



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN PSICOTERAPIA INFANTIL

**FORMACIÓN DE ALIANZA TERAPÉUTICA CON UN
PREADOLESCENTE CON SÍNTOMAS DE AGRESIÓN Y ANSIEDAD**

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRA EN PSICOLOGÍA
PRESENTA:

MARTHA ALICIA BARKLEY ZÚÑIGA

DIRECTORA DEL REPORTE: Dra. María Emilia Lucio Gómez-Maqueo
COMITÉ TUTORIAL: Mtra. Rocío Nuricumbo Ramírez
Dra. Judith Salvador Cruz
Mtra. Verónica Ruiz González
Mtra. María Martina Jurado Baizabal

CIUDAD DE MÉXICO

2017



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A mi mamá, por enseñarme a trabajar con esfuerzo y seguir lo que amo hasta el final.

A mi familia, por brindarme la seguridad y el amor necesarios para ser feliz y creer en mí y en mis capacidades hasta en los momentos más difíciles.

A mi historia personal, porque a través de entenderla y aceptarla es que he crecido como ser humano y he podido desarrollarme personal y profesionalmente para ayudar a otros y querermé más.

A Dios, por darme la oportunidad de disfrutar cada día, de levantarme después de caer y de estar en este camino maravilloso lleno de aprendizaje.

Agradecimientos

A la Universidad Nacional Autónoma de México y a la Facultad de Psicología por abrirme las puertas una vez más y permitirme seguir preparándome en esta carrera maravillosa que me ha dado tantas satisfacciones.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), por apoyar la educación de excelencia en México y permitirnos a los estudiantes dedicar nuestro tiempo completo en lo que nos apasiona y así prepararnos de una forma completa y profesional.

A mi tutora, la Dra. Emilia Lucio y a mi supervisora, la Mtra. Rocío Nuricumbo, por compartir su conocimiento y experiencias no sólo en este caso, si no a lo largo de la maestría. Al resto de mis maestras, porque de cada una aprendí aspectos muy importantes que hicieron la diferencia en mi trabajo como psicoterapeuta.

A mis compañeros de generación, ya que de muchos aprendí dentro y fuera de clases. Por intercambiar risas, pláticas, por recibir el apoyo de muchos en momentos difíciles en la maestría y por permitirme conocer y aprender de ellos. Especialmente a Adri y Ari, las quiero mucho.

A mi familia, por ser mi apoyo y demostrarme su amor a pesar de todo. A mis tíos por confiar y sentirse orgullosos de mí siempre, a mis primas por el cariño y la confianza, gracias tía Nena y Yalín por estar más cerca que nunca, juntas las 4 somos más fuertes. A mis ángeles que desde el cielo me cuidan y me dan fuerza, recordándome que con trabajo y esfuerzo todo se puede lograr.

A mi mamá por ser mi motor y mi fuerza, por ser un ejemplo para mí en muchos sentidos. Gracias por todo tu amor, por enseñarme a aferrarme a mi pasión; de ti aprendí que lo más importante es seguir lo que quieres y disfrutas hacer en la vida. Por tu confianza en mí y por ser mi soporte en todo momento.

A Alan y al resto de los pacientes que tuve el honor de conocer durante mi formación como terapeuta en la residencia. Gracias a ellos y a sus familias corroboré que esto es algo que amo y disfruto hacer, y la satisfacción de haber podido ayudarlos es invaluable.

ÍNDICE

Resumen.....	i
Abstract.....	ii
Introducción.....	iii
Capítulo 1. Agresión, ansiedad y preadolescencia	
La preadolescencia como una etapa de transición.....	1
Ansiedad y agresión en la adolescencia.....	4
Capítulo 2. Modelo integrativo de intervención	
Psicoterapia integrativa multidimensional.....	19
Agresión y ansiedad desde diferentes enfoques.....	29
Capítulo 3. Alianza terapéutica	
Concepto e importancia en el proceso psicoterapéutico.....	44
Alianza terapéutica y eficacia en el tratamiento.....	56
Alianza terapéutica con preadolescentes.....	59
Capítulo 4. Método	
Objetivo.....	69
Participantes.....	69
Escenario.....	69
Procedimiento.....	70
Motivo de consulta.....	70
Descripción.....	71
Genograma y dinámica familiar.....	72
Historia de desarrollo.....	74
Evaluación.....	75
Fases del tratamiento.....	79
Capítulo 5. Resultados	
Discusión y conclusiones.....	99
Referencias.....	109
Anexos.....	119

Resumen

Alan, un preadolescente de 12 años de edad, fue canalizado a la residencia de psicoterapia infantil después de ser llevado por su madre al centro de servicios psicológicos. El motivo de consulta era que Alan presentaba problemas fuertes de agresión y ansiedad que no le permitían convivir de una manera adecuada en su casa y en la escuela.

