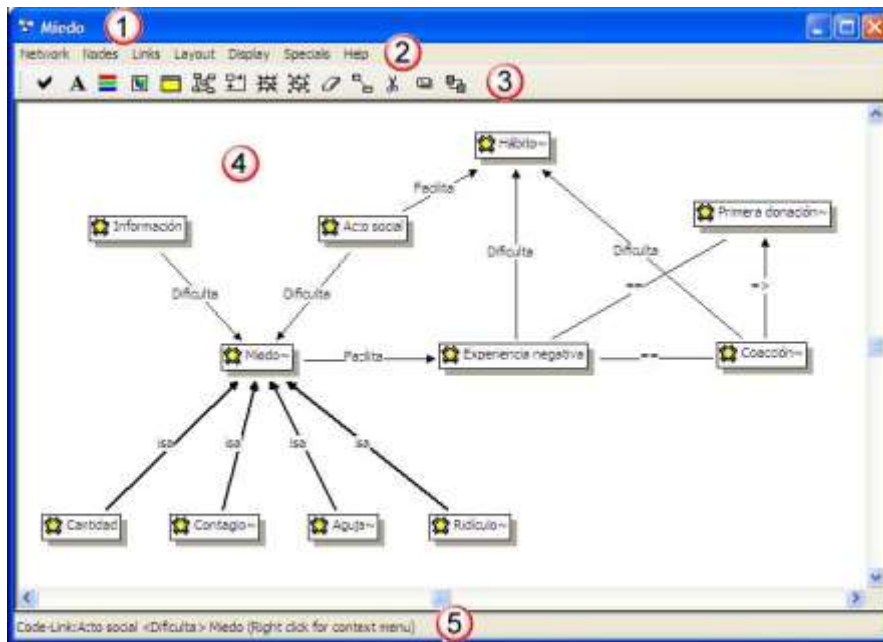


Ilustración 5-3. Creación de networks (Muñoz, 2005. P 33)

6) **Integración de los hallazgos y conclusiones:** Esta última elaboración cualitativa se apoyó en todo el trabajo inductivo previo poniendo todo el esfuerzo reflexivo y crítico de la investigadora y sus co-investigadores donde se descubrieron lazos, realizando las interpretaciones convenientes. Las conclusiones se obtuvieron desde el comienzo del análisis siendo en un principio abiertas y vagas. Posteriormente se desarrollaron y consolidaron a lo largo de la reducción y exposición de datos. De este modo se concretó el proceso final de discusiones y conclusiones.

D) Finalización: Luego de la conclusión de las etapas de este estudio, se integró los diferentes pasos señalados y de la constante revisión y reestructuración del trabajo, fue posible presentar ante el lector los resultados de este trabajo investigativo.

VI. RESULTADOS

Para una comprensión ordenada de los resultados emergentes de ésta investigación, en función de los objetivos planteados, se procederá agrupando los diferentes temas emergentes en la primera entrevista según el camino que han recorrido los adolescentes en su proceso de búsqueda de ayuda terapéutica, desde cómo se manifiestan los problemas de salud mental hasta las verbalizaciones explícitas en torno a sus motivaciones y expectativas que traen a la primera sesión. El uso de citas textuales, extraídas y categorizadas con la herramienta (Atlas Ti 7.0) de las diez entrevistas analizadas, permitirá una ilustración clara de los diferentes temas (categorías emergentes) los cuales han sido ordenados y vinculados entre sí, dando cuenta del camino señalado. Las categorías centrales son:

- **Los problemas de salud mental de los adolescentes de la muestra**
- **El punto crítico y la decisión de búsqueda de ayuda psicoterapéutica** (que se refiere específicamente, al momento en que los problemas alcanzan un punto máximo de saturación, surge la motivación y necesidad de una intervención psicoterapéutica)
- **El motivo de consulta** (o manifestación verbal del problema de salud mental traída a la consulta por el adolescente, o sus padres)
- **Los facilitadores (factores positivos o motivadores) para la decisión de búsqueda de ayuda y proceso psicoterapéutico.**
- **Las barreras (factores negativos u obstaculizadores) para la decisión de búsqueda de ayuda y proceso psicoterapéutico.**
- **Las motivaciones explícitas de los adolescentes y de sus padres presentes en la primera sesión de psicoterapia.**
- **Las expectativas explícitas de los adolescentes y de sus padres presentes en la primera sesión de psicoterapia, en torno a distintos aspectos de la terapia (acerca de la persona del terapeuta, la terapia como proceso, y de los resultados/ efectividad de la psicoterapia)**

Junto a la descripción de los resultados en cada tema, se procederá a un análisis de los elementos relevantes, los que serán retomados al final del estudio en la forma de conclusiones finales, de tal forma de contribuir teóricamente a la comprensión del proceso terapéutico en los adolescentes, así como señalar el rol que juegan los elementos motivacionales y las expectativas en dicho proceso. Finalmente, se señalará las potencialidades o limitaciones de éste tipo de estudios.

1. Los problemas de salud mental de los adolescentes de la muestra

Los problemas de salud mental en la población adolescente emergentes del estudio realizado pueden ser caracterizados como múltiples y complejos. Están referidos a circunstancias sociales y personales que afectan a los individuos provocando sintomatología psíquica, somática, relacionales con pares y familia, menoscabos de rendimiento académico, dificultades para asumir responsabilidades y tareas propias de la edad, riesgos vitales, etc. que hace necesario un esfuerzo clasificatorio para reducir la multiplicidad y complejidad de la muestra. Para tal efecto, distinguiremos primariamente los problemas de salud mental emergentes en tres tipos principales, según etiología o causalidad, lo que nos permitirá agrupar los casos encontrados. En primer lugar, los problemas de salud mental asociados a un sistema clasificatorio de trastornos mentales (DSM). En segundo lugar, los problemas de salud mental asociados a un motivo de consulta difuso, donde claramente intervienen variables de naturaleza psico-social, que pueden alcanzar por si mismas un nivel de perturbación suficiente para justificar un malestar que lleve a solicitar ayuda profesional o de otro tipo, y finalmente; los problemas relacionales, donde se agrupan todos aquellos que surgen en la convivencia con otros, incluyendo los causados por la intervención de factores como la violencia de género, familiar o de pareja.

Con tal distinción ponemos de relieve que el problema de salud mental es un producto de una conjunción de elementos causales que alcanza un punto crítico de intensidad que puede ser percibido por el adolescente, sus padres o el entorno de pares o profesores y

que puede determinar la decisión de búsqueda de ayuda profesional. Por lo tanto, no son solamente los problemas diagnosticados en términos clasificatorios de enfermedades mentales los que llegan a la consulta del terapeuta, sino que, y principalmente, aquellas perturbaciones emocionales o conductuales, definidos como problemas por los propios adolescentes o su entorno.

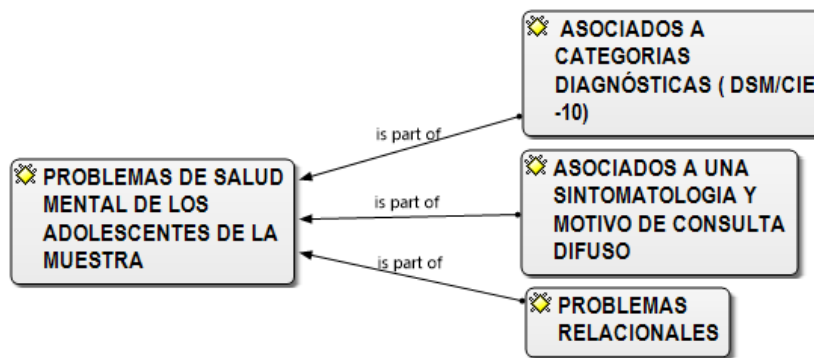


Figura 4-1: Problemas de salud mental de los adolescentes de la muestra

1.1 Problemas de salud mental asociados a una convención clasificatoria de trastornos mentales (DSM)

Pese a la pequeña muestra analizada se encontró diversas patologías mentales cuya sintomatología es susceptible de agrupar en torno a criterios diagnósticos específicos, que se exponen a continuación, sin que necesariamente hayan recibido un diagnóstico psiquiátrico o psicológico formal. A continuación una síntesis de la network emergente:

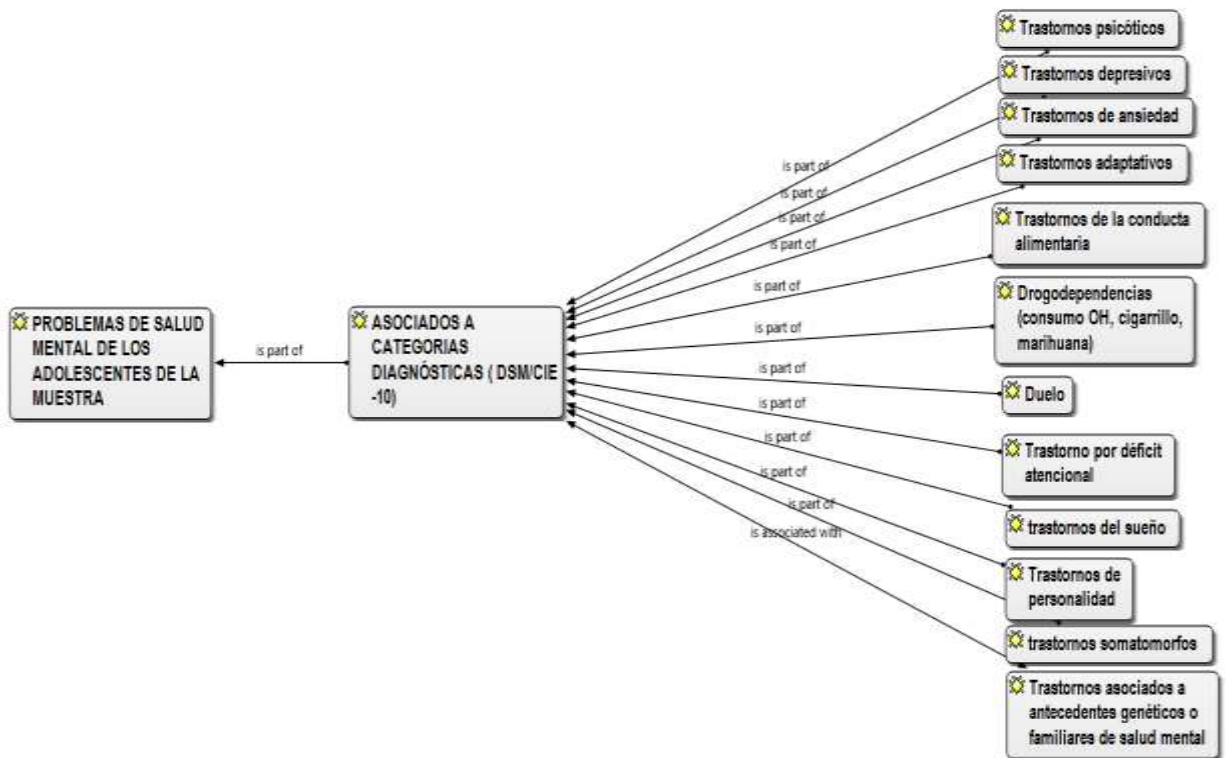


Figura 4-2. Problemas de salud mental asociados a una convención clasificatoria de trastornos mentales (DSM)

1.1.1 Trastornos psicóticos: genéricamente los trastornos psicóticos se caracterizan por pérdida de juicio y sentido de realidad, y su sintomatología clásica incluyen las alucinaciones (escuchar voces dentro o fuera de la cabeza), y otras manifestaciones, como las que se recogen en las verbalizaciones siguientes.

“...el otro día me paso algo estaba acostada estaba sola y están todos abajo y como que empecé a escuchar voces que me decían que todo era mi culpa, todo es tu culpa, todo es tu culpa, muérete así la sentí aquí (se toca la cabeza) muchas voces y ya me había pasado algo parecido que yo estaba aquí en el departamento de mi mamá fue por la primera pelea fuerte que tuvimos” (E10, 139)

“P: Y yo estaba llorando así mal, mal, mal y como que mire el puff no sé por qué y había una niña rubiecita con rulitos súper parecida a mi cuando era chica y lloraba,

lloraba desconsolada y yo le hablaba. T: ¿Y qué le dijiste? P: “Yo le dije que no llorara y yo llorando también le decía tranquilízate que te paso tení que llorar y después de eso me acosté un rato y después volví a mirar y ya no estaba” (E10, 141-143)

1.1.2 Trastornos depresivos: la psicopatología depresiva incluye síntomas diversos entre los que destacan el compromiso del ánimo, el desinterés, la incapacidad para experimentar placer (anhedonia), las ideas negativas en torno al futuro o la desesperanza.

...”y después me empezó la depresión más grande es que empecé realmente a sentir los problemas con mis papas que ya me daban pena no me daban rabia y me empecé a cortar y estuve un año entero cortándome y ya no lo podía dejar” (E1, 199)

“Sí que estaba como muy mal así, tuve un bajón muy grave así, no se me sentía como muy en un hoyo y me había pasado el año pasado” (E9, 6)

1.1.3 Trastornos de ansiedad. Estos trastornos se caracterizan en términos generales por miedo y ansiedad anormal y patológica. Abarcan varios cuadros clínicos que van desde una ansiedad generalizada, crisis nerviosas, expectación ansiosa ante la soledad, la locura, a perder a sus padres, asumir responsabilidades del mundo adulto, o cuadros fóbicos

“...yo igual tengo algo como soy muy nerviosa entonces me da como una cuestión en la guata y me pongo a vomita, vomitar, vomitar y después empiezo como a respirar rápido me dan como crisis nerviosa entonces también me daba mucho eso me empezaba a doler la guata a doler la guata empezaba a vomitar y después tenía que ir de urgencia porque estaba con crisis nerviosa se me dormían las manos y por lo menos este año ya eso como que lo deje atrás” (E9, 58)

“Cuando voy alguna parte, casa cuando no conozco la gente me cuesta hablar” (E7, 230)

“Si es por angustia, a veces amanezco así como con angustia” (E2, 285)

“(...) me preocupa seguir así como llegar a un punto de terminar en un psiquiátrico así (...) Si eso es como lo que más me atemoriza igual también no se de repente un miedo más pequeño, también es que se vayan mis papás no que se vayan, sino que les pase algo, les pase algo así que se mueran, eso me atemoriza” (E8, 38-40)

1.1.4 Trastornos adaptativos. Estos están referidos a una reacción psicológica u emocional frente a un factor estresante conocido o identificable con una duración no mayor a seis meses

“A que mi mamá tiene una nueva pareja y estamos viviendo con el yo no tengo yo sé que él es una buena persona por ese lado yo feliz que este con mi mamá, pero yo al acostumbrarme a vivir con él como que aún no lo asimilo...Es la adaptación si yo sé que él es buena persona simpático si yo necesito algo el igual está ahí entonces no súper bien, pero, yo soy la que no me adapto” (E4, 82-92)

“No igual el cambio de curso me afectó deje de ver a mis amigos ósea no los deje de ver, pero ya no podía estar todo el tiempo con ellos y no me pude adaptar bien al curso nuevo” (E7, 142)

1.1.5 Trastornos de la conducta alimentaria: Estos están caracterizados por un comportamiento patológico frente a la ingesta alimentaria y una obsesión por el control de peso. Son trastornos de origen multifactorial, originados por la interacción de diferentes causas de origen biológico, psicológico, familiar y sociocultural.

“...de repente le baja y come mucho en la noche le baja como la cuestión y empieza a comer a comer quiere comer comida y todo junto como toda de una no espaciado. Y se pega tragones de comida cuando come así mucho” (mamá de paciente, E1, 469)

1.1.6 Drogodependencias hacen referencia a la adicción generada por la exposición repetida a una droga, ya sea un fármaco o una sustancia psicoactiva legal o

ilegal. En su más reciente glosario, la OMS define la dependencia del alcohol y de otras sustancias como «una necesidad de consumir dosis repetidas de la sustancia para encontrarse bien o para no sentirse mal». Sus características son: un deseo invencible o una necesidad de consumir droga y de procurarla por todos los medios, una tendencia a aumentar las dosis y una dependencia de origen psíquico y a veces físico a consecuencia de los efectos de la droga

“Si hemm ahora cuando me fui donde mi mamá no un poco antes probé la marihuana y también empecé y una cuestión así como de todos los fines de semana con mis amigas hemm no se varias cosas que me pasaron” (E10, 109)

1.1.7 Trastornos por déficits atencional Se trata de un trastorno de carácter neurobiológico originado en la infancia que implica un patrón de déficit de atención, hiperactividad y/o impulsividad, y que en muchas ocasiones está asociado con otros trastornos comórbidos.

“Me cuesta mucho, es que digo ya voy a poner atención y pongo atención y no entiendo realmente no entiendo no me entra en la cabeza” (E2, 281)

“Yo tengo problemas de concentración” (E3, 161)

1.1.8 Trastornos del sueño son problemas relacionados con dormir. Estos incluyen dificultades para conciliar el sueño o permanecer dormido, quedarse dormido en momentos inapropiados, dormir demasiado y conductas anormales durante el sueño.

“...me cuesta si quedarme dormido” (E8, 112)

“Lo que pasa que todas las pesadillas son como que él me sigue como que anda cerca mío, además veo personas que se parecen a él y me da miedo las piernas me tiritan, me siento mal” (E2,91)

1.1.9 Trastornos de la personalidad: son un grupo de afecciones mentales en las cuales una persona tiene un patrón prolongado de comportamientos,

emociones y pensamientos que es muy diferente a las expectativas de su cultura. Estos comportamientos interfieren con la capacidad de la persona para desempeñarse en las relaciones interpersonales, el trabajo y otros contextos.

“este es mi último cachito y a lo mejor el más difícil por el tipo de personalidad que tiene ella, pero así como la traigo contigo también he hablado con su hermano y ella sabe que tengo la misión de tirarla para arriba y hacerla una mujer de bien” (papá de la paciente) (E10, 51)

1.1.10 Trastornos somatomorfos Son trastornos mentales crónicos, en los cuales la persona presenta síntomas de malestar físico, pero no existe ninguna causa orgánica que lo justifique; sin embargo, el dolor y los síntomas que experimenta son reales y no son creados ni simulados. Estos síntomas son recurrentes, inexplicables e interfieren negativamente en su vida social, laboral y personal.

“...me hicieron todos los exámenes de nuevo y creían que era algún tipo de epilepsia, esquizofrenia y puras cosas así y en el escáner, en el electrocardiograma, en esas cosas no sale nada, entonces al final el neurólogo me dijo que esto es supuestamente emocional, ósea porque si fuera algo clínico tendría que estar en algún examen de todos los que me han hecho ósea me hicieron hasta de la sangre (E4, 128)

“...parto por eso (por desmayarme), como que mi cuerpo no asimila bien... es poquito tiempo, 5 segundos, 10 segundos, algo así, se me apaga la tele así. Es como que no me doy cuenta en el momento ni lloro nada, es como después en el tiempo” (E3, 335-339)

1.1.11 Duelo. Se trata de una reacción emocional y comportamental en forma de sufrimiento y aflicción que se experimenta ante la pérdida de una persona, animal, objeto o evento significativo, y que conlleva un proceso de adaptación para elaborarse.

*“Yo creo que lo que más me duele es la muerte de mi hermana...tenía tres o cuatro años...me duele no se es que igual yo me recuerdo mucho de ella a pesar de que yo era pequeña, que tengo varios recuerdos de ella como que me marcó mucho” (E4, 14-20).
“yo siento que faltó algo (...) yo no lo he superado totalmente (...) me da pena” (E4.60-64)*

1.1.12 Trastornos asociados a antecedentes genéticos o familiares de salud mental

*“Mi mamá biológica tenía esquizofrenia, mi papá se separó y ella falleció justo el mismo año que me separé. Fue un año fatal” (mamá de paciente E3, 232)
“Yo por ejemplo tengo un carácter que es fuerte y mi hija el mismo carácter mío” (E1, 387)*

1.2 Problemas de salud mental asociados a un motivo de consulta difuso

El criterio retenido para la agrupación de la causa del problema de salud mental del adolescente en éste apartado es la presencia de uno o más síntomas o problemas que no logran configurarse como una entidad propiamente tal y que pueden por si mismos alcanzar un nivel de malestar que los lleve a solicitar ayuda profesional u otra. Entre ellos destacamos:

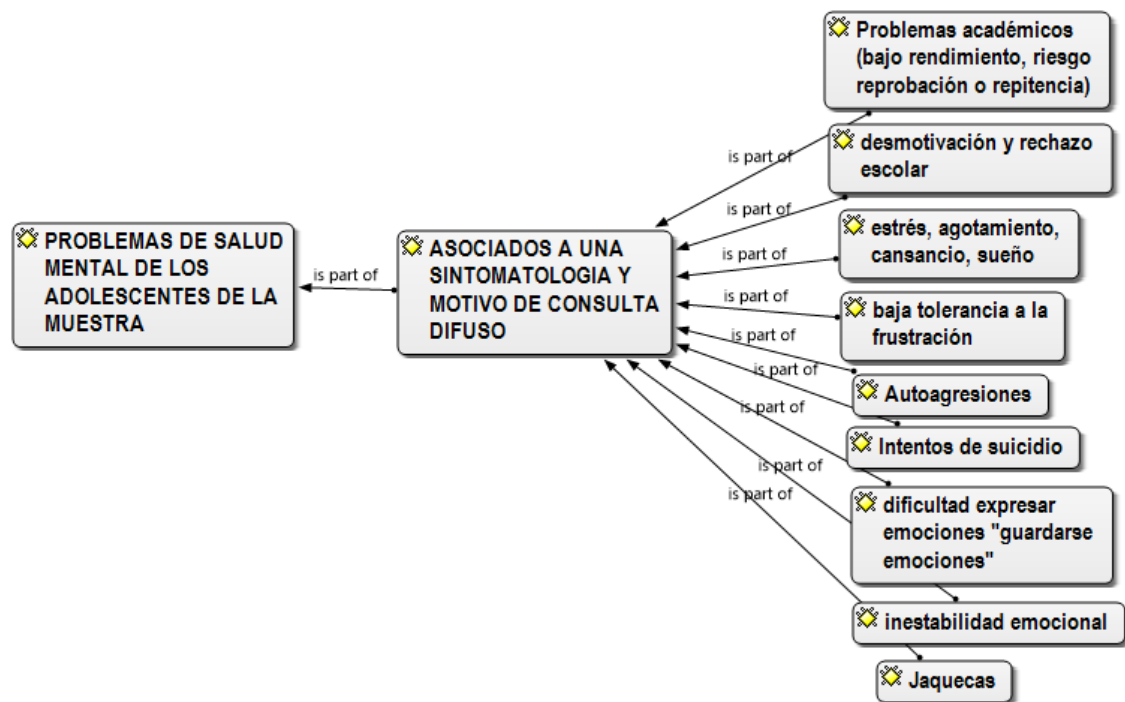


Figura 4-3. Problemas de salud mental asociados a un motivo de consulta difuso

1.2.1 Problemas académicos (bajo rendimiento, riesgo reprobación o repitencia): El objeto de atención clínica es un problema académico que no se debe a un trastorno mental o que, si se debe a un trastorno mental, es lo bastante grave como para merecer atención clínica independiente. Un ejemplo es la existencia de un patrón gradual de fracaso o la presencia de pocos logros significativos en una persona con una capacidad intelectual adecuada en ausencia de un trastorno del aprendizaje o de la comunicación o cualquier otro trastorno mental que pudiera explicar el problema.

“Yo le había dicho a mi mamá que me quería retirar y esperar un tiempo para empezar un dos por uno (...) me quería retirar porque me estaba yendo mal de nuevo en el colegio y no quería repetir de nuevo entonces prefería retirarme y después seguir un dos por uno, entonces mi mamá me dijo que lo iba a conversar con mi papá y mi papá dijo que no, entonces yo ahí le dije que tenía otro problema mi mamá fue hablar con el psicólogo del colegio y le dijo que no iba a ir más” (E7, 168-170)

1.2.2 Desmotivación y rechazo escolar. Se refiere a la aversión y dificultad para asistir al colegio del propio adolescente, o a las dificultades de éste para permanecer a lo largo de toda la jornada escolar. Puede deberse a diversos factores asociados, y generalmente se presenta vinculado con trastornos de ansiedad y depresión.

“...es que de repente me levanto así, sin ganas de nada, o sea generalmente no me dan ganas de ir al colegio.”(E6, 87)

1.2.3 Estrés, agotamiento, cansancio, sueño

“...yo creo que también que estoy estresa, tanto colegio, trabajo, como que me canso levantarme en la mañana” (E6, 111)

1.2.4 Baja tolerancia a la frustración

“si fue como igual frustrante pero igual no me iba tan mal pero no era lo que yo esperaba con lo que estudiaba (E8, 86)

1.2.5 Autoagresiones

“Si pero sentí que me empezó a desahogar, que en vez de llorar después que me cortaba me quedaba como tranquila y dejaba de llorar y se me pasaba la pena y después ya lo empecé hacer con tijeras y muy fuerte” (E1, 205)

1.2.6 Intentos de suicidio

T: Has intentado matarte?: P:sí, en realidad hartas veces el año pasado cada vez que tenía problemas con mi papás me cortaba, hasta que un día le conté a mi mamá, un día fui al botiquín agarre un montón de pastillas y me las tomé (E1,210-211)

1.2.7 Dificultad para expresar emociones

“no estoy bien...Porque al final todos me han dicho que uno se hace daño guardándose las cosas” (E4, 78-80)

“Es como difuso lo que me pasa no puedo expresar no, no sabría expresarlo” (E4, 151)

1.2.8 Inestabilidad emocional

“(...)el cambio de humor muy brusco, pasa de estar bien a estar muy mal, de estar feliz o aparentemente feliz a angustia que ni ella se da cuenta o no lo entiende, (...)de repente cambios de humor de la nada o días (...) hay día que es insoportable se enoja por cualquier cosa, a eso voy yo, que se establezca. Encuentro que no tiene un equilibrio es como todo muy bueno o todo muy malo, es todo feliz, o es todo triste” (mamá de paciente, E1, 319)

1.2.9 Jaquecas

“...a los ocho años supo que el papá tenía otra mujer ahí empezó con jaquecas...” (Mamá de paciente E3, 171)

“...me dan náuseas con dolor de cabeza y lo que más he tenido este tiempo es dolor de cabeza no se me pasa (...) si ahora me está dando más, pero fuerte” (E2, 16-20)

1.3 Problemas de salud mental de tipo relacionales

En este apartado se agrupan todos los problemas de salud mental del adolescente que emerge del estudio en relación a factores causales derivados de la convivencia con otros, incluyendo los causados por la intervención de factores como la violencia de género, familiar o de pareja. El criterio retenido ha sido la existencia de una disfunción ya sea familiar en su conjunto, de pareja, entre pares o con otros miembros externos a la familia nuclear tales como profesores o vecinos.

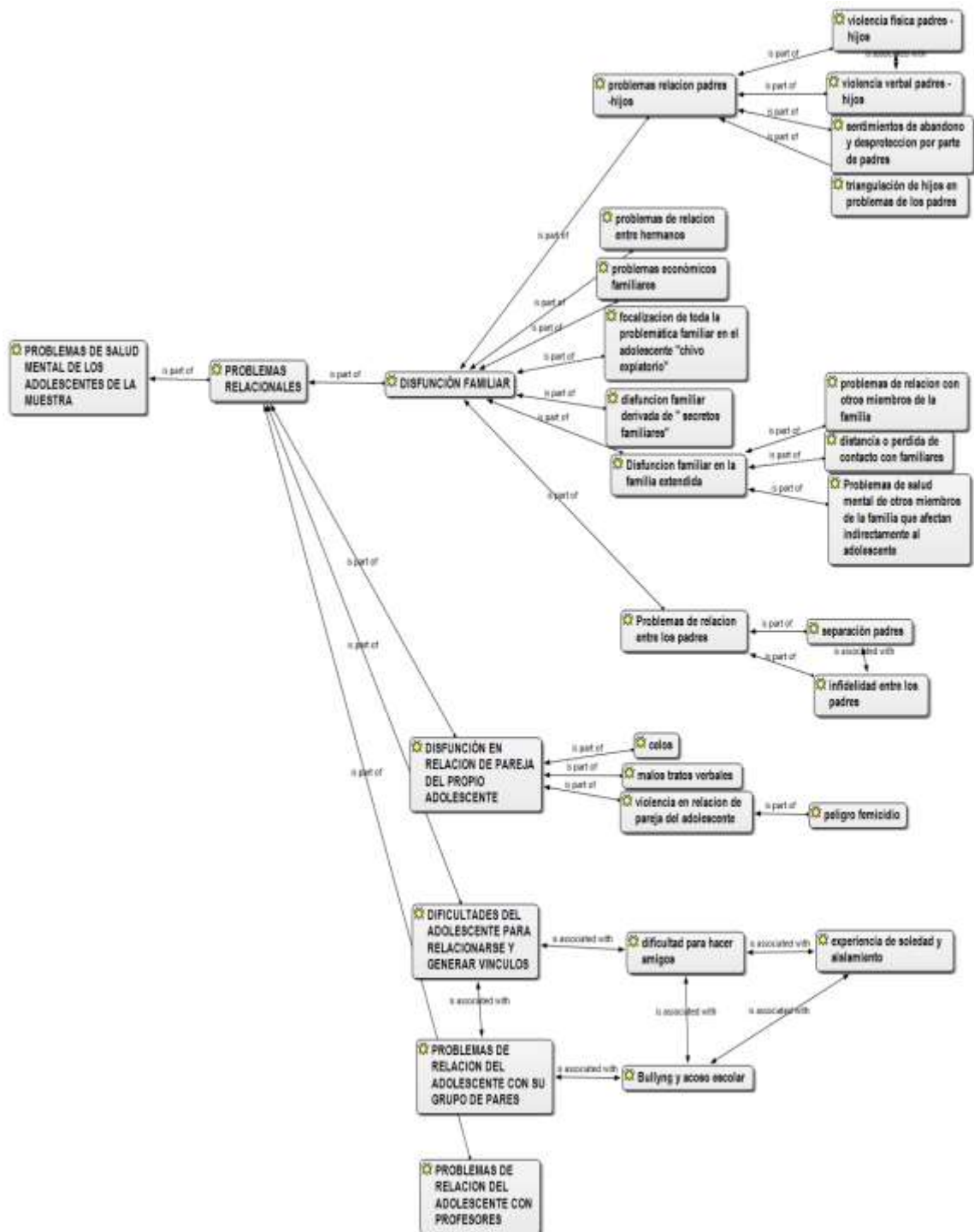


Figura 4-4. Problemas de salud mental de tipo relacionales

1.3.1 Disfunción familiar:

1.3.1.1 Problemas de relación padres-hijos

1.3.1.1.1 Violencia física padres-hijos:

“No sé a lo mejor mi mamá me pega porque su mamá también le pegaba, yo supe que cuando ella era chica se iba a esconder al auto porque mi abuela iba con una varilla de fierro y le quería pegar entonces seguramente por eso me pega porque a lo mejor a mi papá también le pegaban porque tuvo madrastra no se” (E1, 103)

1.3.1.1.2 Violencia verbal padres-hijos.

“Me dijo cabra de mierda...me dijo varias cosas, se supone que no me iba a contestar mal y yo tampoco,... la otra vez discutimos en el persa y me dijo sabís que más me hacís infeliz cada segundo de mi vida, así súper en mala, y a mí se me gravó para siempre” (E1, 71)

1.3.1.3 Sentimiento de abandono y desprotección de padres:

“Si igual como que ellos hubiesen sido más felices con otros hijos que fuera exactamente como ellos lo quisieran, si me están cuidando es por obligación, no porque quieran que me tuvieron y me tienen que cuidar por responsabilidad” (E1, 249)

“Como que mi papá igual nunca ha estado así cuando uno lo necesita (llora) (...) como que uno no le importa (...) Por que no se preocupa, no sabe cómo estamos nosotros, por ejemplo, nunca lo he escuchado decir que me quiera o cosas así como que nunca está ahí (...) me acostumbré a verlo a lo lejos (...) me ha lastimado por todas las cosas que él ha hecho” (E3, 279-291)

“...yo le dije que porqué si él tenía problemas con mi mamá, porque me dejó de lado a mí...” (E4, 183)

1.3.1.4 Triangulación de hijos en problemas de los padres

“O me dice o no estoy cómodo allá, como que trata de hacerme sentir mal siento yo, como que le diga a mi mamá que lo deje volver también. Yo le digo que no me meta entre medio porque para mí también es difícil estar para un lado y el otro” (E2, 187)

1.3.1.2 Disfunción familiar: Problemas de relación entre hermanos.

Rechazo de hermana: *“Es como si la rechazara (...) Ósea yo sabía que sentía como un rechazo, pero no sabía que era tan fuerte porque mis papas me tuvieron que decir que fuera más cariñosa con mi hermana, porque igual ella trata como de acercarse a mí y trata de buscar cosas que me gustan a mí, trata como ella de subir a mi nivel” (E5, 56-60)*

1.3.1.3 Disfunción familiar derivada de problemas económicos familiares:

Por falta de ayuda del ex cónyuge *“...a los ocho años de Tamara él dejó de ayudarme económicamente mi cuñada me dijo vente conmigo yo te cuido a los niños y tu entras a trabajar, y así lo hicimos” (mamá de paciente, E3, 91)*

1.3.1.4 Focalización de toda la problemática familiar en adolescente “chivo expiatorio”

“Después ella llamaba a toda la gente, diciéndoles que yo estaba loca, tratándome de psicópata. (...) como que se encargó de llamar a todos antes que yo empezara a contar mi versión de las cosas, como dejarme mal a mí al frente de toda la familia y ahí fue como, ahí me empecé a sentir mal po.” (E6; 400-402)

1.3.1.5 Disfunción familiar derivada de secretos familiares:

Desconocimiento de drogadicción de padre: *“...el problema fue que el papá cuando empezaron a saberse cosas de él, que él no había contado. Empezó a alejarse, ya voy en camino, no llegaba a verlos; los dejaba esperando y los niños lloraban (...) como que él*

se desbandó de hecho en ese momento él llegó acá de nuevo, porque estaba sin trabajo y en ese momento que yo sepa consumía coca, los niños lo supieron hace poco también” (mamá de paciente E3,91-93)

Desconocimiento de existencia de familia paralela: *“Eso que mi papá tiene otra persona lo supe como a los 8 después que tenía una hija lo supe como a los 11 (...) yo no sé cómo que he borrado hartas cosas no sé cómo que no me doy cuenta, no sé yo no me acuerdo mucho cuando supe que ella era mi hermana ni nada, pero igual es como ella no tiene la culpa ósea uno no escoge al papá pero igual no sé yo no creo que ella sea hija de él” (E3,307-309)*

1.3.1.4 Disfunción familiar: Problemas con la familia extendida

1.3.1.4.1 Problemas de relación con otros miembros de la familia

“no me llevo bien con la mamá de mi papá” (E7, 398)

1.3.1.4.2 Distancia o pérdida de contacto con familiares

“...fueron como cosas que gatillaron que ella cambiara. Antes éramos súper apegadas las dos, íbamos juntas para todos los lados...” (E6, 408)

1.3.1.4.3 Problemas de salud mental de otros miembros de la familia que afectan indirectamente al adolescente.

“es que mi tío él es adicto a la droga y al alcohol entonces en el verano iba a empezar un tratamiento (...)para que estuviera tranquilo (...)entonces siempre estaba, era como niño chico como que volvió a la infancia yo creo, yo creo que el volvió a donde el quedo como persona y era raro” (E4,108)

1.3.2.1.5 Disfunción familiar radicada en problemas de relación de los padres

1.3.2.1.5.1 Separación de los padres:

“...lo que pasa que en enero empezamos a tener problemas con el papá y nos separamos hace no se será como un mes...” (Mama de paciente E2, 106)

1.3.2.1.5.2 Infidelidad:

P: “es que igual con mi mama tuvimos varios problemas po, porque yo la pille en algunas cosas, después como que no había respeto, como que las dos peleábamos, nos decíamos cosas T: en que la pillaste? P: es que una vez fuimos a una fiesta y mis papas estaban a punto de separarse, y la pillé dándose un beso con otro tipo” (E6, 388-390)

1.3.2 Disfunción en relación de pareja del propio adolescente

1.3.2.1 Celos de pareja:

“...no me quiero volver a cerrar mucho con él porque por haberme cerrado mucho con mi mejor amiga me paso eso y me aislé del curso (...)yo tenía dos mejores amigas y mi mejor amigo que era el Sebastián y me aleje completamente del Sebastián porque mi pololo se ponía muy celoso de él” (E1,173-175)

1.3.2.2 Malos tratos verbales

“...ya estoy demasiado mal, porque estoy tomando las costumbres de mi mamá estoy contestando mal y eso lo reflejo con mis amigos y con mi pololo (...) lo empiezo a retar de que como se le ocurre salir en la noche y lo empiezo a tratar mal...” (E1, 107-111)

1.3.2.3 Violencia en relación de pareja del adolescente:

“y ahora igual, se me había pasado un poco el miedo pero ahora volví de nuevo, escucho ruidos en mi casa y pienso,.. y me acuerdo cuando el tiraba papeles, cuando rayaba el portón, y empiezo con el miedo al tiro” (E2,80)

1.3.2.3.1 Peligro de femicidio y amenazas graves:

“Fue a fines de septiembre es que yo estaba pololeando duré como un mes, y cuando yo terminé con esta persona él me amenazó de muerte, no aceptó que yo terminara con él” (E2, 52)“...cuando yo me iba él me amenazo con un cuchillo y él iba al lado mío amenazándome, que iba a matar a mis papás y a mi hermano (...) me amenazó que pobre de mí que fuera a carabineros porque era peor para mí, porque después si él me hacía algo y después lo dejaban libre era peor para mí y después cuando yo me iba tiro una piedra (...)y después me mandó un mensaje que me iba a matar y que no fuera a carabineros” (E2,58-60)

“Igual tuvimos que poner un aviso en carabineros, en la fiscalía todo, todo,.. lo llevamos a juicio al final, porque nos destruyó gran parte de la casa, no podíamos vivir tranquilos tuvimos que sacar a María José del colegio, la tuvimos que sacar de Santiago para que él no la siguiera, porque donde estaba ella él estaba, era terrible estuvo con vigilancia policial harto tiempo, en enero dieron la sentencia de este hombre, y le dieron su castigo lo que tenía que hacer y entre eso tenía prohibido acercarse” (mamá de paciente (E2,73)

1.4 Dificultades del adolescente para relacionarse y generar vínculos

1.4.1 Dificultad para hacer amigos

“...en el colegio es como diferente porque no me puedo hacer amigos (...) No me hallo tanto en el colegio, o sea en este colegio” (E3, 143-145)

“...trataba de ser como de juntarme con personas, pero ahora no sé, como que no puedo (...) ya llevo casi 3 años en el mismo colegio, que no puedo” (E6, 159)

1.4.2 Experiencia de abandono y soledad

“...el año pasado andaba muy sola entonces como que eso me desmotivó (...) Si porque me juntaba con dos niñas y como que de repente ellas como que se iban y me dejaban sola y yo me quedaba así como “gracias” (...) yo me sentía como un poroto en paila marina así, no calzaba en el colegio, sentía que iban todos pa allá y yo iba pa ca” (E9, 62-64)

1.5 Problemas de relación del propio adolescente con su grupo de pares.

“...repetí tercero y lo deje hace tres semanas (...) Porque tenía problemas con los compañeros” (E7, 20-24)

1.5.1 Bullyng- acoso escolar. *“yo en el curso estaba súper aislada y no tenía amigos (...) yo la sufrí mucho ahí llore todos los días incluso deje de ir al colegio por medio mes por que ya no aguantaba que me trataran mal que fueran pesada conmigo (...)Es que en ese colegio las niñas tenían mucha envidia entre todas eran todas cínicas incluso las que eran amigas ni siquiera eran amigas de verdad, íbamos a jugar cartas y me decían tu no, tu ándate, me empezaron a molestar que yo era morena que yo era negra, fea, entonces igual es súper malo ese proceso” (E1, 163-165).* *“Si un compañero me molesta me dice, que soy tonta que repetí por eso y eso(...) Es uno, pero de repente hay otro compañero que también me molesta (...)Parece que le dio conmigo” (E7, 128-134)*

1.6 Problemas de relación del adolescente con profesores

Con el profesor responsable del curso: *“... aparte que me llevo mal con mi profe jefe y eso igual me da lata” (E6, 109)*

Temor a un profesor: *“Es que han habido hartos problemas igual en mi colegio porque hay un profe que es medio pedófilo entonces eso como que igual me tiene como en shock y aparte el colegio no hace nada con respecto a eso” (E9,178)*

Desde un punto de vista del análisis del material emergente, llama la atención las múltiples causas y la diversidad de ellas que pueden afectar la salud mental del adolescente. Estos factores causales, aparecen concentradas en las diez entrevistas analizadas, lo que significa que cada una de ellas acumula varias causas posibles, las que a su vez produce varios efectos psicopatológicos traducidos en sufrimiento psíquico de diversa naturaleza e intensidad o comportamientos disfuncionales que los han inducido a buscar ayuda psicoterapéutica. Si tomamos al azar una de las entrevistas analizadas, encontramos que en ella aparecen factores causales distribuidos en mayor o menor medida en los tres grupos de causas de problemas de salud mental asociados a los motivos de consulta del adolescente, lo que permitirá hacer una hipótesis de explicación a cuando surge y porqué aparece necesaria la intervención terapéutica, es decir las motivaciones y expectativas que traen a los jóvenes a la terapia, al menos en el primer contacto con él terapeuta. Así por ejemplo, en la entrevista E4, al factor causal de tipo adaptativo por la nueva relación afectiva de su madre, se suman los trastornos psicosomáticos que la llevaron a buscar ayuda especializada que descarta alguna enfermedad neurológica, y la secuela afectiva por la pérdida de su hermana en la forma de un duelo no elaborado que le produce dolor, pena y crisis nerviosas. Todos estos factores acumulados, hacen evidente en su madre y en la propia adolescente la necesidad de una ayuda terapéutica. También, el ejemplo anterior pone en evidencia que los problemas de salud mental del adolescente no se remiten a un solo modelo de comprensión, ya que desbordan ampliamente lo meramente sintomático vinculado a los sistemas de clasificación de las enfermedades mentales, insertándose en un modelo relacional y social amplio. ¿Cuándo surge el problema y se configura un motivo de consulta? ¿Por qué aparece necesaria la intervención terapéutica?