Debido a las características mencionadas por la madre de Alan, se sospechaba de daño orgánico; sin embargo durante el proceso de evaluación no se encontraron indicadores suficientes para el diagnóstico. Se identificó que Alan contaba con un autoestima baja, sentimientos de inseguridad y poca valía, dificultad para auto regularse, dificultades en la adaptación y bajo control de impulsos. También se pudo identificar que el ambiente familiar en donde Alan se desenvolvía era hostil y agresivo y los adultos que lo rodeaban no le daban la contención suficiente que le permitiera sentirse seguro, por lo que su conducta la mantenía como respuesta a este ambiente negativo.

Durante el tratamiento psicoterapéutico se trabajó en generar una alianza terapéutica sólida con Alan, que permitiera el trabajo con él de manera que pudiera fortalecerse, regular mejor sus emociones y su conducta. Todo esto con ayuda de la psicoterapia integrativa. No fue posible trabajar con la familia del menor, únicamente con su madre.

A lo largo del proceso psicoterapéutico se desarrolló una alianza terapéutica sólida, que permitió que Alan pudiera modificar la forma en la que él veía muchas situaciones y regularse, a pesar de que el ambiente familiar continuara igual. La terapia ayudó para que él se diera cuenta de que si el ambiente en el que vivía no cambiaba, él sí podía ser diferente. El espacio terapéutico le proporcionó la contención que necesitaba y logró entenderse mejor y darse cuenta de sus capacidades.

Abstract

Alan, a 12 year old pre-adolescent, was referred to the child psychotherapy residence after being taken by her mother to the psychological services center. The reason of consultation was that Alan had strong aggressive and anxious problems that did not allow him to get along properly in his house and school.

Due to the characteristics mentioned by Alan's mother, organic damage was suspected; however, during the evaluation process, enough indicators were not found for the diagnosis. It was identified that Alan had low self esteem, insecurity and low value feelings, difficult self regulation and adaptation, and low self control. It was also identified that the family atmosphere where Alan was living was hostile and aggressive and the adults that surrounded him did not give him the containment that he needed to feel secure, therefore his behavior was a response to that negative environment.

During the psychotherapeutic treatment I worked with Alan to generate a solid therapeutic alliance, allowing him to work in order that he could strengthen himself, better regulate his emotions and his behavior. All of this with the help of the integrative psychotherapy. It was not possible to work with the child's family, only with his mother.

Throughout the psychotherapeutic process a solid therapeutic alliance was developed, which allowed Alan to modify the way in which he saw many situations and regulate himself, even though the family environment remained the same. The therapy helped him realize that if the environment in which he lived did not change, he could be different. The therapeutic space provided him with the containment he needed and he managed to better understand and realize his abilities.

Introducción

La maestría en psicología, de la Universidad Nacional Autónoma de México, en su carácter profesionalizante, tiene como uno de sus principales objetivos, el que los alumnos participen en diferentes escenarios en donde puedan ejercer la práctica clínica y así fortalecer la formación teórico-práctica, bajo la supervisión de especialistas en el área.

En uno de estos espacios de práctica profesional, que forma parte de los lugares de servicio a la comunidad universitaria, fue donde se recibió el caso de un preadolescente de 12 años de edad que presentaba conductas agresivas recurrentes, lo que le causaba problemas constantes en la escuela y en su familia, así como síntomas de ansiedad que no le permitían convivir de una manera adecuada.

La agresividad del paciente era el reflejo de un entorno social agresivo. Dentro de su familia y su medio existían este tipo de comportamientos, por lo que era necesario trabajar con la familia para que no se reforzaran este tipo de conductas. En este caso, no era posible trabajar con la familia debido a diversos factores, por lo que era muy importante brindarle al paciente un espacio en donde pudiera expresarse de forma segura y así poder entender y controlar su conducta. Si bien, dentro de un proceso terapéutico es necesario que se establezca una adecuada alianza terapéutica que ayude a que el paciente genere cambios y contribuya a la efectividad del tratamiento (Botella & Corbella, 2011); en el caso que ilustra el presente documento, debido a las características del entorno social y familiar, así como del paciente, se volvió una tarea indispensable formar una sólida alianza terapéutica.