2. El punto crítico (o de saturación del problema de salud mental) y la decisión de búsqueda de ayuda psicoterapéutica

En todos los casos estudiados en la muestra se revela un momento en que surge la necesidad de búsqueda de ayuda de diversos tipos, que incluye la profesional y que se encuentra en relación con la intensidad o nivel que alcanzan los problemas de salud mental del adolescente. A este momento, en relación con un nivel dado que alcanza el problema se ha denominado **punto crítico**, que motiva la decisión de consulta. En el ejemplo de la entrevistada E 4, ello se da por la acumulación de elementos causales y su prolongación en el tiempo que produce efectos psicológicos de sufrimiento y comportamientos que hicieron descartar una enfermedad de naturaleza orgánica, los que los conduce a una terapia psicológica. En la muestra estudiada, tal decisión ha sido impulsada por terceros, ya sea el entorno familiar y los propios padres, por el entorno social (profesores, psicólogos de colegio etc.) o por el propio adolescente.

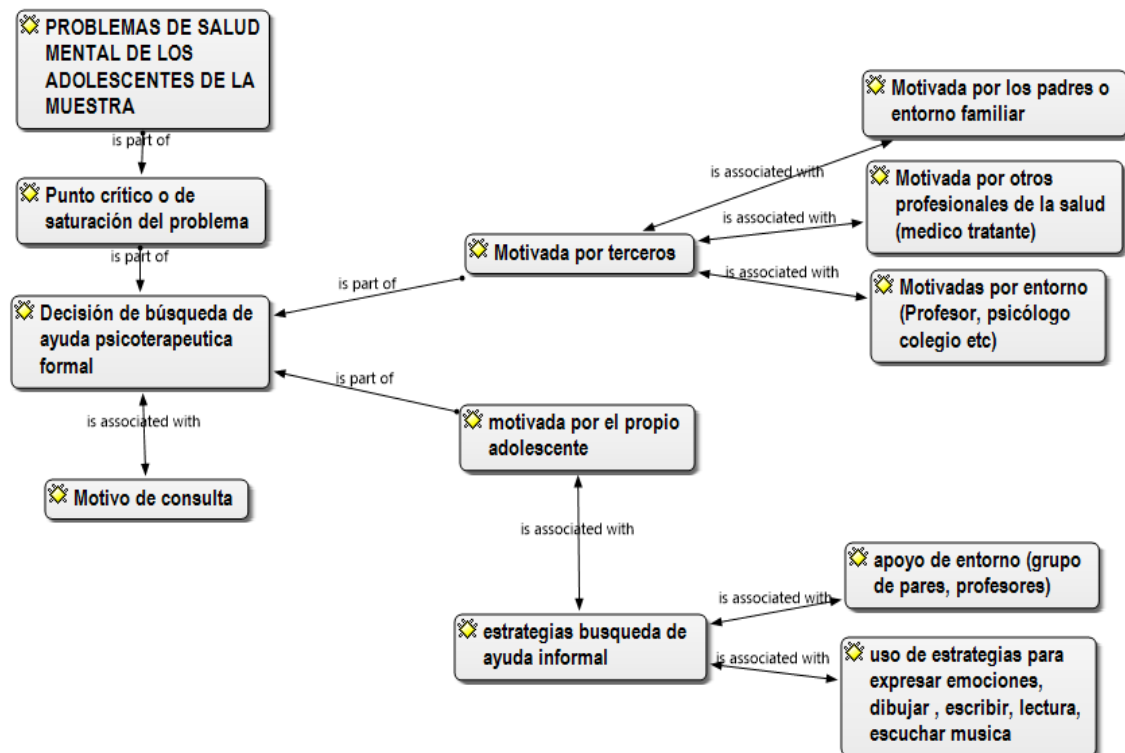


Figura 4-5. El punto crítico (o de saturación del problema de salud mental) y la decisión de búsqueda de ayuda psicoterapéutica

2.1 La decisión de búsqueda de ayuda psicoterapéutica motivada por terceros:

2.1.1 Motivada por los padres o el entorno familiar del adolescente

“yo mi hija es lo más importante es lo que más quiero, pero a lo mejor no lo estoy haciendo bien” (mamá de paciente E1, 385)

“porque vengo hoy día, porque una de las cosas que sé que tengo que hacer es apoyar a la Francisca, está pasando un momento muy difícil, ha cometido errores muy fuertes (...) mi intención...que ella se encamine nuevamente, que sea feliz como le digo yo que disfrute su niñez(...)eso lo que quiero, que ella sea feliz que aproveche que estudie, que se dé cuenta que si es cierto hay complicaciones fuertes pero que también hay un mundo de felicidad, eso es lo que me inspira venir y aprender porque he tenido que ir aprendiendo día a día a ser papá y es muy difícil no estamos preparados los seres humanos no sé si para soportar tanto pero bueno es parte de la vida y esto hay que enfrentarlo y aquí estamos” (papá de paciente E10,45-49)

“pero algo yo quiero, digamos yo estuve hablado con la psicóloga que está afuera que si la traigo es porque quiero que se profundice más en ella, que veamos bien el tema porque lo que yo quiero es un resultado (mamá de paciente E1, 315)

“Si esa es la idea para nosotros con el papá saber cómo la podemos ayudar (...)Como podemos canalizar esa ayuda porque a veces uno cree estar haciéndolo bien y de repente no” (mamá de paciente E5,480-482)

“T: ¿qué fue lo que te llevo a consultar ahora? P: Mi mamá” (E4, 25-26)

2.1.2 Motivada por otros profesionales de la salud (médico tratante)

Otro punto de entrada a la consulta psicológica ha sido la de centros de salud u otros profesionales de salud mental (psiquiatras o neurólogos) que derivan a los adolescentes a una terapia psicológica formal,

“Es que todos me han mandado para acá...Me mando en pediatra, me mando el dentista, me mando el cardiólogo, el neurólogo, mi mamá (se ríe)” (E3,20-22)

“La endocrinóloga me dijo que viniera para aprender a relajarme porque yo soy muy nerviosa” (E3, 177)

“Y bueno cuando ella le contaba todo esto, dijo que como estaba ya descartado lo de la epilepsia que él (el médico) se inclinaba por que era algo emocional y luego por los problemas y motivos no habíamos llegado hasta acá, pensé en algún minuto que a lo mejor ella lo podía solucionar, pero veo que no, que cada vez se está como hundiendo más en el sentido emocional. Le falta como mucho apoyo ella es muy hermética es muy cerrada no cuenta nunca nada tiene que ser mucho para que cuente las cosas” (mamá de paciente, E3, 223)

2.1.3 Motivada por entorno (profesor, psicólogo colegio etc.)

“T: ¿Quién la mando? P: El psicólogo de mi colegio” (E1, 48)

“...a las finales el cardiólogo, la psicóloga, todo el mundo me la mandó al psicólogo...” (Mamá de paciente E3, 125)

2.2 Motivada por el propio adolescente

Por agobio: *“no sé por qué gatilló esto, tal vez donde estaba presionado por la pruebas yo creo que eso también influenció y eso no creo no pienso en otra cosa y tal vez que me cuestionaba mucho la realidad y cuando caía en ese estado me iba más abajo y al cuestionarme la realidad como que me iba cayendo más, mas, mas” (E8,32)*

Por duelo no elaborado: *“T: Bueno claramente fuiste tú que le pediste a tu mamá que pidiera una hora.¿te hizo sentido, un clic esto de que tu hermana pudiera decir que se siente triste o tú misma has hecho algunas relaciones?, has hecho algunas relaciones, vengo porque no me llevo bien con mi hermana, y a lo mejor eso tiene que ver con mi otra hermana . P: Es que siempre lo he pensado, como que pienso que no logré superar*

la muerte de mi hermana que por eso soy así con mi otra hermana, no sé si tenga como relación” (E5, 365-366)

Por trastorno depresivo: *“Por el problema que yo vengo acá, es que lo que pasa que yo tuve con depresión el año pasado (...) pero todavía estoy con problemas porque me empezó a dar lo mismo que el año pasada me siento como cansada o hay días que amanezco súper bien otros lloro o de la nada estoy súper bien de repente y de la nada me pongo a llorar” (E2, 8-10)*

“No lo que pasa que ese día andaba mal demasiado bajonea triste y por nada yo no me quería levantar (...) me dio pena me puse a llorar y me paso eso y ahí me puse a llorar más todavía y yo a la que le cuento todas las cosas es a mi hermana. Llego y le conté paso esto, y me dijo le tenemos que contar a mi papá y yo le dije que no quería contarle a mi papá y le contó ella. T: y es ahí cuando decidieron consultar (...) P: No, no al Psicólogo, a la psiquiatra” (E10, 149-156)

T: Ya pero ¿por qué decidieron consultar a la doctora? P: Por una depresión, también por los problemas que tenía en el colegio” (E7, 125-126)

Sin embargo, es necesario señalar que los adolescentes pueden orientar la búsqueda de ayuda primaria no a los profesionales sino a su entorno inmediato, grupo de pares, o familia e inclusive en el uso de estrategias para expresar emociones como dibujo, escritura, lectura, escuchar música:

“también hable con una compañera que tenía depresión y ella como que me ha ayudado harto entonces me siento como más apoyada en todo sentido así.”(E9, 42)

“Después que se murió mi hermana yo me apague mucho a un tío mío (...) Si igual el como que me ayudo harto a sobrellevar la muerte de mi hermana” (E5, 392-395)

“...les digo me voy, yo tampoco quiero seguir en esa casa sintiéndome mal prefiero buscar un amiga o cualquier persona que me apoye un rato...” (E1, 131)

“...escuchaba Hip Hop depresivo, ¿lo conoce o no? (...) me gustaba porque me ayudaba a desahogarme” (E1, 197)

“No las hablo con nadie, pienso a veces y me pongo a dibujar (...) siempre dibujo o lo escribo (...) me encanta leer” (E5, 430)

En algunos casos la motivación a la terapia por el propio adolescente, se revela muy activa y explícita:

“yo le dije ya, pero ayúdame llévame al psicólogo y no me cambies de colegio pero llévame al psicólogo y me dijo, ya... ya me había pedido hora de hecho... y me dijo ya si tení hora el lunes” (E9, 40-42)

“T: Carolina que te hizo consultar y pedir una hora la pediste tú la pidió tu mamá .P: Yo le dije .T: O vienes un poco obligada. P: No, yo le dije a mi mamá que la pidiera” (E5, 339-342)

“...ella igual sabía yo le había pedido a mi papá el año pasado que me llevara al psicólogo...Y nunca fué y después ahora este año ella dijo como, ya vamos a ver si sirve” (E9, 178-170)

Como se puede apreciar la motivación de consulta a un psicoterapeuta está estrechamente vinculada a un nivel de intensidad o extensión de un grado de sufrimiento psíquico o a la expresión de un comportamiento de riesgo que se juzga anormal o prolongado. Para los padres, de acuerdo a lo extraído de las entrevistas, tiene que ver con la de un problema que se viene presentando desde hace tiempo, *“estoy preocupada hace mucho tiempo y sobre todo por las crisis que le debió haber contado, las cuáles no fueron descendidas sino que todo lo contrario, han ido abarcando más tiempo y se han ido manteniendo durante estos años...”(E4,201)*, o que constituye una dificultad vital para sus hijos lo que requiere ayuda profesional: *“...vengo hoy día porque una de las cosas que sé es que tengo que apoyar a la Francisca, está pasando un momento muy difícil, ha cometido errores muy fuertes ella te los comentara...” (E10, 47)*. Lo mismo ocurre con la derivación profesional, aunque en estos casos, ha sido constatar que no se está en presencia de una alteración que comprometa lo orgánico, *“...Tamara sufrió un*

desmayo entonces yo me asusté y después sufrió un desmayo más en el colegio entonces yo la lleve al médico me hicieron hacer electrocardiograma, electroencefalograma, de todo le hicieron exámenes para saber si tenía anemia. A las finales el cardiólogo, la psicóloga todo el mundo me la mandó al psicólogo...” (Mamá de paciente, (E3, 125)

Por su parte, los mismos adolescentes auto reconocen un nivel de sufrimiento o un comportamiento que consideran anormal, que los obliga a buscar ayuda en forma más o menos activa, dependiendo de otros factores contextuales que influyen su motivación y expectativas de un proceso terapéutico.

Antes de avanzar, es necesario hacer algunas consideraciones de análisis en relación a lo que se ha denominado el punto crítico, que emergen del material revisado. Si se entiende que la salud es un estado de bienestar psíquico, físico y social (OMS), se debe considerar que es un estado de equilibrio de las distintas fuerzas que influyen en esa condición de salud. El punto crítico a que se alude es entonces el punto en que se rompe ese equilibrio y esa situación se produce cuando es el propio sujeto o su entorno quienes atribuyen a las conductas presentadas o sentimientos vividos una consecuencia de sufrimiento psíquico o comportamiento anormal, como resultado de la exposición de ese individuo adolescente a una o muchas circunstancias causales, que son las responsables de la ruptura de ese equilibrio dado. Si en condiciones de salud existe armonía entre diversas fuerzas propias y del medio sociocultural, estas constituyen un capital de salud que se ve destruido por la aparición de fuerzas contrarias, dando lugar a un problema de salud mental. De esta manera se puede comprender que las diversas causas referidas en las entrevistas (violencia, eventos afectivos como ruptura amorosa, o factores biológicos, por ejemplo antecedentes genético- familiares de enfermedades mentales) puedan alterar el grado de resistencia individual del adolescente, constituyéndose en agentes agresores que terminan por romper el equilibrio del joven y se transforme en un problema de salud mental, configurando un **motivo de consulta**, que es la manifestación verbal traída a la consulta por el adolescente, o sus padres.

El punto crítico que alcanza un problema en la historia de vida de un adolescente puede concebirse entonces, como aquel punto de saturación donde una situación vivida se

transforma en una experiencia de malestar, que alcanza un nivel de objetividad o de visibilidad que cambia o amenaza un curso de vida en las actividades habituales de un individuo. Esto es reconocido por el propio adolescente o su entorno como la manifestación de un sufrimiento o conducta anormal (sentimientos de pena, desinterés, conductas disruptivas, drogadicción) y transforman ese malestar o comportamiento perturbador en un signo de enfermedad, **un motivo de consulta**, que obliga a un ajuste de comportamientos o sentimientos a través de una consulta psicológica.

Así se configura una motivación para recurrir a ayuda psicológica independientemente de que ella no esté diagnosticada según el modelo psiquiátrico-psicológico, como se ha destacado. Más bien, su percepción señala un umbral ya sea de aceptación social o de tolerancia individual, lo que constituye, en los hechos, un sistema de categorización diagnóstica propia de los sujetos involucrados (el individuo y su entorno), que puede generar la motivación a consultar, ya sea en un sistema formal (de tipo profesional o centro de salud mental) o informal. Este también es un primer germen de motivación y de expectativas en torno a la resolución del problema, que se destaca en las entrevistas realizadas tanto por padres, como por los afectados “*...estoy con problemas, porque me empezó a dar lo mismo que el año pasado, me siento como cansada o hay días que amanezco súper bien otros lloro o de la nada estoy súper bien de repente y de la nada me pongo a llorar*” (E2,10) Por lo tanto, son procesos culturales o sociales por relación a un grupo de pertenencia los que determinan, en su mayoría, los umbrales de tolerancia y el grado de desviación de la normalidad de un sufrimiento o comportamiento que irrumpe en la vida de un adolescente. También son procesos de esta naturaleza los que categorizan tales sufrimientos y comportamientos como signos de enfermedad y los que impulsan a la búsqueda de ayuda formal o informal que configuran una nueva fuente de verbalizaciones que también surgen del material analizado, ahora como elementos contextuales facilitadores o motivadores y otros, que dificultan como barreras el proceso de la terapia, expresando también las motivaciones y expectativas de los adolescentes en la primera sesión con el terapeuta. Así por ejemplo, el material analizado permite

conocer motivaciones contradictorias en relación a la decisión de consultar, tanto de padres como de los adolescentes. Es el caso de la entrevista E1 en que la madre decide la consulta con un profesional de la salud mental por un problema y su hija la relativiza *“Como que quiere que nos llevemos mejor pero así como por magia, no tiene ganas de cambiar ella, quiere que cambie yo cien por ciento, y yo no voy a cambiar cien por ciento si ella no hace ningún esfuerzo” (E1, 233)*

La situación contradictoria antes señalada, se puede extender a un conjunto de elementos contrapuestos que se describen y analizan a continuación, bajo el nombre genérico de factores facilitadores o motivadores y factores inhibitorios (barreras) para la decisión de consultar y el proceso terapéutico.

3. Los facilitadores (factores positivos o motivadores) para la decisión de búsqueda de ayuda y el proceso psicoterapéutico

El estudio realizado se verificó en un conjunto de diez adolescentes que consultaron en el sistema formal de atención en salud mental, es decir, consultaron y aceptaron venir a una consulta psicológica atendida por un profesional, psicólogo o psicóloga, que los recibió solos o acompañado de uno de sus padres.

Ya se ha puesto de manifiesto que la motivación para la consulta con un profesional de la salud mental proviene de los padres y de los adolescentes, de los padres o de los adolescentes por separado, o del entorno y puede ser conducida a través de un sistema de atención de salud formal o no. En la muestra, aparecen con claridad dos vías de acceso a la consulta. La primera vía de acceso es la del profesional médico. De esta manera, el motivo de consulta es filtrado primariamente por un centro médico o un profesional del área médica (psiquiatra o neurólogo generalmente, pediatras o médicos generales en el menor de los casos), que asimila el problema de salud mental a un criterio diagnóstico medicalizado, ya sea en términos específicos en el caso de especialistas o en un diagnóstico genérico, en el caso de no especialistas. Esta vía de acceso, no significa

necesariamente un argumento de autoridad tal que determine una motivación en el adolescente que lo haga persistir en el proceso, como se desprende de muchas de las verbalizaciones obtenidas en el estudio: *“No sé, yo creo que lo hago por la doctora no más, es que he conocido millones de psicólogos ya entonces estoy como aburrida”* (E1, 19)

La segunda vía de acceso no tiene una mediación formal del sistema sanitario. Está determinada primariamente, por la cultura social en torno a los fenómenos vinculados a la salud individual, que determinan el umbral crítico de cuando es necesario consultar. Son los padres, el entorno, o el propio adolescente, en función de sus experiencias, los que constituyen una determinación de consultar y exponer el motivo de consulta, organizado según una experiencia vital y una categorización social. También esta vía de acceso puede presentar ambigüedades en relación a las motivaciones dispares que revelan padres e hijos, las que seguirán un camino facilitador o de verdadera barrera a la motivación a persistir en un proceso terapéutico o contribuir a distorsionar las expectativas frente a la terapia, dependiendo de su origen y grado de coincidencia en los beneficios de la ayuda. Es lo que se pone de manifiesto en lo que sigue con una descripción de los elementos facilitadores, para posteriormente, continuar con las barreras a la terapia, acudiendo al material textual de la primera entrevista con el terapeuta. Ambos elementos forman parte del ambiente sociocultural del adolescente y su entorno, y se muestran también como fuerzas en pugna que pueden influir en un sentido o en otro el devenir de la terapia emprendida.

Los facilitadores (factores positivos o motivadores) de la psicoterapia

Los elementos facilitadores de la terapia psicológica son tratados aquí genéricamente, pero han sido clasificados como elementos propios del entorno familiar, del adolescente afectado, o de su entorno social. Tienen en común que actúan como una fuerza positiva que puede afectar el desarrollo de un proceso terapéutico porque contienen en su interior

núcleos interpretativos de la significación que toma el problema de salud mental categorizado como signo de enfermedad que afecta vitalmente a un sujeto adolescente.

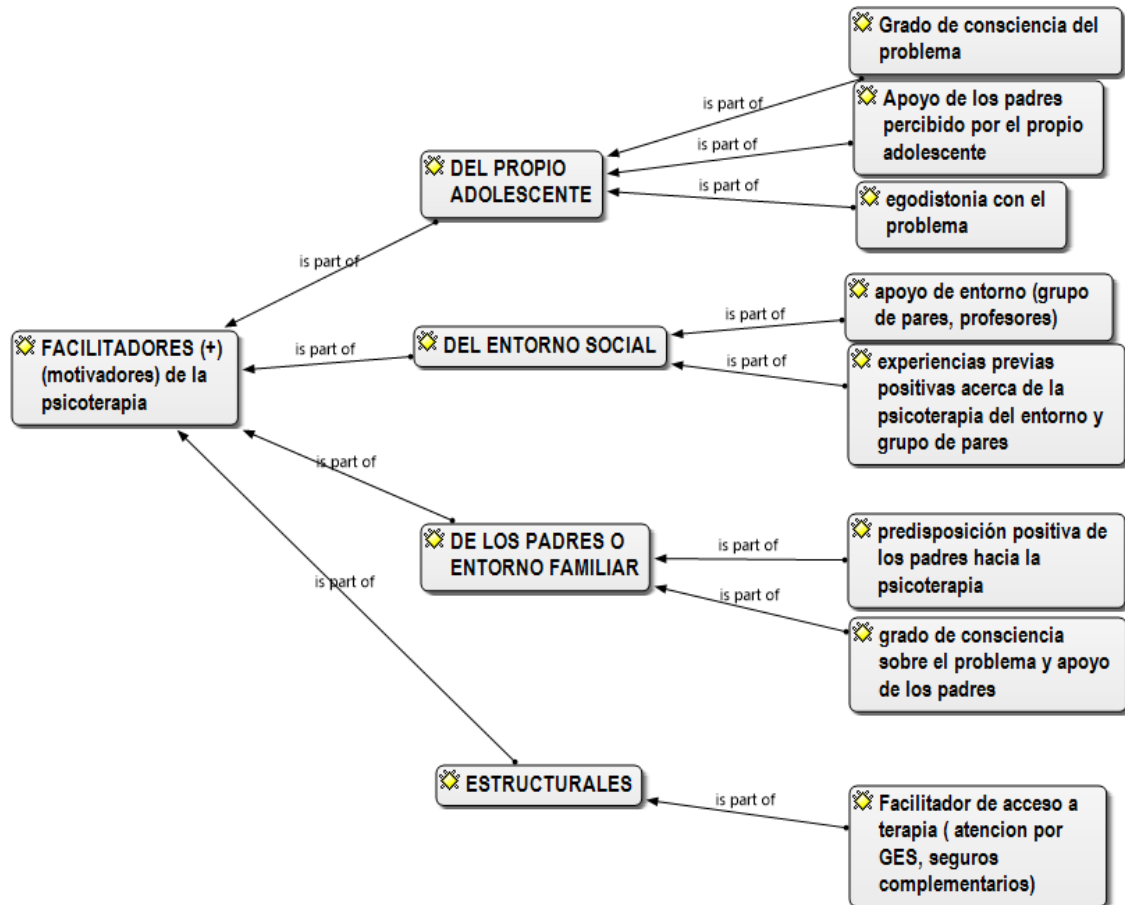


Figura 4-6. Los facilitadores (factores positivos o motivadores) de la psicoterapia.

3.1 Del propio paciente:

3.1.1 Grado de consciencia del problema.

“Es que siempre lo he pensado como que pienso que no logre supera la muerte de mi hermana que por eso soy así con mi otra hermana no sé si tenga como relación” (E5, 366)

“Es que son como permisivos para ese tipo de cosas por que confiaban en mí, pensaban que yo no iba a hacer nada bueno mi mamá sabia las cosas que yo hacía pero mi papá como siempre confiaba en mi pensaba que yo iba a una fiesta a bailar, pero yo le fallé toda esa confianza mi papá me dijo te voy a dar de nuevo toda esa confianza pero no. T: ¿Te la tienes que ganar? P: Si (E10, 179)

3.1.2 Facilitador apoyo de los padres percibido por el propio adolescente.

“...En ese sentido a mi familia la encuentro súper bien como que se preocupan mucho por mi (...)de repente igual yo encuentro que se preocupan demasiado igual (...)pero a la vez me gusta eso de que se preocupen porque sé por ejemplo, cuando estoy enfermo me van ayudar no sé, me van ayudar a mejorarme siempre van a estar ahí van ayudarme siempre me van a dar la mano eso igual me gusta pero igual a veces pienso que se sacrifican mucho(...)admiro lo fuerte y lo apegado que son” (E8, 60-66)

A que tengo el apoyo de todos, de mis tíos, de mis primos, de mis papas eso” (E8, 24)

“Bien, es que mi papá lo que más quiere es que yo me mejore (...) trata de ser lo más tierno conmigo, me abraza para que yo esté feliz, trata de hacerme reír...” (E10, 135)

“Porque yo a mi mamá le contaba todo, mi mamá fue la primera en saber que yo había perdido la virginidad” (E10, 183)

“...y justo le hablé de eso y empecé hablarle de eso que no me gustaba el colegio, pero así suavcito y de repente me puse a llorar así y ahí como que me... ahí fue como la

primera vez que sentí a mi papá así en el tema del colegio como apoyándome en serio, y ahí igual como que me relaje un poco” (E9, 14)

“...En ese sentido a mi familia la encuentro súper bien como que se preocupan mucho por mí .T: Y cómo es eso mucho por ti? P: Que de repente igual yo encuentro que se preocupan demasiado igual (...) demasiado, pero a la vez me gusta eso de que se preocupen, porque sé por ejemplo, cuando estoy enfermo me van ayudar no sé, me van ayudar a mejorarme siempre van a estar ahí van ayudarme siempre me van a dar la mano eso igual me gusta pero igual a veces pienso que se sacrifican mucho” (E8, 60-64)

3.1.3 Egodistonia con el problema.

“Si porque yo no me gusta estar así tampoco, no me gusta” (E4, 165)

3.2 Del entorno social

3.2.1 Apoyo del entorno (grupo de pares, profesores)

“hable con una compañera que tenía depresión y ella como que me ha ayudado harto entonces me siento como más apoyada en todo sentido así...” (E9, 42)

3.2.2 Experiencias previas positivas acerca de la psicoterapia del entorno y grupo de pares

“No si se, mi amiga también va al psicólogo y ella me contaba que iba a terapia familiares todo eso...” (E3, 393)

3.3 Facilitador de padres o del entorno familiar.

3.3.1 Predisposición positiva de los padres hacia la psicoterapia.

“Es genial recibir ayuda. Está en uno recibir ayuda” (mamá de paciente E5, 476-477)

“Si, uno nunca termina de aprender el ser mamá, uno debería tener un manual de repente uno se puede equivocar, entonces hay que ver ósea buscar la estrategia, mi familia todos están dispuestos si tú necesitas hablar con ellos” (mamá de paciente E4, 263).

3.3.2 Grado de consciencia sobre el problema por parte de los padres y necesidad de apoyar a sus propios hijos.

“yo sentía que no podía ayudar a María José por eso la idea que la viera un especialista” (E2, 173)

“No, eso no es problema la idea es sacarla de esto ahora y que sea feliz a mi lo único que me interesa es que sea feliz nada más” (mamá de paciente E4, 259)

“Y bueno cuando ella le contaba todo esto dijo que como estaba ya descartado lo de la epilepsia que el se inclinaba por que era algo emocional y luego por sus problemas y motivos no habíamos llegado hasta acá, pensé en algún minuto que a lo mejor ella lo podía solucionar, pero veo que no, que cada vez se está como hundiendo más en el sentido emocional le falta como mucho apoyo ella es muy hermética es muy cerrada no cuenta nunca nada tiene que ser mucho para que cuente las cosas” (E4,221)

“Si, si aprendo, este es mi último cachito y a lo mejor el más difícil por el tipo de personalidad que tiene el pero así como la traigo contigo también he hablado con su hermano y ella sabe que tengo la misión de tirarla para arriba y hacerla una mujer de bien (papá de paciente E10, 51)

“...nosotros una vez le pedimos que por qué no consultaba de estos tratamientos como de familia (...)Claro porque nosotros notamos que él tenía problemas” (E2, 201-203)

“T (...) pero tenemos la disposición y el apoyo de los papás como para trabajar en esto M: Si, si por lo menos el mío sí, y yo creo que mi esposo también, debería es cuestión de que yo hablé con él” (mamá de paciente E1, 366-368)

3.4 Facilitadores Estructurales (Programa GES)

3.4.1 Facilitador de acceso a terapia (atención por GES, seguros complementarios)

“¿y el papel del seguro? (...) Si lo que pasa que la verdad es costo cero la consulta, pero hay que llenarlo porque está dentro de lo que dio la doctora (mamá de paciente, E2, 355-357)

“...este año empezó con los problemas y nosotros no podíamos pagar de nuevo las consultas particulares y alguien me dijo que tenía que preguntar mejor en la isapre, y así fue como llegamos acá (Ingreso por GES, Auge)”, (mamá de paciente, E2, 42).

Los facilitadores son por lo tanto, elementos traductores de un conjunto de significados que tienen los síntomas, como también de las experiencias vividas o los diversos acontecimientos críticos, en el contexto particular de la historia de vida de un adolescente. Así, por ejemplo, el apoyo familiar de una familia cohesionada alrededor del paciente o la presencia de sus pares que lo ayudan a estructurar o re-estructurar su mundo de sentido ante un traumatismo psíquico, configuran para el adolescente un germen de motivación y expectativas que le darán el espacio y tiempo suficiente para comprender y reconstruir, en el espacio terapéutico, los puentes simbólicos y lógicos entre sus diversas experiencias de vida y su ambiente sociocultural. Así, al interior de su mundo de relaciones, las experiencias vividas o los comportamientos disruptivos, alcanzarán un nuevo equilibrio y su vida se dotará de un nuevo sentido.

El concepto de facilitadores se postula entonces como mucho más globalizador que un modelo explicativo de enfermedad, que fundado por un saber objetivo, neutro y libre de toda subjetividad y traducido como un puro diagnóstico, como se recoge en la investigación, bajo las fórmulas verbales de los adolescentes, “me derivó la psiquiatra,...el doctor...el pediatra...el endocrinólogo”, puede contener un núcleo de resistencia inicial más que una motivación a pedir ayuda terapéutica., dada la tendencia a la reticencia natural característica de los adolescentes. La relación de ayuda terapéutica

pasa más bien como lo reflejan los dichos de los propios adolescentes, por una comprensión de la manera como se puede vincular sus sufrimientos o comportamientos a una experiencia actual de vida, que es precisamente el objetivo de una terapia.

Los elementos facilitadores son por lo tanto, proactivos para la terapia, porque constituyen puntos de partida; por ejemplo, la conciencia de que algo no está bien: “*Si porque yo no me gusta estar así tampoco, no me gusta*” (E4, 165)

Anuda una percepción de una situación crítica en la vida de un adolescente como una experiencia cognitiva a factores afectivos tales como las reacciones subjetivas a los signos manifiestos o a la vivencia del problema en el medio o entorno que le rodea, incitando al sujeto a actuar, lo que los dota de una dimensión dinámica, movilizadora y motivadora.

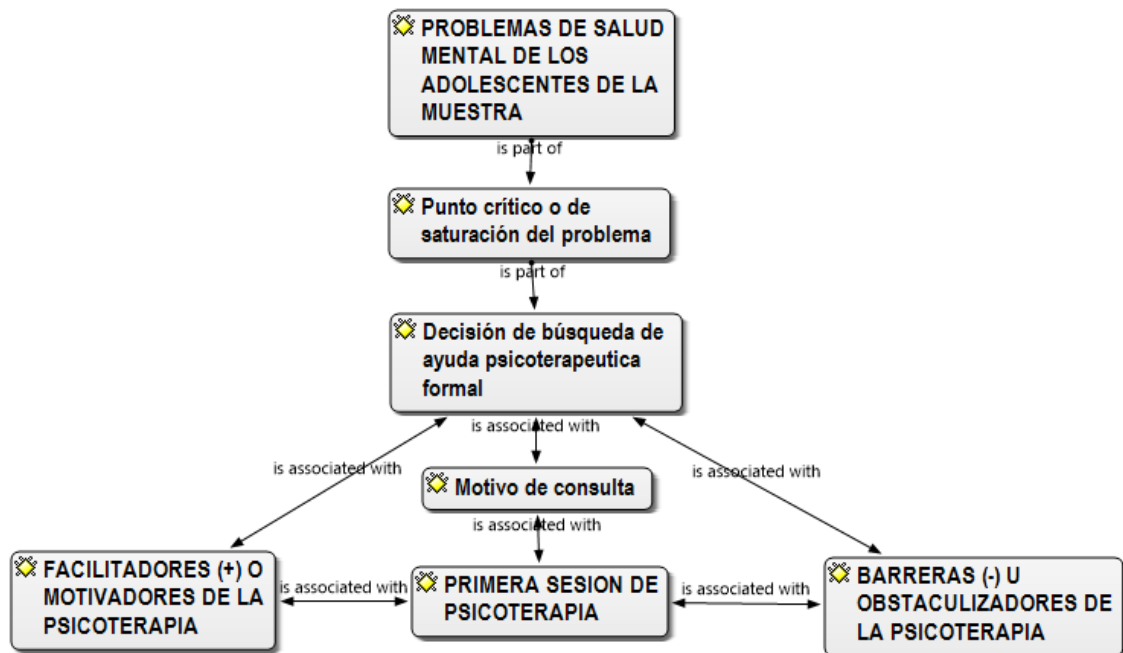


Figura 4-7. Facilitadores y barreras de la psicoterapia

4. Las Barreras (factores negativos u obstaculizadores) para la decisión de búsqueda de ayuda y proceso psicoterapéutico.

Las barreras han sido definidas como factores que pertenecen al contexto del individuo, que incluyen desde la calidad de las redes de apoyo del adolescente (familiares, escolares, del entorno) hasta las características de los sistemas de atención en salud mental, que terminan por influenciar las motivaciones y las expectativas de las personas en su decisión de solicitar ayuda terapéutica. Teniendo una connotación negativa en el sentido de obstáculos interpuestos, las verbalizaciones de los adolescentes en el primer contacto con el terapeuta se pueden comprender según el origen de estos factores de resistencia. Las hemos agrupado siguiendo la misma lógica de la clasificación de los elementos facilitadores de la terapia, es decir, como propias del adolescente, de los padres, del entorno social, y estructurales.

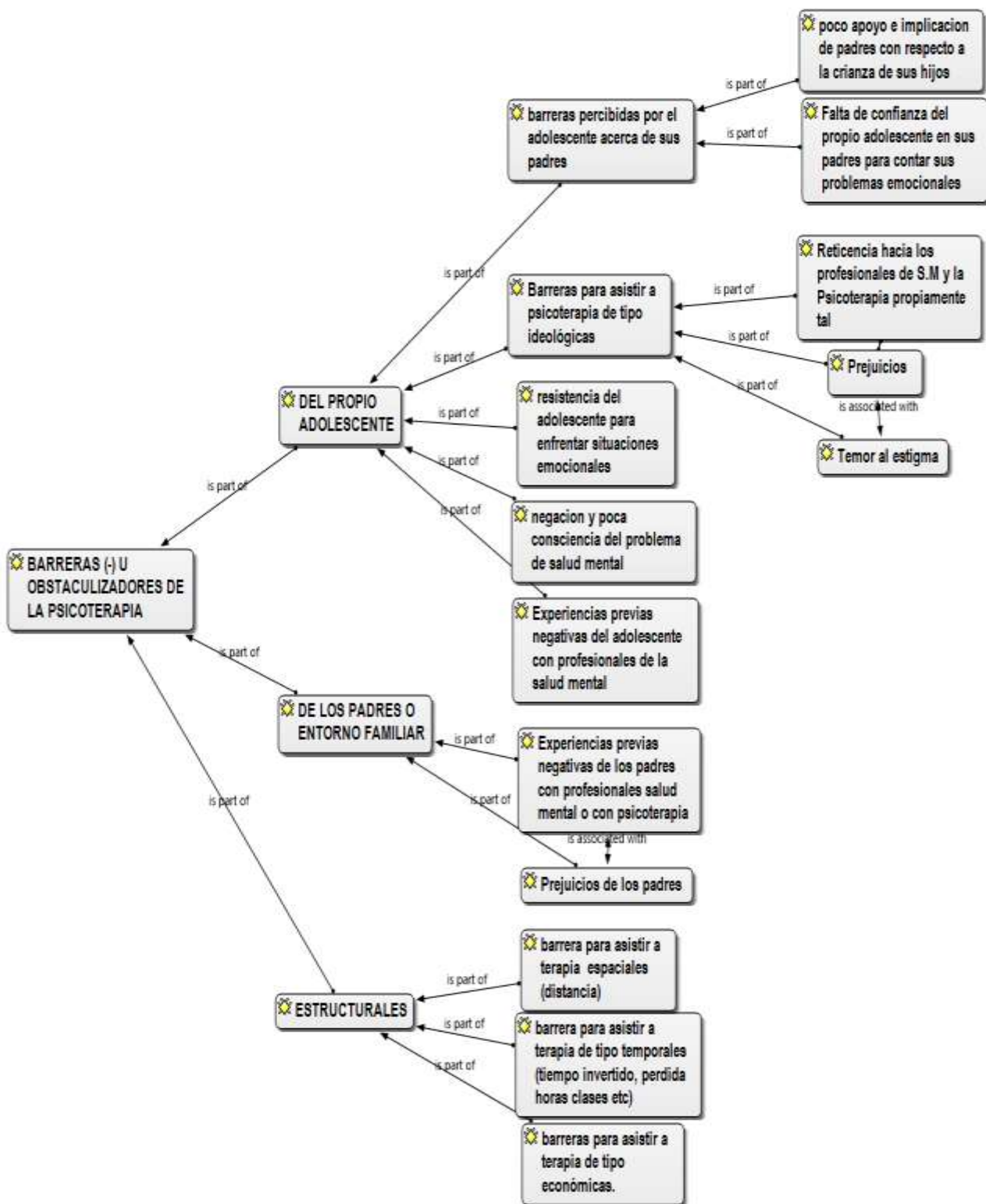


Figura 4-8. Las Barreras (factores negativos u obstáculos) de la psicoterapia

4.1 Barreras del propio adolescente

4.1.1 Barreras percibidas por el adolescente acerca de sus padres

4.1.1.1 Poco apoyo e implicación de los padres con respecto a crianza de hijos

“es que a mí me gustaría que asistiera más a mis cosas, porque cuando yo hago algo, lo hago con cariño y es para mostrárselos a ellos, entonces que no vayan a mí me da mucha pena (...) Es que yo sé que están, pero ellos no tienen ganas quizás, o tendrán otras cosas mejores que hacer pienso yo...” (E6, 287-289)

“es que yo a mi mamá la quiero mucho y me da pena que ella sea así de repente conmigo” (E6, 378)

“Porque no sé preocupa, no sabe cómo estamos nosotros, por ejemplo, nunca lo escuchado decir que me quiera, o cosas así como que nunca está ahí” (E3, 289)

“Es que ya como que estoy acostumbrada a no tenerlo, por ejemplo si necesito ir una fiesta o algo ya no le pido oye me puedes pasar a buscar o dejar nada me las arreglo sola” (E3, 327)

4.1.1.2 Falta de confianza del propio adolescente en sus padres para contar sus problemas emocionales

“Somos cercanos para leer, pero para contarle cosas mías no, me da cosa contarles mis cosas” (E5, 84)

“Por lo general me voy a la casa de mi pololo cuando me podía ir, porque con sus papas tengo confianza y conversamos todo y ellos me apoyan más que mis papas igual me quieren mucho” (E1, 133)

“Con mis papas nunca hable mucho sobre la muerte de mi hermana porque igual yo sabía que les dolía entonces no quería (...) igual me gustaría decirles a mi papas como me sentía yo en ese momento, no sé cómo decírselos” (E5, 368-372)

“No es que yo trataba de hacerme la fuerte porque veía que habían tantos problemas que yo no quería ser otro pero ahora” (E10, 95)

“Si, mi mamá tampoco confía en mí...” (E1, 251)

“ahí mi mamá le contó unas cosas terribles a mi papá cosas que yo había hecho cosas que yo le había contado a ella confidencialmente cosas que no sabía nadie se las contó a mi papá mi papá me pregunto si era verdad yo le dije que no era verdad porque no quería quedar como cualquier cosa frente de él...” (E10, 187)

4.1.2 Barreras para asistir a terapia de tipo ideológicas:

Dentro de estas podemos agrupar todos aquellos prejuicios y opiniones del mismo adolescente, así como también, desconfianza, el miedo al estigma y de ser portador de una enfermedad mental.