El capítulo 1 se abordan algunos aspectos relevantes acerca de la preadolescencia y se expone sobre ansiedad y agresión en los preadolescentes.

En el capítulo 2 se describe la perspectiva desde la cual se abordó el caso: psicoterapia integrativa; se explica la perspectiva de la psicoterapia integrativa multidimensional y se abordan las diferentes técnicas que se integraron para trabajar con el paciente.

En el capítulo 3 se define el término de alianza terapéutica y su importancia dentro del proceso, se hace referencia a la alianza terapéutica como factor importante para tener éxito en el tratamiento y se presenta información sobre alianza terapéutica y preadolescentes.

En el capítulo 4 se expone el objetivo de este trabajo, el participante, escenario de trabajo y procedimiento.

En el capítulo 5 se presentan los resultados del proceso terapéutico, la discusión, conclusiones, referencias y anexos.

Desde el comienzo, este caso representó un reto y un aprendizaje muy amplio, en cuanto al trabajo clínico con el paciente y las pocas posibilidades de trabajar con su familia. La toma de decisiones, el dejar atrás expectativas, la tolerancia a los cambios, la paciencia y la adaptación a los recursos que se tenían fueron aspectos que se fortalecieron día con día. El paciente había sido referido como alguien peligroso y con muy pocas posibilidades de cambio; sin embargo, a medida que fueron transcurriendo las sesiones, se pudo observar que el paciente contaba con recursos importantes para el trabajo en psicoterapia. La alianza terapéutica fue un factor muy importante para que, a pesar de no poder trabajar con la familia, se obtuvieran cambios importantes que le permitieron al paciente conocerse más y fortalecerse.

CAPITULO 1. AGRESIÓN Y ANSIEDAD EN LA PREADOLESCENCIA

La preadolescencia como una etapa de transición

La preadolescencia comienza alrededor de los 10 años y se dice que termina alrededor de los 12 años de edad, para que posteriormente se de paso a la adolescencia. Dentro de la preadolescencia se da una preocupación por lo físico y lo emocional, ya que existe un duelo por el cuerpo y por la relación que se tenía con los padres durante la infancia, existe una reestructuración del esquema y de la imagen corporal, existen cambios en el estado de ánimo que pueden ser muy abruptos, se le da todavía mucha importancia al juego, existe demanda de derechos ante la disciplina de los adultos y preocupación por la justicia, se afirman a través de oponerse a los mandatos de los adultos, y hay cambios entre regresión y avance en el abandono de la dependencia hacia sus figuras de autoridad (Krauskopf, 2003).

Son pocos los autores que hablan específicamente de preadolescencia como una etapa independiente o previa a la adolescencia. En la mayoría de los casos, se comienza a hablar de adolescencia desde los 11 o 12 años de edad, conjuntando los cambios y las características de los menores como una sola etapa de desarrollo previa a la adultez (Moreno, Ramos, Martínez & Musitu, 2010; Buelga, Musitu, Murgui & Pons, 2008; Chaux, 2002; López- Romero & González- Iglesias, 2011)

Por ejemplo, Pudney y Whitehouse (2014) no se refieren a una etapa de preadolescencia, sino que nombran a la adolescencia como una etapa de transición entre la niñez y la adultez, cuando se da un movimiento de la dependencia de la niñez a la independencia de la adultez. Estos autores mencionan que el periodo puede comenzar desde los de los 10 a los 12 años de edad y su duración depende mucho de factores particulares a cada individuo y sociedad.

La etapa de la preadolescencia, según Anna Freud (1992), se da cuando se deja atrás el periodo de latencia y se encuentra marcada por perturbaciones en el menor. Esta autora menciona que cuando un menor llega a esta etapa, es común detectar cambios que complican la convivencia entre él y sus iguales y entre los adultos que lo rodean (padres y/o maestros de escuela), ya que, mientras un niño antes de los 11 años podía tener características de ecuanimidad, orden y seguimiento de reglas, cuando llega a la edad preadolescente presenta rebeldía, exigencia o desorden. Estos cambios pueden hacer parecer que el proceso de adaptación al ambiente se ve interrumpido de forma brusca ante la llegada de esta etapa.