4.1.2.1 Reticencia hacia los profesionales de salud mental y la psicoterapia propiamente tal del propio adolescente

“Si yo pensaba que ella no iba a querer, por que al principio ella dijo que no porque hace rato que yo le estoy diciendo hija te voy a llevar a un psicólogo si conmigo no te abres, no, no que saco incluso puedo hasta mentir decía no va a servir de nada y yo le decía esa no es la idea y fijate que de poco ha ido cambiando” (mamá de paciente E4, 265)

“el problema fue que ella le dijo que no necesitaba psicóloga entonces la psicóloga dijo que mientras ella pensara que no necesita no había vuelta” (E3, 58)

“Pm: Ella se convenció más que nada para venir porque ella quiere estudiar psicología, y eso le dije yo. P: Por eso no más vine o sino no hubiese venido: T: Claro si no cree en los psicólogos, como va a estudiar psicología.” (E3, 262)

4.1.2.2 Prejuicios:

“cuando chico era peor lo lleve al psicólogo a el primero y se mandó a cambiar me dijo mamá a ella no le interesa mis cosas, ella me escucha por que a ella le pagan para eso” (mamá de paciente, E3, 218)

4.1.2.3 Temor al estigma:

“No si hace un tiempo igual me decían anda la psicólogo, anda al psicólogo como obligándome y yo no, no, no me gustan los psicólogos no me gustan, no me gustan, no me gustan, yo decía no, si no estoy loca, así que no voy a ir al psicólogo porque van puros locos...” (E10, 201)

“prefiero buscar un amiga o cualquier persona que me apoye un rato” (E1, 128)

4.1.3 Resistencia del adolescente para enfrentar situaciones emocionales

“No sé, es que igual no me gusta hablar mucho mis cosas” (E3, 371)

“Es que no me gusta sentir pena (...) Sí, la verdad es que no lloro mucho, soy como más feliz (...) Es como cuando hablo de eso y como nunca hablo de eso, soy súper feliz como no ando acordando de eso (...) Es que tampoco voy a estar toda la vida así por eso” (E3, 360-369)

4.1.4 Negación y poca consciencia del problema de salud mental

*“T:” ...me presento yo soy E. Laso soy psicóloga. Te derivo la doctora Chan conmigo”.
P: Pero ¿por qué? T : Eso es lo que quiero saber, yo te iba hacer esa pregunta a ti .P:
Es que no tengo idea, le pregunté a mi mamá y me dijo que no sabía fue como súper raro” (E1 ,8-11)*

“Una vida rara no más (...) pero, todos tenemos una vida, no sé nos tocó no más (...) Es que igual por todas las cosas que han pasado, pero igual hay familias más raras” (E3, 267-271)

4.1.5 Experiencias previas negativas del adolescente con profesionales de salud mental o en psicoterapia.

“No sé, yo creo que lo hago por la doctora no más, es que he conocido millones de psicólogos ya entonces estoy como aburrida” (E1, 19)

“...Mi mamá me dijo que, yo no me acuerdo de que yo fui al psicólogo pero me dijo que me habían hecho un tratamiento que me habían hecho dibujar cosas así que le hacen a los niños y que supuestamente iba bien el proceso, pero parece que no” (E4,272)

“Si siempre he estado con psicólogo pero nunca lo he terminado (...) como unas cinco veces” (E7, 8-10)

4.2 Barreras de los padres

4.2.1 Experiencias previas negativas de los padres con profesionales de salud mental o en psicoterapia.

“Es que una psicóloga que la verdad a mí no me gustó, haber yo voy cuando me doy cuenta que más o menos la cosa funciona pero vi que la esa psicóloga se iba para otro lado (...)pero me empezó hablar de otra cosa y yo dije esto va para otro lado no va para lo que yo quiero el problema era esto lo que está pasando (...) empezó con otro tipo de temas no era tanto de lo que le estaba pasando sino que empezó hablar otras cosas, no a mí no me gusto y yo dije que no que hasta aquí no más, no vuelvo.” (E1, 361-363)

“Como un mes fuimos súper poco porque mi esposo no quiso seguir no le gustó el psicólogo y paró la cuestión” (E1, 357)

4.2.2 Prejuicios de los padres

“Porque a mi papá nunca le gustó que yo fuera al psiquiatra, al psicólogo (...) Porque él decía que era para los locos” (E7, 62-67)

4.3 Barreras estructurales

4.3.1 Barreras para asistir a terapia espaciales (distancia)

“Es que mi mamá, la mandaron a la cuestión más lejos que había” (E1, 47)

“Lo que me da más lata es el viaje porque pucha si viniéramos en auto ya pero mi mamá deja el auto en el catorce y se viene en metro porque mi papá no la deja que venga en auto para acá” (E1,277)

4.3.2 Barreras para asistir a terapia de tipo temporales (tiempo invertido, pérdida de horas de clases)

“Si bueno lo ideal hubiese sido el día viernes porque ella sale a la una los días viernes pero esta todo copado” mamá de paciente (E5, 490)

P: “es igual tampoco me puedo retirar antes porque pierdo clases y después uuuh. T: o sea pa ti esto es una complicación. P: Sí” (E1, 43)

Pm: “¿No tiene una hora más tarde para este día? (...) Yo digo por lo lejos por que nosotros son por lo menos entre 45 o 60 minutos antes que tiene que salir(...) pero para que llegue al colegio lo hablamos en la mañana lo más probable que las dos primeras horas no alcanzara a ir al colegio” (mamá de paciente” (E2,341-347)

“Sería bueno para que ella no perdiera siempre la misma clase, porque si le toca inglés a las dos y media va a perder inglés todos los jueves entonces no es mi idea que pierda tanto de un ramo” (mamá de paciente E1,485)

“que le daba lata porque estaba lejos por que tenía que salirse del colegio” (E1, 377)

“No si yo con la doctora las únicas veces que cambiaba las hora era porque tenía prueba por ejemplo a esa hora y la tenía que cambiar (...) yo la cambiaba por una prueba y las cambiaba para más tarde, o cualquier cosa tramites que nos han salido” (E1, 285-287)

4.3.3 Barreras para asistir a terapia de tipo económicas

“como no sabíamos que podíamos traerla acá, la llevamos con una doctora particular (...) incluso le cerró el año en el colegio (...) psiquiatra... La dejó con medicamento. Lo que pasa que no pudimos continuar el tratamiento por lo caro (...) era demasiado,...y ese problema teníamos ahora claro que para el verano la María José estuvo más tranquila pero este año empezó con los problemas y nosotros no podíamos pagar de nuevo las consultas particulares y alguien me dijo que tenía que preguntar mejor en la isapre, y así fue como llegamos acá (E2, 38-40)

T: ¿Cuánto ha sido el máximo tiempo que has estado con algún psicólogo?. P: No yo creo que nunca he durado más de dos o tres sesiones. T: Puuuucha ¡nada po!. P: Porque siempre nos pedían algo, hacerme algún examen o algo y mi mamá decía “no, mucha plata” (E1, 24-27)

Desde un punto de vista de un análisis, estos factores de resistencia en su mayoría, pertenecen al individuo y su entorno humano. En este caso, es posible destacar los hábitos y creencias de los adolescentes y su entorno, que los lleva a minimizar e incluso negar la existencia de un problema de salud mental o de relativizarlos como parte de una normalidad social. Las creencias o prejuicios en torno al tema de las enfermedades mentales juegan un rol preponderante y son factores que tiene un profundo anclaje social. Si bien es cierto, es difícil organizarlos en un sistema de creencias, y se revelan como fragmentarios en la primera entrevista, pertenecen a un sistema cultural que rechaza la enfermedad mental y condicionan la búsqueda de ayuda en forma determinante. En los casos de visiones menos enfáticas como el de aceptar ciertos problemas de salud que comprometa emociones como la depresión o la angustia, más naturalizados en nuestro medio, se abre la posibilidad de modificar la resistencia cultural con un poco de esfuerzo del terapeuta o del apoyo explícito de padres o el entorno. Sin embargo, no se puede ignorar que las barreras basadas en prejuicios como el miedo al estigma por ejemplo, condiciona una fuerte resistencia y constituye una creencia rígida,

difícil de influenciar, constituyéndose en un desafío mayor para políticas de salud mental en la adolescencia y en el contexto terapéutico disminuyendo la motivación y reduciendo las expectativas de ayuda eficaz.

En otras ocasiones, minoritarias, estos factores de resistencia pertenecen a las estructuras y programas sanitarios en salud mental, es decir, al conjunto de elementos estructurales del sistema de salud adolescente, y son difíciles de obviar por razones comprensibles. Por ejemplo, la carencia de servicios adecuados para atender a este grupo, reflejada en las distancias a recorrer para acceder a un terapeuta, o la disponibilidad económica, ya que el GES como alternativa sólo está disponible en situaciones de enfermedad mental diagnosticadas oficialmente como depresión, esquizofrenia o drogadicción. Por lo tanto, los obstáculos de entrada al sistema se revelan como emergentes y constituyen frenos a cualquier ayuda terapéutica para los jóvenes.

Pero, junto con destacar los elementos facilitadores u obstaculizadores señalados que incluyen el contexto más amplio del sujeto adolescente como son sus padres y el entorno, que permiten conocer las motivaciones mayores o menores y las expectativas en una relación terapéutica de ayuda, el material analizado permite también un grado de mayor explicitación alrededor de las motivaciones y expectativas, centradas solo en el actor, es decir, emergentes del psiquismo individual del adolescente, reconocidas en la literatura como elementos moduladores del todo el proceso terapéutico.

5. Las motivaciones explícitas de los adolescentes y de sus padres presentes en la primera sesión de psicoterapia.

Las motivaciones han sido definidas como una variable en el proceso terapéutico que influencia el nivel de compromiso del individuo en los diferentes objetivos o tareas que implica el tratamiento. Como tal, alude a la reflexión personal o al grado de conciencia y capacidad individual de asignarle valor a un problema, lo que permite darle un contenido argumental a las intenciones que impulsan a una persona a actuar. En la revisión bibliográfica se ha hecho mención de su importancia para los individuos, los que buscan

naturalmente el bienestar, haciendo de la necesidad de autodeterminación, de la voluntad y capacidad del sujeto un motor del comportamiento personal que los lleve a superar comportamientos o sentimientos considerados como problemáticos.

Durante el primer contacto con el terapeuta es posible establecer un continuo de intensidad motivacional, de menor a mayor, desde la amotivación franca:

“No sé, yo creo que lo hago por la doctora no más, es que he conocido millones de psicólogos ya entonces estoy como aburrida” (E1, 19)

a una motivación explícita intrínseca : *“yo le dije ya pero ayúdame llévame al psicólogo y no me cambies de colegio pero llévame al psicólogo y me dijo ni ya... ya me había pedido hora de hecho” (E9,42)*

El criterio para ordenarlas ha sido la utilización de las referencias de los dos modelos revisados en el marco teórico.

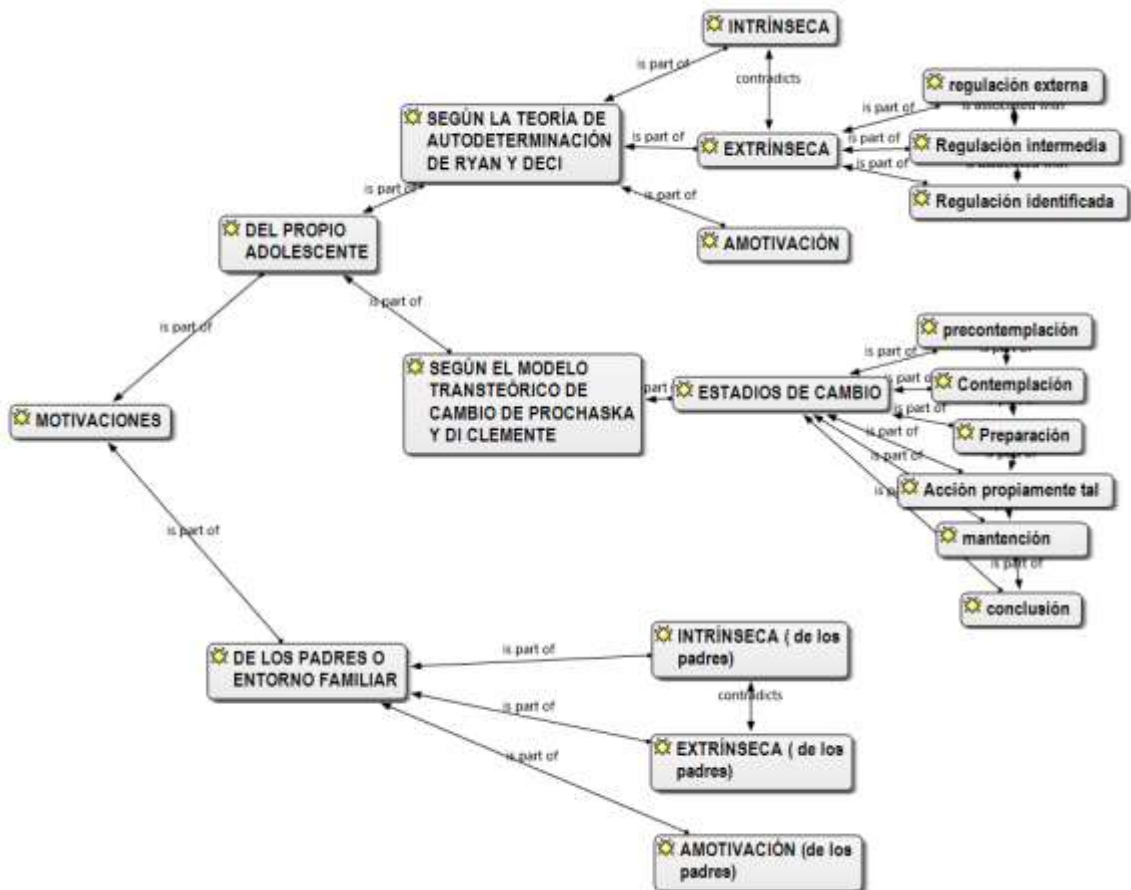


Figura 4-9. Las motivaciones explícitas de los adolescentes y de sus padres presentes en la primera sesión de psicoterapia.

5.1 Según la teoría de autodeterminación (de Ryan y Deci)

5.1.1 Motivación intrínseca

A solicitar explícitamente y de forma autónoma ayuda profesional:

“...le dije llévame al psicólogo y me dijo ya, si tení hora el lunes” (E9, 44)

“ella igual sabía, yo le había pedido a mi papá el año pasado que me llevara al psicólogo” (E9, 166)

T: Carolina que te hizo consultar y pedir una hora la pediste tú la pidió tu mamá .P: Yo le dije (...) yo le dije a mi mamá que la pidiera...” (E5, 339-340)

A generar cambios personales:

“En realidad creo que soy muy sensible y paso con mucha pena y también igual quiero para mejorar mi pololeo quiero aprender a no ser tan celosa es que igual yo confío en él pero en vez de enojarme me da pena y me pongo a llorar como cuando se juntaba con su mejor amiga (...) quiero ser más tolerante también (...) sobre todo con mi mamá” (E1, 223)

T: y tú tienes ganas de poder hablar de este tema poder buscar no sé si solución pero de poder entender lo que te está pasando? P: Si” (E5, 359)

T: Ósea te gustaría que trabajaremos en vinculo que tienes las dos con la mamá la relación que hay entre las dos .P: Si, porque yo quiero que por lo menos alguien la haga cambiar un poco (...)si eso quiero, que reflexione y se empiece a dar cuenta ella” (E1,228-231)

A mejorar estado anímico

T: Ósea hay unas ganas importantes de cómo estar bien .P: Si. T: ¿Qué te hace tener esas ganas? P: Mi papá, mi familia, mis hermanos que me quieren ver bien y yo también a veces quiero estar bien” (E10, 18-21)

Como se puede explicitar en estas citas de los adolescentes, se observa una motivación auto-determinada, que implica una fuente de energía que moviliza de forma activa y autónoma al joven para tomar decisiones como pedir una hora para el inicio de una psicoterapia, así como también, con el fin de generar un cambio personal, que implique un bienestar en el sujeto.

5.1.2 Motivación extrínseca (u que obedece a una activación externa)

5.1.2.1 Regulación externa:

“Yo le pregunte a mi mamá ¿por qué? Y no, porque tenis que ir no más” (E1, 13)

“Mamá de paciente: Ella se convenció más que nada para venir porque ella quiere estudiar psicología, y eso le dije yo. Paciente: Por eso no más vine, o sino no hubiese venido” (E3, 262-263)

Aquí podemos visualizar como la motivación es meramente exterior al adolescente (extrínseca), el cual responde sólo a recompensas materiales o al castigo. En el primer caso, la paciente solo viene por obligación de la madre, mientras que en el segundo caso, la adolescente sólo se motiva a venir porque quiere conocer el trabajo que realizan los psicólogos, ya que le gustaría estudiar la carrera más adelante. Sin embargo, vemos que en ambas, no hay mayor interés por la psicoterapia, consciencia del problema, ni deseos de generar un cambio individual.

5.1.2.2 Regulación intermedia

La endocrinóloga me dijo que viniera para aprender a relajarme, porque yo soy muy nerviosa (E3, 177)

Si bien aquí la motivación también obedece a una activación extrínseca, siendo motivados por terceros (médicos, padres etc.), implica una toma de conciencia del problema “ser nerviosa”, e interés por la psicoterapia, la que puede ser valorizada como útil para el logro del bienestar personal, en ese caso la terapia ayudaría a la paciente a “aprender a relajarse”.

5.1.2.3 Regulación identificada

“y le prometí a mi mejor amigo el Sebastián que no lo iba hacer (autoflagelación), él me ayudó mucho a que no lo iba a volver a hacer” (E1, 199)

Este tipo de motivación implica la interiorización individual de comportamientos que llevan al adolescentes a una elección de caminos (por ejemplo, dejar conductas autodestructivas), las cuales se realizan en base a una activación externa (el pololo, amigos etc.).

5.1.3 Amotivación

T: tú sabes que la psicoterapia es una vez a la semana que nos tenemos que juntar .P: Sí, igual me da lata. T: Camila es súper importante eso los procesos psicoterapéuticos porque si estás con lata no nos va a resultar esto, que piensas ¿a ver?, cuéntame la firme. P: Es que ya me daba lata venir una vez al mes y esta vez, además tengo que venir todas las semanas. T: Si, además es como que hay que tener paciencia. P: Igual salgo súper tarde del colegio (E1, 30-35)

“T: Cuánto ha sido el máximo tiempo que has estado con algún psicólogo .P No yo creo que nunca he durado más de dos o tres sesiones .T Puuuucha ¡!!nada po” (E1,24-26)

P: Si ahí me mandaron todos para allá y fui a una pura sesión. T: Y que paso en esa sesión por que no quisiste seguir yendo?. P: Es que no se, igual me puse a llorar y me quedaba súper lejos” (E3, 344-347)

Aquí por ejemplo, se ve la ausencia de motivación autodeterminada, lo cual se evidencia en las diversas excusas que utilizan los adolescentes “*me da lata, me queda lejos*” y que dificultan la permanencia y adherencia a un proceso psicoterapéutico. Las expresiones de los adolescentes además, reflejan una incapacidad para percibir un vínculo o una relación entre un comportamiento y un resultado.

5.2 Según el modelo trans-teórico de cambio (Prochaska y Di clemente)

5.2 1 Precontemplación

“Ella necesita un psicólogo, ¿vé?” (Paciente adolescente refiriéndose a su madre, E3, 253).

“T: Ya,...Ahora yo te soy súper sincera,... si tú estás sin ganas no te pueden traer obligada por qué aquí ¿quién hace finalmente la terapia? P: Es que igual de repente como que me da la lesera y siento que no ha servido de nada ir donde la doctora porque en realidad como que ella me quiere cambiar a mí y mi mamá también tiene que

cambiar no sólo yo (...) y me da rabia, entonces mi mamá no cambia nada y me aburro y me frustró, entonces siento que no ha servido de nada, si no la cambia ella, yo tampoco voy a querer cambiar “(E1, 56-59)

En ambos casos podemos apreciar la resistencia del adolescente por reconocer su problemática. Se externaliza la responsabilidad del problema poniéndola en la figura de la madre. Por lo tanto, como no hay reconocimiento (en el primer caso, y en el segundo escasa consciencia del problema), tampoco hay intención de cambiar seriamente en un futuro inmediato. Es así como las dos adolescentes adoptan una conducta defensiva, asistiendo a terapia presionados por terceros, sin considerarla como un instrumento válido que puede llevar potencialmente al cambio.

5.2.2 Contemplación

“Cuando era más chica no me acordaba tanto, ósea sabía que tenía una hermana que había fallecido pero no me afectaba tanto, tanto como que de séptimo más menos como que volvió y ya me empezó a molestar mucho” (E4, 34).

En la etapa de contemplación, señalada en la cita anterior, se puede visualizar como existe consciencia incipiente del problema por parte del adolescente. La ambivalencia y estado de incomodidad inciden en la búsqueda de ayuda.

5.2.3 Preparación

“No sé es que yo todos me dicen que es por culpa, que la culpa la tienen mis papás como haber como dejado de lado porque yo siempre eso sentí, siempre me sentí de lado, pero yo no siento que la culpa sea de ellos, siento que la culpa es mía y de nadie más que mía “(E10,139)

Este estado, se caracteriza por un grado mayor de consciencia acerca del problema, además de la aceptación de responsabilidad en éste. Implica no sólo percibir los aspectos

negativos, sino que también comenzar a percibir las ventajas del cambio. (Prochaska y Di Clemente, 1992).

5.2.4 Acción propiamente tal

“P: Siento que no debí hacer nada de eso y ahora estoy arrepentida por todo ya nada de marihuana nada de cigarro .T: ¿Dejaste todo eso? P: Asienta con la cabeza. T: ¿Desde cuándo? .P: Desde cuando me vine donde mi papá T: Ósea hay unas ganas importantes de cómo estar bien. P Sí. T: ¿Qué te hace tener esas ganas? .P: Mi papá mi familia, mis hermanos que me quieren ver bien, y yo también a veces quiero estar bien” (E10, 111-119)

Con la sensación de seguir esforzándome yo que cuando uno quiere como que puede a mí me han dicho que es así (E8, 150)

En la etapa de acción propiamente tal, vemos un encuentro entre la intención y la acción, con el objetivo de generar un proceso de cambio real. El adolescente es capaz de reestructurar su ambiente con el objetivo de resolver los problemas y alcanzar un éxito que puede ser susceptible de reconocer por su entorno.

5.2.5 Mantención

“Si yo creo que las ganas de matarme ya no están, lo supere más por mi pololo (...) que la última vez que me corte le prometí tan de corazón que no lo iba a volver hacer, que ya han pasado 10 meses y ya no me dan ganas (E1, 135)

Esta quinta etapa, se desprende por ejemplo de la cita anterior, donde la adolescente se mantiene en un estado que implica preservar el cambio adquirido en el tiempo, evitando recaídas (paciente ya no recurre a autoflagelaciones hace aproximadamente 10 meses). (Prochaska y Norcross, 1999; Velicer, Prochaska, Fava, Norman y Redding, 1998)

Los padres refrendan algunas motivaciones de sus hijos, por ejemplo la madre de la adolescente de la cita anterior, refiere sobre su hija:

“...no ha habido un solo día en que no se haya tomado su pastilla, siempre, siempre si ha tenido que salir a carrete ella vuelve de su fiesta una, una y media y después se la

toma, ella lo tomo como ley (...) yo no he tenido problemas, ella no rechaza los remedios” (mamá de paciente E1,423-425)

5.2.6 Conclusión

El último estadio de cambio (sexto) no fue posible de visualizar en la muestra de adolescentes estudiados, sin embargo, los propios autores refieren que hay que ser cautelosos, ya que pocos individuos alcanzan tal nivel de autodeterminación y decisión de mantener un cambio en forma radical.

En resumen, las motivaciones explicitadas por los adolescentes son posibles de vincular con otras verbalizaciones, que hablan de una polaridad representacional en los entrevistados: así es posible establecer que la motivación explícita, positiva, que habla del compromiso personal del sujeto con el proceso terapéutico, está prefigurada desde la decisión de solicitar ayuda y la determinación de la consulta psicológica, cultivada por los diversos factores facilitadores y sedimentada en una motivación autónoma que los lleva a la acción, haciendo posible en la psicoterapia la re-estructuración de su ambiente con el objetivo de resolver sus problemas y alcanzar un éxito susceptible de ser reconocido por su entorno y por el adolescente mismo. Por el contrario, la amotivación como postura primaria en el adolescente revela una polaridad negativa, asociada con el no reconocimiento de un problema, la nula o escasa consciencia que no motiva al cambio, la fuerte presencia de barreras ideológicas, como miedos al estigma o la connotación negativa de los problemas de salud mental en su grupo de pertenencia.

La motivación o desmotivación de los padres hacia el proceso que inician sus hijos son fuerzas complementarias que pueden, en el caso positivo, ayudarles si es que no son contradictorios con las motivaciones de los hijos, y en los casos negativos a desincentivarlos.

5.3 Motivaciones explícitas de los padres

Las agruparemos según la teoría de autodeterminación (de Ryan y Deci) en 3: motivaciones intrínsecas, extrínsecas y amotivación.

5.3.1 Intrínseca

“si la traigo es porque quiero que se profundice más en ella que veamos bien el tema porque lo que yo quiero es un resultado digamos un resultado positivo llegar a algo” (mamá de paciente E1, 315)

“nosotros estamos, pero hay cosas que no podemos controlar, no sabemos no sé si la palabra es controlar (...) o ayudar, porque no sabemos cómo” (mamá de paciente E2, 48-50)

“Si esa es la idea para nosotros con el papá saber cómo la podemos ayudar (...) Como podemos canalizar esa ayuda porque a veces uno cree estar haciéndolo bien y de repente no” (E5, 480-482)

“...yo sentía que no podía ayudar a María José por eso la idea que la viera un especialista” (E2, 173)

5.3.2 Extrínseca (Regulación externa)

“P: es que yo creo que esto lo ve más como una obligación, o sea yo hoy día iba a venir sola, porque ella me dijo que viniese sola, porque ella tenía que ir donde la asistente social, una cosa así y yo le dije que no quería venir sola porque no no, porque prefería venir con ella po” (paciente refiriéndose a su madre E6, 299)

5.3.1 Amotivación

“Como un mes fuimos súper poco porque mi esposo no quiso seguir no le gustó el psicólogo y paro la cuestión (...) Es que una psicóloga que la verdad a mí no me gusto (...) me empezó hablar de otra cosa y yo dije esto va para otro lado no va para lo que yo quiero (...) empezó hablar otras cosas, no a mí no me gusto y yo dijo que no que hasta aquí no mas no vuelvo” (E1, 357-361)

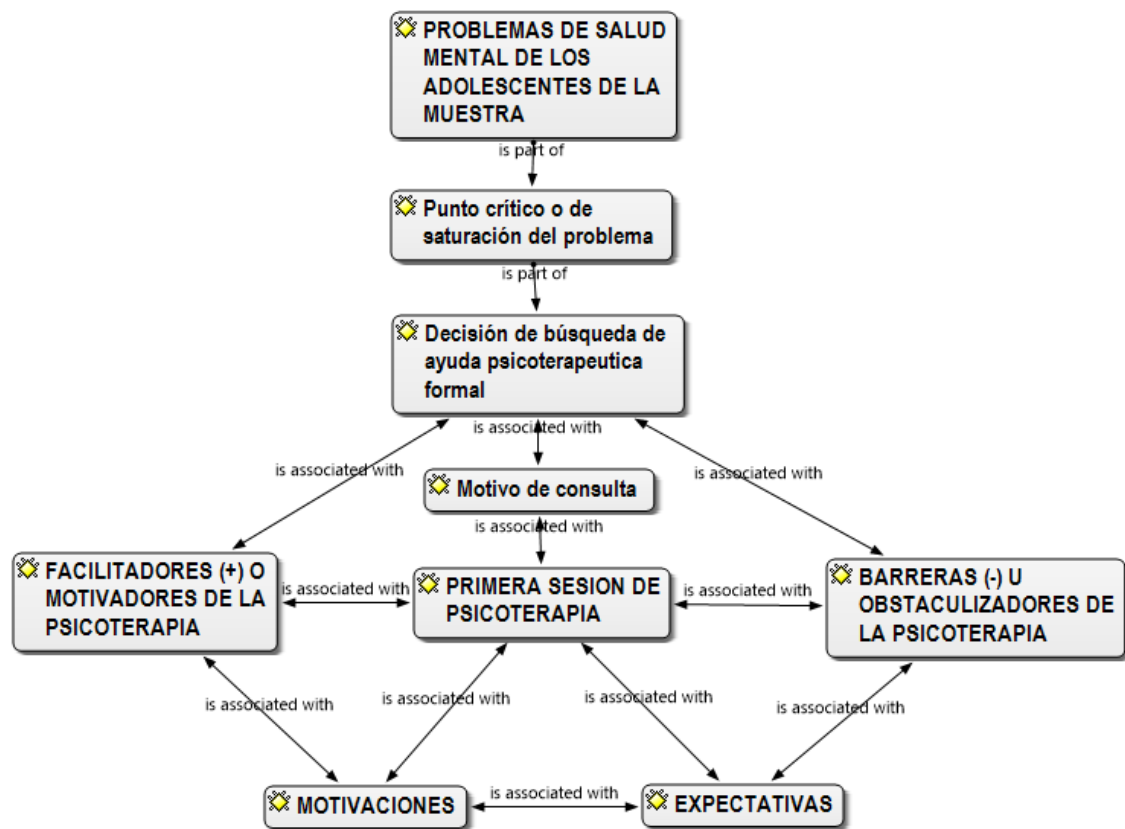


Figura 4-10. Motivaciones y expectativas en la primera consulta de psicoterapia

6. Las Expectativas explícitas del adolescente y de sus padres presentes en la primera sesión de psicoterapia.

Las expectativas en torno a la psicoterapia que aparecen en la primera sesión, también se revelan fragmentarias y en un continuo que puede ir desde un deseo genérico de ser ayudado para el logro de un bienestar o recuperación de un estado de equilibrio necesario para continuar con sus actividades cotidianas o, una carencia de ellas.

El material analizado revela las siguientes expectativas explícitas de los adolescentes en la primera sesión de psicoterapia, las que han sido agrupadas en relación a diversos

aspectos de la psicoterapia: hacia la persona del terapeuta y sus características, la terapia como proceso de ayuda, y hacia el resultado y efectividad de la misma. Complementariamente citaremos las expectativas de los padres, en relación con los mismos contenidos.

6.1 Expectativas del propio adolescente

6.1.1 Hacia el terapeuta y sus características

Como un agente de reflexión y cambios “*T: ¿Y tú crees que aquí es como que el profesional los cambia a ustedes? P: No, pero nos hace reflexionar*” (E1, 60-61)

Como una persona capacitada para ayudar: “*Me parece que está bien porque igual conocen más a las personas, porque siempre he pensado que una persona no puede ayudar a otra, pero haciendo estudios sí*” (E1, 7)

6.1.2 Hacia la terapia como proceso

Como herramienta de ayuda para el logro de una recuperación: “*...mejorar, tratar de mejorar, salir adelante, esa es mi única expectativa*” (E10, 197)

Para el logro de una capacidad de disfrutar y recuperar una funcionalidad acorde a su edad: “*T: ¿Y que te gustaría a ti Francisca de este espacio, de este espacio de terapia? P: Poder salir adelante, recuperarme volver a ser feliz. T: ¿Y que sería para ti volver a ser feliz? P: No sé, disfrutar la vida, disfrutar a mi familia, no andar todos los días amargada, triste acostá todo el día salir hacer cosas nuevas. T: ¿Disfrutar y hacer tus cosas como una niña de 14 años? P: Si*” (E10, 90-95)

Como reafirmación de obtener logros: “*Con la sensación de seguir esforzándome yo que cuando uno quiere como que puede a mí me han dicho que es así y yo sé que es verdad...*” (E8, 150)

Como un método de ayuda “*Con esa sensación de seguir subiendo el cerro, ... sabiendo que hay distintos métodos de subirlo no tan solo ir se por un camino esfuerzo, esfuerzo esfuerzo, sino que dándose lapsos de descanso y no se tratar de incorporar el método de facilitar la subida*” (E8, 154)

Como una manera de terminar lo que se inicia y resolver problemas: “*T: ...pero tú has tenido harta experiencia en el psicólogo, ¿qué es lo que tú esperas de esto de este nuevo tratamiento? P: Terminar este tratamiento, sí. T: Ya y ¿qué te gustaría resolver, trabajar? P: Los problemas que tengo*” (E7, 339-342)

6.1.3 Hacia los resultados y efectividad

Con una convicción de superación “*Saber que lo voy a superar (...) No llorar más cuando piense en él, ósea hablar de él*” (E3, 383)

Con un deseo de aliviarse de un sufrimiento. “*que pasara como este periodo como de angustia (...) que pasara rápido, y pudiera mejorarme*” (E8, 28)

Como un objetivo a lograr “*No sé, Mejorar me ó sea no es un sueño pero es una meta (...) Mejorar me, superar todo esto y dejarlo atrás, que quede encerrado y no vuelva a pasar, es como una meta que igual he tratado de superar*” (E8, 96-98)

Como una ayuda que pueda permitir una realización futura “*...sacar una carrera buena ese es uno de mis sueños, cumplir la promesa, pero más que eso ser feliz. Esos son como los tres sueños más importantes, como tener una buena estabilidad económica la promesa cumplirla y tratar de ser feliz...*” (E8, 92)

Como una forma de aprender a vivir con menos conflictos “*En realidad creo que soy muy sensible y paso con mucha pena y también igual quiero para mejorar mi pololeo quiero aprender a no ser tan celosa es que igual yo confío en él pero en vez de enojarme me da pena y me pongo a llorar como cuando se juntaba con su mejor amiga (...) Quiero ser más tolerante también (...) sobre todo con mi mamá*” (E1, 223-227)

Las expectativas explícitas de los adolescentes, revelan un deseo genérico de lograr en algún grado una recuperación de un estado de sufrimiento con la ayuda de un

profesional capacitado, con estudios y que los haga reflexionar y cambiar en función de una vida más feliz.

Estas expectativas son compartidas por sus padres o el entorno, también explicitadas en la primera entrevista.

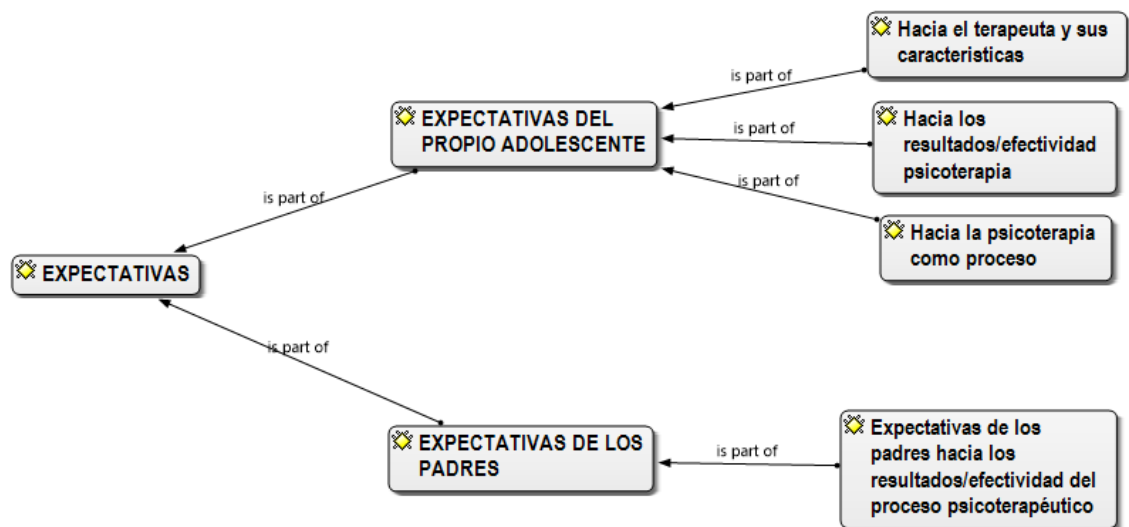


Figura 4-11. Las Expectativas explícitas del adolescente y de sus padres presentes en la primera sesión de psicoterapia.