En contra parte, existen hallazgos en la investigación que señalan que cuando comienzan los cambios de la pubertad, dentro de la preadolescencia, no existe un cambio radical en los menores. Por ejemplo, tratando el tema de competencia social, los menores que durante la niñez eran socialmente competentes continúan siéndolo en el periodo de preadolescencia, mientras que aquellos que tenían menor competencia social cuentan con menos posibilidades de socialización en esta etapa; es decir, que las diferencias individuales se acentúan en el periodo de la pubertad, no cambian de forma radical (Monahan & Steinberg, 2011).

Anna Freud (1992) explica que cuando la pubertad se aproxima, existe una ruptura de la moralidad infantil que va de acuerdo a los procesos normales del desarrollo. Durante la etapa de latencia, la parte instintiva de la personalidad del menor se mostraba en menor medida, ya que los impulsos libidinales y agresivos mantenían un nivel bajo; sin embargo en la preadolescencia los impulsos aumentan y se reactivan los instintos de la sexualidad infantil y la agresión, creando una necesidad de satisfacción de estos deseos. Ante esto, el yo del preadolescente no se encuentra capacitado para manejar estas demandas y existe un desequilibrio de la personalidad que se había construido hasta ese entonces, dando lugar a manifestaciones de ansiedad y esfuerzos exacerbados de las defensas yoicas, o bien conduciendo a conductas neuróticas y la formación de síntomas. En caso de fallas en estos recursos, se puede dar lugar a la aparición de irrupciones de lo reprimido en forma de manifestaciones sexuales perversas o conductas antisociales. En el preadolescente existe una desarmonía interna con el ambiente y de no trabajarse, puede ser el inicio de perturbaciones de la adolescencia, al establecerse actitudes que pueden dejar marcas permanentes.

Los preadolescentes comienzan a tener autoconsciencia sobre sus deseos y necesidades y tienen el deseo y la necesidad de ser apoyados por sus padres. Existe una mayor identificación con personas del mismo sexo debido a que es necesario fortalecer identidades y roles para poder entrar a las interacciones de tipo heterosexual. En la adolescencia hay un deseo de afirmar atractivos sexuales y sociales, comienza a aparecer la diferenciación entre la persona y su grupo familiar, se comienza a buscar la autonomía, comienzan a interactuar con personas del sexo opuesto, hay un avance en la elaboración de la identidad, existe la capacidad de explorar las capacidades personales y se comienza a dar cuestionamiento de las actitudes y formas de enfrentar los conflictos (Krauskopf, 2003).

La adolescencia es el momento de cambio en donde se permite a los menores consolidar lo que se ha aprendido hasta ese momento de la vida, tomarse un tiempo para crecer y aprender de las complejidades del mundo adulto antes de entrar de lleno en él. Esta etapa brinda el tiempo de reunir experiencias y conocimientos que hagan más sencillo entrar en el mundo de los adultos de una forma adaptativa (Pudney & Whitehouse, 2014). Durante la adolescencia existen muchos cambios que alteran el funcionamiento del individuo. Además de los cambios físicos, hormonales y de la información que van aprendiendo los jóvenes, las emociones forman parte fundamental de su desarrollo y en esta etapa los adolescentes se enfrentan a muchas emociones a la vez, que es importante que sepan regular. En la medida en la que sean capaces de regular sus emociones, tendrán mayores posibilidades de tener éxito en la escuela, mantener relaciones positivas con sus iguales y de llevar una mejor relación con sus padres en esta etapa, en donde la dinámica familiar cambia (Kerig, Schulz & Hauser, 2012).

Durante la adolescencia, todos los cambios que ocurren pueden generar desorden y confusión y desencadenar problemas conductuales en los diferentes ámbitos en donde el menor se desenvuelve, como son la escuela y la familia. Existen factores internos y externos que pueden influir en la aparición de estos problemas: entre los externos están el marco económico social del menor, la calidad de la comunicación entre él y sus padres o cuidadores, la calidad de la interacción con sus profesores y las interacciones con sus pares; dentro de los factores internos se encuentran el autoconcepto y la autoestima (de la Torre Cruz, García, Carpio & Casanova, 2008).