6.2 Expectativas de los padres

6.2.1 Hacia los resultados/efectividad del proceso terapéutico

Como un método que le permita un logro de felicidad: *“No, eso no es problema, la idea es sacarla de esto ahora y que sea feliz, a mi lo único que me interesa es que sea feliz, nada más”* (mamá de paciente E4, 259)

Como un método de enseñanza: *“Ella me pregunto mucho de que se trata la psicoterapia, entonces yo le dije bueno van a tratar de darte algunas estrategias para que tú puedas manejar ciertas cosas, ciertos miedos en realidad fue puro grupo porque yo no sé (...) así que para la próxima sesión ella es como muy terrenal muy analítica*

entonces le gusta saber cómo todo que objetivo tiene cada cosa y ahí se siente tranquila” (mamá de paciente, E4, 267)

Como un objetivo de recuperar la estabilidad: *“Resultado positivo para mí, sería el cambio que mi hija volviera a estar estable emocionalmente” (E1, 317)*

Como un objetivo de ayuda a un mejor control emocional: *“...en el fondo que te van ayudar a controlar ciertas emociones cosas que están dando vueltas en tu vida y que no están resueltas” (E4, 269)*

Como un propósito de reencauzarla en un proceso de vida: *“...un poquito que ella se encamine nuevamente que sea feliz como le digo yo, que disfrute su niñez que no queme, porque ella está quemando etapas demasiado rápido ya demasiado, demasiado rápido y yo digo que aprovecha de disfrutar porque yo fui muy feliz cuando niño y es una etapa tan corta que después se hace parte de la vida el trabajo y ya entonces eso lo que quiero que ella sea feliz que aproveche que estudie que se dé cuenta que si bien es cierto hay complicaciones fuertes pero también que hay un mundo de felicidad eso es lo que me inspira venir y aprender porque he tenido que ir aprendiendo día a día a ser papá y es muy difícil no estamos preparados los seres humanos no sé si para soportar tanto pero bueno es parte de la vida y esto hay que enfrentarlo y aquí estamos” (E10,49)*

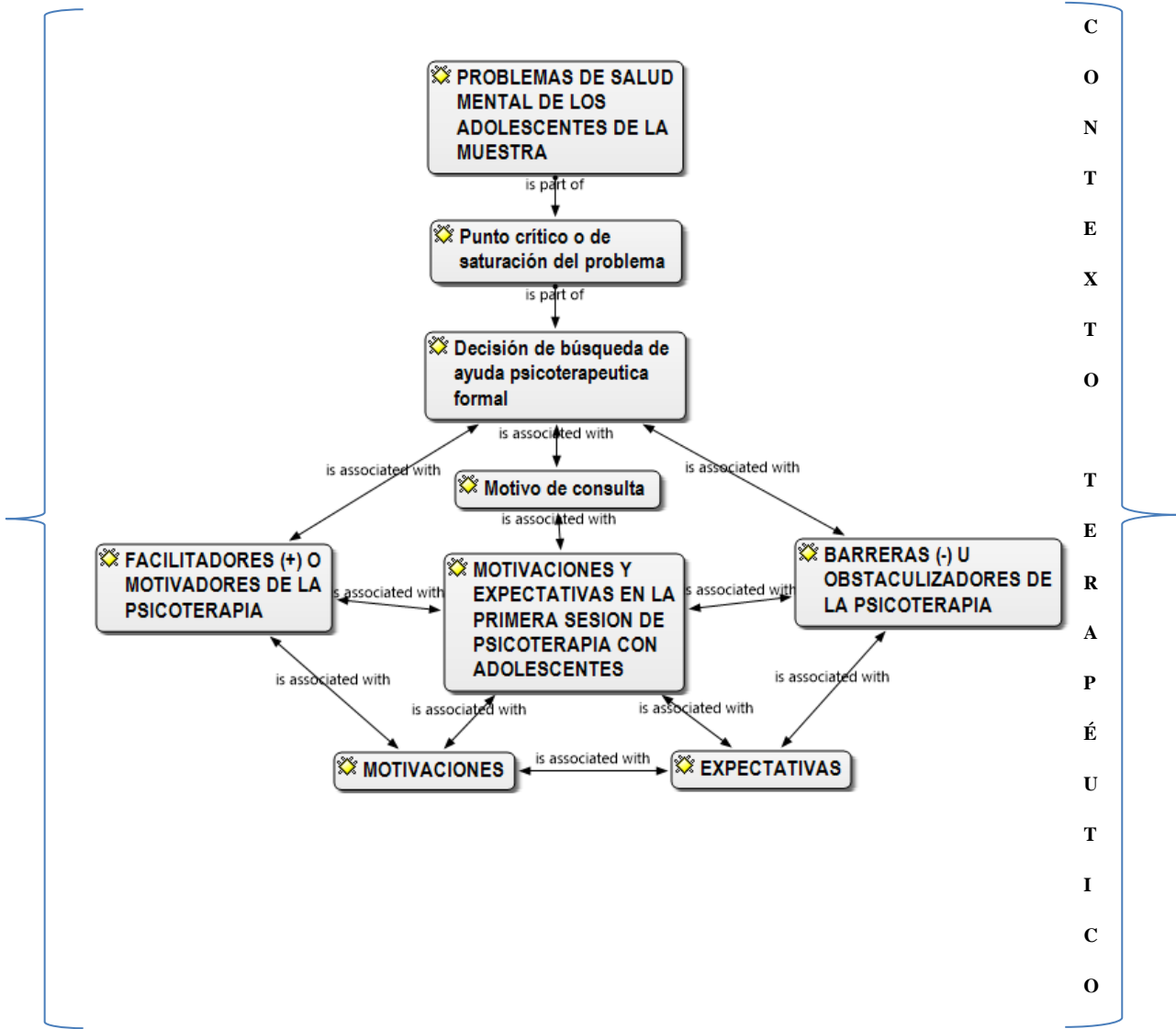
Las verbalizaciones anteriores permiten destacar como expectativas importantes, desarrollar una conexión con los profesionales, ya que consideran que la relación terapéutica es un aspecto clave de su proceso de sanación, coincidiendo con lo que aparece en la literatura. También refieren, deseos genéricos de estar informados de en qué consiste el proceso e involucrados en sus tratamientos. Sin embargo, no se encuentran expectativas, que expresen la necesidad de ser tratados con respeto, con igualdad o al mismo nivel y de no ser estigmatizados o juzgados en tanto portadores de una enfermedad mental o de síntomas psíquicos ni tampoco resalta la necesidad de los jóvenes por encontrar un espacio confiable y confortable, ya que estar en terapia, junto al hecho de ser jóvenes, es desde ya una experiencia estresante y la posibilidad de confiar y hablar catárticamente y percibir el alivio de relajarse después de hacerlo acerca de sus dificultades, es un beneficio para ellos. Ello puede deberse a que la primera

entrevista es demasiado temprano para que se geste una relación de mayor conocimiento del ambiente de la psicoterapia.

Sin embargo, también aparece una baja expectativa, centrada en la reticencia al proceso, por temor al hecho de que este es percibido como un instrumento para hacerla cambiar, lo que es resistido activamente por una adolescente *“T: Ya,...Ahora yo te soy súper sincera,... si tú estás sin ganas no te pueden traer obligada por qué aquí ¿quién hace finalmente la terapia? P: Es que igual de repente como que me da la lesera y siento que no ha servido de nada ir donde la doctora porque en realidad como que ella me quiere cambiar a mí y mi mamá también tiene que cambiar no sólo yo (...) y me da rabia, entonces mi mamá no cambia nada y me aburro y me frustró, entonces siento que no ha servido de nada, si no la cambia ella yo tampoco voy a querer cambiar”* (E1, 56-59)

“Como que quiere que nos llevemos mejor pero así como por magia no tiene ganas de cambiar ella quiere que cambie yo cien por ciento y yo no voy a cambiar cien por ciento si ella no hace ningún esfuerzo” (E1,233)

Examinando en conjunto, ambos elementos, motivaciones y expectativas explícitas, constituyen factores reconocidos por los diferentes autores, en el sentido de que influyen o pueden influenciar el proceso terapéutico en sentido positivo como negativo. Siendo así elementos del contexto de la terapia, deben ser modulados por el terapeuta. Este debe ser capaz de amalgamar conocimientos técnicos y autoridad profesional, flexibilidad personal y saber cultural ya que independientemente de la escuela de pensamiento a la que adhiera, para el logro de una alianza y eficacia terapéutica con adolescentes debe combinar con sabiduría, técnica, experiencia, compromiso cognitivo y emocional, en un contexto común de motivaciones y expectativas.



C
O
N
T
E
X
T
O

T
E

R
A
P
É
U
T
I
C
O

Figura 4- 12. Networks final: Contexto, Motivaciones y Expectativas en la primera sesión de psicoterapia

VII. CONCLUSIONES

7.1 Conclusiones Generales

La psicoterapia en adolescentes es un proceso complejo y recientemente estudiado, pero considerada una herramienta útil para reparar funcionamientos de tipo psicopatológico que emergen en esta particular etapa de la vida, caracterizada por el cambio evolutivo y el período donde aparecen importantes problemas de salud mental, a juzgar por la prevalencia documentada tanto en nuestro país como en el mundo. Paradojalmente, se conoce también una falta de congruencia entre las necesidades que tienen los jóvenes y lo que le ofrece el sistema por lo que resulta imperativo conocer el contexto en que y como se expresan las expectativas y motivaciones que trae el adolescente consultante a la psicoterapia, para poder ofrecer servicios de atención a la salud mental que respondan a sus demandas o necesidades, facilitando la utilización y la potencial eficiencia que pueda ofrecerles la técnica psicoterapéutica. La investigación emprendida, basada en el análisis de diez primeras entrevistas, pretende responder a éste desafío en varios niveles. En un primer nivel, dando a conocer como se configuran las motivaciones y expectativas al inicio del proceso de petición de ayuda terapéutica. Al respecto, es notable reconocer que éstas emergen fundamentalmente como procesos sociales y culturales, ya que en su mayoría, las decisiones de consultar a un centro de salud o a un especialista en salud mental, surgen como expresión de causas múltiples y complejas, vinculadas a circunstancias sociales y personales, más que médicas o biológicas propiamente tales, que afectan a los individuos provocando sintomatología psíquica, somática, relacionales con pares y familia, menoscabos de rendimiento académico, dificultades para asumir responsabilidades y tareas propias de la edad, riesgos vitales, etc. que para efectos de comprensión se han distribuido en tres tipos principales: asimiladas a un sistema clasificatorio de trastornos mentales (DSM), asociadas a un motivo de consulta difuso, donde claramente intervienen variables de naturaleza psico-social y otras que surgen en la convivencia con otros, incluyendo los causados por la intervención de factores como la violencia de género, familiar o de pareja. Estos factores causales, entrelazados entre

sí, pueden alcanzar, por el peso de su efecto o la prolongación en el tiempo un punto crítico de intensidad que puede ser percibido por el adolescente, sus padres o el entorno de pares o profesores y que puede determinar la decisión de búsqueda de ayuda profesional. Lo anterior pone en evidencia la relevancia de los elementos contextuales de tipo social y cultural en la génesis de aquellas perturbaciones emocionales o conductuales, definidos como problemas por los propios adolescentes o su entorno, que de experiencias vividas se transforman en problemas de salud mental y signos de enfermedad que lleva a una intervención terapéutica.

La motivación y las expectativas de una probable ayuda terapéutica reconoce así un punto de partida que se ha denominado punto crítico, que es el momento de máxima saturación de elementos causales que motiva la decisión de consulta y que es impulsada por los padres o su entorno o por el propio adolescente, en búsqueda de respuestas a algo incomprendido, soluciones a dificultades críticas de vida o al peso traducido en sufrimiento psíquico o comportamientos riesgosos que se juzgan anormales o desproporcionados en el tiempo. También la investigación realizada pone de manifiesto que el “Motivo de consulta” es el nombre o manifestación verbal que recibe el punto crítico en el momento en que se rompe el equilibrio de un estado de bienestar psíquico, biológico y social con que la OMS reconoce la salud individual, y esa situación es definida por la cultura del entorno o de los propios adolescentes afectados quienes atribuyen a las conductas presentadas o sentimientos vividos, una condición de anormalidad; que es una amenaza para el curso de vida en las actividades habituales de un individuo, y que obliga a un ajuste de comportamientos o sentimientos a través de una consulta psicológica. Lo notable que emerge del análisis del material estudiado es que esta es una motivación que surge independientemente de que ella no esté diagnosticada según el modelo psiquiátrico-psicológico, lo que explica la variabilidad de los recursos que se puedan utilizar, ya sea sistemas formales (de tipo profesional o centro de salud mental) o informales, coincidiendo con la literatura que muestra que no todos aquellos adolescentes que presentan problemas de salud mental llegan a los centros de salud mental. El hecho de que se revele que son procesos culturales o sociales

por relación a un grupo de pertenencia los que determinan, en su mayoría, los umbrales de tolerancia y el grado de desviación de la normalidad de un sufrimiento o comportamiento que está a la base de la motivación de buscar ayuda es un aporte que amplía el horizonte de comprensión a la hora de imaginar soluciones a las brechas documentadas de acceso y uso de los servicios de salud ofrecidos a los adolescentes. La misma importancia debe concederse a las verbalizaciones que surgen del material analizado en relación a los elementos contextuales facilitadores o motivadores, contradictorias y otras que obstaculizan como barreras el proceso de la terapia, coincidiendo también con la revisión de la literatura, que le asignan una influencia importante que afectan el proceso terapéutico a través del compromiso personal, el abandono precoz, la creación de una alianza terapéutica y las tasas de éxito. En la investigación, se pone de relevancia, los factores facilitadores motivadores de los padres, del propio adolescente, del entorno, que incluye la ayuda económica de programas de salud mental como el GES, pero también los importantes factores que dificultan u obstruyen la terapia donde destacan los factores culturales e ideológicos que tienen los adolescente o sus padres respecto de la enfermedad mental y los profesionales de éste campo, destacándose apreciaciones obstaculizadoras a cualquier tipo de ayuda psicológica que proviene de factores estructurales, como los económicos, las distancias o el tiempo, que también constituyen desafíos a una atención oportuna y necesaria para la población adolescente.

Conociendo de la relevancia que la literatura atribuye al inicio de la terapia, específicamente a la primera sesión, como un momento especialmente sensible para el éxito del proceso donde las creencias, motivaciones y expectativas acerca de la terapia con las que el consultante llega al tratamiento pueden influir en los resultados y en la mejoría percibida, se ha prestado especial atención a las motivaciones y expectativas explícitas que se puedan obtener en la primera consulta en un contexto natural.

La literatura ha indicado que las motivaciones son variables que influyen el nivel de compromiso del individuo en los diferentes objetivos o tareas que implica el tratamiento, asimilándolas a un grado de reflexión personal o de conciencia y capacidad individual de

asignarle valor a un problema, lo que permite darle un contenido argumental a las intenciones que impulsan a una persona a actuar, y en esa medida, un motor del comportamiento personal que los lleve a superar comportamientos o sentimientos considerados como problemáticos. Consideradas de ese modo, la primera entrevista con el terapeuta en la investigación, ha hecho posible reconocer un continuo de intensidad motivacional, de menor a mayor, desde la amotivación franca a una motivación explícita, que denota la conciencia de compromiso con la tarea terapéutica emprendida, utilizando como criterio guía los conceptos aportados por los dos modelos revisados en el marco teórico. Así se demuestra una motivación intrínseca en algunos para hacer cambios personales, o sólo una conducta motivada desde fuera, extrínseca al sujeto, o en la conceptualización del modelo trans-teórico, estados que varían desde la pre-contemplación caracterizada por la resistencia a la idea de reconocer que un comportamiento plantea un problema y que debe ser modificado, hasta aquella de la preparación que se caracteriza por el encuentro de la intención y la acción aunque los esfuerzos desplegados sean todavía insuficientes para consolidar una decisión de cambio, pasando por el estado de contemplación, que demuestran conciencia del problema, pero se caracterizan por la ambivalencia, aspecto común de encontrar en la psicoterapia con adolescentes. Por su parte, las expectativas explícitas se revelan en un continuo que va desde un deseo genérico de contar con herramientas, de reafirmación de logros o como método de ayuda, de ser ayudado para el logro de un bienestar o recuperación de un estado de equilibrio necesario para continuar con sus actividades cotidianas. También se destacan la ayuda del terapeuta como un agente de reflexión y cambios y una persona, que en tanto está preparada, está capacitada para ayudar, y así lograr resultados que les permita superarse, aliviar un sufrimiento o una ayuda que pueda permitir una realización futura y aprender a vivir con menos conflicto. Si bien las verbalizaciones anteriores permiten destacar como expectativas importantes desarrollar una conexión con los profesionales, no se encuentran expectativas, citadas en la literatura, que expresen la necesidad de los adolescentes de ser tratados con respeto, con igualdad o al mismo nivel y de no ser estigmatizados o juzgados en tanto portadores de

una enfermedad mental o de síntomas psíquicos ni tampoco resalta la necesidad de los jóvenes por encontrar un espacio confiable y comfortable, características posibles de encontrar en un proceso más avanzado. Pero aún así, las motivaciones y expectativas traídas a la primera consulta con el profesional cristalizan la demanda de ayuda terapéutica. El análisis de su contenido, permite dar cuenta precozmente de tres tipos de adolescentes en relación a estos aspectos. Estos tres tipos son, primero, adolescentes motivados a la terapia psicológica, los que reconocen desde el momento de la decisión a la consulta características proactivas, factores facilitadores motivadores y expectativas positivas de querer ser ayudados por un profesional de la salud mental y por el proceso terapéutico (E2, E4, E5, E8, E10) Un segundo grupo de adolescentes, se reconocen por una actitud ambivalente, donde reconocen un problema, pero manifiestan barreras o resistencias a la ayuda terapéutica, siendo más bien motivados extrínsecamente por sus padres o por el entorno (E9, E1). Finalmente, se reconoce un tercer grupo de adolescentes desmotivados, que desde el comienzo verbalizan una negación o falta de conciencia de la necesidad de ayuda o de problemas de salud mental, y aunque sean referidos por sus padres, profesionales u otros de su entorno, consistentemente demuestran una reticencia o resistencia a la ayuda profesional, manifestando expectativas negativas hacia el proceso de la terapia (E2, E6, E7). Estas tres agrupaciones de adolescentes que emergen de la investigación deberán ser estudiados en investigaciones específicas en torno a sus motivaciones y expectativas, pero su caracterización inicial es un aporte interesante obtenido en la primera entrevista y contacto con el terapeuta y apuntan al rol que éste debe tener desde el comienzo del proceso terapéutico. Este debe ser capaz de amalgamar conocimientos técnicos y autoridad profesional, flexibilidad personal y saber cultural ya que independientemente de la escuela de pensamiento a la que adhiera, para el logro de una alianza y eficacia terapéutica con adolescentes debe combinar con sabiduría, técnica, experiencia, conocimiento de la cultura adolescente, compromiso cognitivo y emocional, en un contexto común de motivaciones y expectativas.

7.2 Limitaciones y proyecciones de la investigación

La investigación realizada en diez entrevistas a adolescentes arrojó importantes conclusiones, pero, al mismo tiempo tiene limitaciones derivadas; primero, del pequeño número de sujetos de estudio, lo que impide una representación más amplia de las temáticas abordadas. Se agrega a ello, en segundo lugar, que en varias entrevistas se recibiera simultáneamente a madres o padres y pacientes, lo que restó tiempo para que el adolescente pudiera extenderse en la verbalización de su problema. Tercero, las entrevistas se circunscribieron al primer contacto con el terapeuta, en condiciones naturales de atención, lo que impide focalizar la atención a los temas propios de la investigación, motivaciones y expectativas. Ello implicó una dispersión de contenidos no atingentes, que dificultó encontrar categorías adecuadas para dar respuestas a las preguntas propias de la investigación. El sesgo de género con predominio absoluto de mujeres en la muestra, no permitió extraer conclusiones en torno a diferencias de género en torno al comportamiento masculino, señalado como relevante en muchos estudios consultados. Sin embargo, y pese a las limitaciones referidas, la investigación y conclusiones resultantes permite conocer aspectos de complejidad e interés del problema que no aparecen en estudios consultados, como poner de relieve la importancia de los factores sociales y culturales en la génesis de los problemas de salud mental, el desarrollo de un proceso de búsqueda de ayuda, la determinación del momento de la consulta y las determinaciones facilitadoras u obstaculizadoras del proceso inicial de la terapia: todo ello, ayuda a comprender en un nivel de profundidad mayor el fenómeno estudiado y las motivaciones y expectativas que el adolescente trae a un primer contacto con el terapeuta.

Las proyecciones se derivan de los resultados obtenidos, haciéndose evidentes continuar con el estudio del proceso terapéutico para conocer cómo se comportan estas categorías en el tiempo, en tanto cuanto su influencia se demuestra como fuerzas que pueden afectar el proceso en su conjunto, y en ese sentido conocer de sus efectos en la

estructuración y consolidación de una alianza terapéutica o el rol del terapeuta en el manejo de tales factores. Estudios más amplios, como la utilización de entrevistas semi-estructuradas en poblaciones homogéneas separadas por sexo o edad o grado de escolaridad, permitirán representar más adecuadamente las poblaciones en estudios. Finalmente, la combinación de estudios cuali-cuantitativos permitirá conocer la relación entre diferentes variables y sus respectivas influencias en la adhesión al tratamiento o resultados finales.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Abblett, M. (2002). Motivation for change in psychotherapy: The relationship between the transtheoretical model and self-determination theory and prediction of clinical services utilization. (Dissertation Abstracts International, 63). Disponible en: EBSCOhost.

Aharonovich, E., Amrhein, P., Bisaga, A., Nunes, E., & Hasin, D. (2008). Cognition, commitment language, and behavioral change among cocaine-dependent patients. *Psychology of Addictive Behaviors*, 22, 557-562. doi: 10.1037/a0012971

American Psychiatric Association (2002). DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson. ISBN 978-84-458-1087-3.

Amrhein P, Miller W, Yahne C, Palmer M, Fulcher L. (2003) Client commitment language during motivational interviewing predicts drug use outcomes. *J Consult Clin Psychol*. Oct. 71 (5), pp.862-78.

Auld, F. y Murray, E. (1955). Content-Analysis Studies of Psychotherapy En: Stollak, G., Guerney, B. & Rothberg, M. (Eds). *Psychotherapy Research Selected readings*, USA: Rand Mc Nally y Co.

Barker, G (2002). Adolescents, social support and helpseeking behavior: an international literatura review and program consultation with recommmendations for acion Geneva: World health organization

Benenson, J y Koulnazarian, M. (2008). Sex differences in help-seeking appear in early childhood. *British Journal of Developmental Psychology*, 26, pp.163-169

Berger, C (2004). Subjetividad adolescente: tendiendo puentes entre la oferta y demanda de apoyo psicosocial para jóvenes. *Psyche*. 13 (2), pp. 143-157.

Bergeron, E., Poirier, L., Fournier, L., Roberge, P y Barrette, G. (2005). Determinants of service use among young Canadians with mental disorders. *The Canadian Journal of Psychiatry*. Special Issue: The Canadian Academy of Psychiatric Epidemiology (CAPE) look at the Canadian Community Health Survey, Cycle 1.2, 50, pp. 629-636

- Biering, P. (2010). Child and adolescent experience of and satisfaction with psychiatric care: A critical review of the research literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17, pp. 65-72.
- Binder, P, Holgersen, H., & Nielsen, G. (2008). Establishing a bond that works: A qualitative study of how psychotherapists make contact with adolescent patients. *European Journal of Psychotherapy and Counselling*, 10, pp. 55-69.
- Blatt, S. J. & Felsen, I. (1993). Different kinds of folks may need different kinds of strokes: The effect of patients' characteristics on therapeutic process and outcome. *Psychotherapy Research*, 3, pp. 245-259.
- Boldero, J. y Fallon, B. (1995). Adolescent help-seeking: What do they get help for and from whom? *Journal of Adolescence*, 18, pp. 193-209.
- Bordin, E. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), pp. 252-260
- Brauner C y Stephens C (2006). Estimating the prevalence of early childhood serious emotional/behavioral disorders: challenges and recommendations. *Public Health Rep.* ; N°121, pp. 303-310. Recuperado en 15 mayo de 2016. Disponible en: http://www.jstor.org/stable/20056962?seq=1#page_scan_tab_contents
- Brogan, M. M., Prochaska, J. O., & Prochaska, J. M. (1999). Predicting termination and continuation status in psychotherapy using the transtheroretical model. *Psychotherapy*, 36, pp.105-113.
- Bury, C., Raval, H., & Lyon, L. (2007). Young people's experiences of individual psychoanalytic psychotherapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 80, pp.79-96.
- Bussing, R., Zima, B, Gary, F, y Garvan, C. (2003). Barriers to detection, help-seeking, and service use for children with ADHD symptoms. *Journal of Behavioral Health Services and Research*, 30, pp. 176-189.
- Cáceres, P. (2003). Análisis Cualitativo de Contenido: Una alternativa metodológica alcanzable. *Revista Psicoperspectivas*, volumen II (pp.53-82) Valparaíso: Ed. Pontificia Universidad Católica de Valparaíso

- Callahan, J., Hyman, M. (2005) Models of psychotherapy outcome: are they applicable in training clinics? *Psychological Services*, 2, pp.65-69
- Carlberg, G., Thorén, A., Billström, S., & Odhammar, F. (2009). Children's expectations and experiences of psychodynamic child psychotherapy. *Journal of Child Psychotherapy*, 35 (2), pp.175–193.
- Carlton, P y Deane, F. (2000). Impact of attitudes and suicidal ideation on adolescents' intentions to seek professional psychological help. *Journal of Adolescence*, 23, pp. 35-45.
- Chambless D y Ollendick T. (2001): Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Rev. Psychol.*, 52: pp. 685-716
- Ciarrochi, J., Deane, F, Rickwood, D y Wilson, C (2003). Do difficulties with emotions inhibit help-seeking in adolescence? The role of age and emotional competence in predicting help-seeking intentions. *Counselling Psychology Quarterly*, 16, pp. 103-120.
- Coleman, D. J., & Kaplan, M. S. (1990). Effects of pretherapy videotape preparation on child therapy outcomes. *Professional Psychology: Research and Practice*, 21, 199-203.
- Coll, C, Palacios, J y Marchesi, A (2004). *Desarrollo psicológico y educación*. Madrid: Editorial Alianza S.A.
- Costello E, Mustillo S., Keller G y Angold A. (2004). Prevalence of psychiatric disorders in childhood and adolescence. In: Levin BL, Petrila J, Hennessy KD, eds. *Mental Health Services: a Public Health Perspective*, Second Edition. Oxford, UK: Oxford University Press, pp. 111–128.
- Costello E., Egger H y Angold A (2005). 10 year research update review: the epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: In. *Methods and public health burden*. *J Am Acad Child Adol Psychiatry*, 44, pp. 972–986.
- Davies, J. & Wright, J. (2008). Children's Voices: A Review of the Literature Pertinent to Looked-After Children's Views of Mental Health Services. *Child and adolescent mental health*, 13, 26-31.
- Deci, E y Ryan, R. (1985) *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. N.Y: Plenum.

- Dew, S. E., Bickman, L. (2005). Client expectancies about therapy. *Mental Health Services Research*, 7, pp. 21-33)
- Di Clemente C, Schlundt D, Gemmell L & J Addict (2004). Readiness and stages of change in addiction treatment. *13* (2), pp.103-19.
- Dozois, D., Westra, H, Collins, K, Fung, T, & Garry, J (2004). Stages of change in anxiety: Psychometric properties of the University of Rhode Island Change Assessment (URICA) scale. *Behaviour Research And Therapy*, 42 (6), pp. 711-729
- Echávarri, O., Maino, M., Fischman, R, Morales, S. y Barros, J. (2015) Aumento sostenido del suicidio en Chile: un tema pendiente. *Centro de Políticas Públicas UC. Temas de la Agenda Pública*, 10 (79)
- Erickson, E (1968). *Identidad, juventud y crisis*. Buenos aires: Paidós.
- Ezpeleta, L, Granero, R, De la Osa, N, Domenech, J y Guillamón, N (2002). Perception of need for help and use of mental health services in children and adolescents. Do they share the same predictors? *Rev. Psicothema* Vol 14 (3), pp.532-539.
- Farrand, P., Parker, M. y Lee, C. (2007). Intention of adolescents to seek professional help for emotional and behavioural difficulties. *Health & Social Care in the Community*, 15, pp. 464-473
- Fernández O, Perez C, Krause, M (2016). Therapeutic alliance in the initial phase of psychotherapy with adolescents: different perspectives and their association with therapeutic outcomes. *Research in psychotherapy: psychopathology, process and outcome*, 19, pp. 1-9. Doi:10.4081/ripppo.2016.180
- Fernández, O, Pérez, J, Glooger, S y Krause, M (2015). Importancia de los cambios iniciales en la psicoterapia con adolescentes. *Terapia psicológica*, 33, pp. 247-255
- Fernández, O, Herrera, P y Escobar, M (2016). Adolescentes en psicoterapia, su representación de la relación terapéutica. *Revista latinoamericana de ciencias sociales, niñez y juventud*, 14 (1), pp. 559-575
- Frank, J. (1959). Problems of Controls in Psychotherapy as Exemplified by the Psychotherapy Research Project of the Phipps Psychiatric Clinic. En: Goldstein, A. &

- Dean, S. (1966). *The Investigation of Psychotherapy: commentaries and readings*, New York: John Willey and Sons.
- Gasquet, I., Chavance, M., Ledoux, S. y Choquet, M. (1997). Psychosocial factors associated with help-seeking behavior among depressive adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 6, pp.151-159.
- Glaser B & Strauss A. (1967). *The Discover of Grounded: Strategies for Qualitative research*. Chicago: Aldine Publishing Company.
- Goldfried, M, Greenberg, L. & Marmar, C (1990). Individual psychotherapy: Process and outcome. *Annual Review of Psychology*, 41, 659-688.
- Gómez Vargas, M. (2010). Concepto de psicoterapia en psicología clínica. *Rev. Psicol. Univ, Antioquia (online)*, 2 (2). pp. 19-32. ISSN 2145-4892
- Gonzalez, J., Tinsley, H. y Kreuder, K. (2002). Effects of psychoeducational interventions on opinions of mental illness, attitudes toward help seeking, and expectations about psychotherapy in college students. *Journal of College Student Development*, 43, pp. 51-63.
- Gordon, M., & Russo, K. (2009). Children's views matter too! A pilot project assessing children's and adolescents' experiences of clinical psychology services. *ChildCare in Practice*, 15, pp. 39-48
- Green, J. (2006) Annotation: the therapeutic Alliance-A significant but neglected variable in child mental health treatment studies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47 (5), pp. 425-435
- Hansen, N., Lambert, M., Forman, E. (2002) The psychotherapy dose-response effect and its simplification for treatment delivery services. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, pp. 329-343
- Hernández R., Fernández C. y Baptista P (1998). "Metodología de la Investigación". México: McGraw-Hill Interamericana editores.
- Hill, C. (1990). Exploratory in-session process research in individual psychotherapy: A review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, pp. 288-294.

- Hill, C. (2005). Therapist Techniques, Client Involvement, and the therapeutic Relationship: inextricably intertwined in the Therapy Process. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42 (4), pp. 431-442.
- Howard, K, Lueger, R, Maling, M, y Martinovich, Z. (1993). A phase model of psychotherapy outcome: causal mediation of change. *J. Consult. Clin. Psychol*, 61, pp.678-685.
- Hubble, M, Duncan, B & Miller, S (1999) *The heart and soul of change: What works in therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Joe, G, Simpson, D y Broome, K (1998). Effects of readiness for drug abuse treatment on client retention and assessment of process. *Addiction*, 93, pp.1177-1190.
- Karver, M, y Caporino, N. (2010). The use of empirically supported strategies for building a therapeutic relationship with an adolescent with Oppositional-Defiant Disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 17, p.222-232.
- Kazdin, A (2004). *Psychotherapy for children and adolescents*. En M. Lambert (ed.) *Bergin and Garfields handbook of psychotherapy and behavior change*. New york: Wiley and sons.
- Kazdin, A, Mazurick J, Siegel T (1994). Treatment outcome among children with externalizing disorder who terminate prematurely versus those who complete psychotherapy. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 33 (4) pp.549-57. Recuperado 19 de julio 2016 disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8005908>
- Kennedy, E. (2004). *Child and adolescent psychotherapy: A systematic review of psychoanalytic approaches*. NHS Strategic Health Authority. London: North Central London.
- Krause, M (1994). *La investigación cualitativa: un campo de posibilidades y desafíos*. *Revistas de Psicología Universidad de la Serena*, 2, pp.17-33.
- Krause, M. (2005). *Psicoterapia y Cambio. Una mirada desde la subjetividad*. Santiago de Chile: Ediciones Universidad Católica.

- Lambert, M y Ogles, B (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. En: Lambert, M (Ed). Bergin and Garfield's handbook of Psychotherapy and behavior change. (5 ° ed, pp. 139- 193) New York: Wiley and sons
- Lemma, A. (2010). The power of relationship: A study of key working as an intervention with traumatised young people. *Journal of Social Work Practice*, 24, pp. 409-427.
- Levisky, D (1999). *Adolescencia: Reflexiones psicoanalíticas*. Buenos aires: Lumen.
- Lévi-Strauss, C (1977). "La eficacia simbólica". En *Antropología estructural*, Buenos Aires: Eudeba.
- Lewis, C, Simons, A, Silva, S., Rohde, P., Small, D, Murakami, J., et al. (2009). The role of readiness to change in response to treatment of adolescent depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(3), pp. 422-428.
- Logan, D y King, C. (2001). Parental facilitation of adolescent mental health service utilization: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8, pp.319-333.
- Martínez, M. (2007). Mirando al futuro: desafíos y oportunidades para el desarrollo de los adolescentes en Chile. *Psyche*, 16 (1).pp.3-14
- Mella, O. (2003). *Metodología Cualitativa en Ciencias Sociales y Educación: Orientaciones teórico-metodológicas y técnicas de investigación*. Santiago: Ed. Primus.
- Merikangas, K, He, J, Burstein M, Swanson S, Avenevoli S, Cui L, et al. (2010). Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication-Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49, pp. 980-989.
- Midgley N y Kennedy, E) (2011) Psychodynamic psychotherapy for children and adolescents: a critical review of the evidence base. *Journal of Child Psychotherapy*, 37 (3) pp. 232–260
- Muñoz, J. (2005). *Análisis Cualitativo de Datos Textuales con ATLAS.TI*. Barcelona: Ed. Universitat Autònoma de Barcelona.

- Nock, M. & Kazdin, A. (2001). Parent expectancies for child therapy: assessment and relation to participation in treatment. *Journal of Child and Family Studies*, 10, pp.155-180.
- Norcross, J, Krebs, P, & Prochaska, J. (2011). Stages of change. *Journal of Clinical Psychology*, 67 (2), pp.143-154.
- Oetzel, K. & Scherer, D (2003). Therapeutic engagement with adolescents in psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 40, pp. 215- 225.
- Páramo, M (2011). Psicoterapia para adolescentes y perfil del psicólogo: análisis de contenido de discursos grupales. *Revista argentina de clínica psicológica*, 20, pp. 133-142.
- Pérez Serrano, G (1994). *Investigación Cualitativa: Retos e interrogantes II. Técnicas y Análisis de Datos*. Madrid: Ed. La Muralla.
- Prochaska, J., Di Clemente, C y Norcross, J (1992). In search of how people change. Applications to addictive behaviours. *Am Psychol*, 47, pp. 1102- 1114.
- Prochaska, J., & Norcross, J. (1999). *Systems of Psychotherapy: a Transtheoretical Analysis (4th Ed.)*. Pacific Grove, CA, USA: Brooks/Cole Publishing Co
- Prochaska, J., Di Clemente, C., Velicer, W, & Rossi, J. (1993). Standardized, individualized, interactive and personalized self-help programs for smoking cessation. *HealthPsychology*, 12, pp. 399-405
- Prochaska, J., & Di Clemente, C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 19, pp 276-288.
- Prochaska, J; Di Clemente, C (1992). Stages of change in the modification of problem behaviors. *Prog Behav Modif* , 28, pp. 183–218
- Raviv, A., Raviv, A., Vago-Gefen, I. y Fink, A. (2009). The personal service gap: Factors affecting adolescents' willingness to seek help. *Journal of Adolescence*, 32, pp. 483-499
- Rees, A., Hardy, G. E., Barkham, M., Elliott, R., Smith, J.A. Reynolds, S. (2001). "It's like catching a desire before it flies away": A comprehensive process analysis of a

problem clarification event in cognitive-behavioral therapy for depression. *Psychotherapy Research*, 11, pp. 331-351.

Rodríguez, C, T & Beato L. (2005). Attitudes towards change and treatment outcome in eating disorders. *Eating and Weight Disorders*, 10, pp.59-65.

Rodríguez, G. et al. (1996). *Metodología de la investigación cualitativa*. Granada: Ed. Aljibe.

Roschlen, A, Rude, S & Baron, A. (2005) The relationship of client stages of change to working Alliance and outcome in short-term counseling. *Journal of College Counselling*, 8 (1), pp. 52-64

Ryan, R., Deci, E. (2000) Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55, pp. 68-78

Ryan, R., Deci, E. (2008). A self-determination theory approach to psychotherapy: the motivational basis for effective change. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*. 49, pp. 186-193

Santibáñez, P et al (2008). Variables Inespecíficas en Psicoterapia. *Terapia Psicológica* Vol. 26 (1), pp. 89-98. Recuperado en 20 de agosto 2016, disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082008000100008&script=sci_arttext

Scheffler, G (2002). *Psicoterapia de tiempo limitado*. Recuperado 19 de julio 2016, disponible en: www.atsmhi.net/breve.htm

Schonert-Reichl, K. (2003). Adolescent help-seeking behaviors. *The Prevention Researcher*. 10, pp.1-5.

Sheffield, J., Fiorenza, E., y Sofronoff, K. (2004). Adolescents' willingness to see psychological help: Promoting and preventing factors. *Journal of Youth & Adolescence*, 33, pp. 495-507

Srebnik, D., Cauce, A. y Baydar, N. (1996). Help-seeking pathways for children and adolescents. *Journal of Emotional & Behavioral Disorders*, 4, pp. 210-220

Strupp, H (1986). The nonspecific hypothesis of therapeutic effectiveness: a current assessment. *American Journal of Orthopsychiatry* 56, pp. 513-552

- Sutton, S. (2001). Back to the drawing board? A review of applications of the transtheoretical model to substance use. *Addiction*, 96, pp. 175-186.
- Taylor, S. & Bogdan, R. (1996). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación: la búsqueda de significados*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Velicer, W. , Prochaska, J., Fava, J., Norman, G., & Redding, C. (1998) Smoking cessation and stress management: Applications of the Transtheoretical Model of behavior change. *Homeostasis*, 38, pp. 216-233
- Ventura-Juncá, R, Carvajal, C, Undurraga, S, Vicuña, P, Egaña J. & Gariba, M.J (2010). Prevalencia de ideación e intento suicida en adolescentes de la Región Metropolitana de Santiago de Chile. *Rev. méd. Chile*, 138 (3), pp. 309-315.
- Vicente, B., Saldívia, S., de la Barra, F., Melipillán, R., Valdivia, M. & Kohn, R. (2012). Salud mental infanto-juvenil en Chile y brechas de atención sanitarias. *Revista médica de Chile*, 140 (4), pp. 447-457. Recuperado en 14 de junio de 2016, disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003498872012000400005&lng=es&tlng=es. 10.4067/S0034-98872012000400005.
- Wade, T., Frayne, A., Edwards, S., Robertson, T., & Gilchrist, P. (2009). Motivational change in an inpatient anorexia nervosa population and implications for treatment. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 43(3), pp.235-243.
- Weinstein, N AJ Rothman,A Sutton,S (1998). Stage theories of health behavior: conceptual and methodological issues.*Healthpsychology*, 17 (3), pp. 290.
- Winkler, M. I. (1999). *Psicoterapia: logros y tareas pendientes*. Conferencia Jornadas “Evaluación de Servicios de Psiquiatría y Salud Mental en Hospitales Generales”. Olmué, Chile
- Winkler, M., (1997). La Esperanza de Recibir Ayuda: Sectores Pobres y Expectativas Acerca de la Psicoterapia. *Terapia Psicológica*, 6(3), pp. 77-85.
- Wisdom, J., Clarke, G., & Green, C (2006). What teens want: Barriers to seeking care for depression. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 33, pp. 133-145.

Wise, B, Cuffe, S., Fischer, T (2001) Dual diagnosis and successful participation of adolescents in substance abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 21 (3), pp. 161-165.

Wu et al. (2001). Factors associated with use of mental health services for depression by children and adolescents. *Psychiatric services*, 52, pp.189-195.

Wu, P et als., (1999). Depressive and disruptive disorders and mental health service utilization in childrens and adolescents. *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry* 38 (9), pp. 1081-1090

Zalaquett, C, Manzi, J., Duque, M., Krebs, M. y Aninat, M. (1982). El proceso Psicoterapéutico con pacientes pobres. *Revista Chilena de Psicología* N° 5, pp.1-2.

Zwaanswijk, M., Van der Ende, J., Verhaak, P., Bensing, J. y Verhulst, F (2007). The different stages and actors involved in the process leading to the use of adolescent mental health services. *Clinical Child Psychology & Psychiatry*, 12, pp. 567-582

Zwaanswijk, M., Verhaak, P, Bensing, J, Van der Ende, J. y Verhulst, F. (2003). Help seeking for emotional and behavioural problems in children and adolescents: A review of recent litetature *European Child & Adolescent Psychiatry*, 12, 153-161.