La sociedad ha otorgado el poder a los adultos de educar y sacar adelante a sus hijos de manera que encajen dentro del mundo adulto y maximicen su potencial. El periodo de preadolescencia y adolescencia es el momento en el que ese poder es puesto a prueba, mientras se le va entregando al menor conforme va aprendiendo a manejarse en el mundo adulto. Cuando esta transición de poder es exitosa, contamos con adolescentes equilibrados y emocionalmente sanos, responsables, y personas que más adelante utilizarán este poder que les ha sido otorgado de una forma que los haga resilientes, felices e independientes (Pudney & Whitehouse, 2014). Por ello, en esta etapa es muy importante la negociación entre los padres y el menor, ya que el poder de uno es la impotencia o la ausencia del poder en el otro. Cuando los padres empiezan a sentirse poco empoderados, utilizan el poder que tienen sobre los adolescentes para sentirse mejor, y de la misma manera actúan los

adolescentes cuando se sienten impotentes con sus padres. Los menores necesitan ganar poder de sus padres para poder madurar, los padres necesitan otorgar ese poder de manera gradual y al mismo tiempo lidiar con su propio temor a envejecer con la pérdida de control sobre los hijos en algún momento de sus vidas (Pudney & Whitehouse, 2014).

Según Erikson (en Browning, 2008) la adolescencia es la etapa que concluye la infancia. El proceso de la adolescencia se completa sólo cuando la persona ha subordinado sus identificaciones de la infancia a una nueva clase de identificación, lograda a través de intercambios sociales y de aprendizaje competitivo entre sus iguales. Estas nuevas identificaciones de la adolescencia ya no se caracterizan por los juegos de la infancia y por el entusiasmo de los niños cuando experimentan cosas nuevas, sino que existe una necesidad de que el adolescente realice elecciones y tome decisiones, las cuales darán lugar a una auto definición final, a un patrón de rol irreversible y por lo tanto, a un compromiso para la vida. Todo este proceso de cambio es distinto en cada persona, pero también en cada sociedad, en cuanto a la duración, intensidad y formas de interacción.

Los preadolescentes tienen la habilidad de formar auto percepciones en diferentes contextos de desarrollo, como la familia, escuela o ambientes deportivos, por mencionar algunos ejemplos. En este periodo, puede ser posible intervenir y promover ajustes saludables con el fin de mejorar el desarrollo psicoemocional. Si un preadolescente es capaz de establecer un buen concepto de sí mismo, esto ayudará a promover el desarrollo de una adecuada autoestima (García- Grau, Ayora, Calabuig & Prado-Gascó, 2014).

Ansiedad y agresión en la preadolescencia

Ansiedad

Las palabras miedo y ansiedad se relacionan debido a que son afectos displacenteros que indican peligro y preparan al cuerpo y a la mente para la expectación. Así como el miedo es útil para avisarnos cuándo es conveniente reaccionar ante un estímulo, también puede desbordarse e impedirnos realizar actividades cotidianas, que pueden poner en riesgo nuestro desarrollo físico y emocional. Para comenzar, es pertinente definir ambos términos y diferenciarlos, para poder entender sus mecanismos y efectos que tienen en el individuo. El miedo es un fenómeno psicológico normal, un estado emocional que contiene manifestaciones físicas y psicológicas de preparación ante el peligro. Estas respuestas aparecen cuando hay un estímulo que representa riesgo y desaparecen cuando ya no son

necesarias, es decir, cuando el estímulo cesa (Solloa, 2006). El miedo es una emoción y como tal tiene una utilidad; hace que podamos estar alertas de las situaciones peligrosas y que nos ponen en riesgo y sirve como protección para ellas (Méndez, 2013).

La ansiedad se define como la anticipación tensa e inquietante de un evento amenazante, aunque vago, y la sensación de malestar que lleva a un afecto negativo relacionado con miedo. El miedo es una reacción emocional que responde a un peligro específico percibido para que el nivel de respuesta aumente; está controlado o determinado por estímulos o eventos percibidos. La fuente de peligro percibida puede estar identificada precisa o imprecisamente, o correctamente identificada pero evaluada de forma incorrecta, los miedos pueden ser racionales o irracionales. A los que son intensos e irracionales se les llaman fobias. (Rachman, 2004).

La ansiedad es parte del rango normal de emociones y juega una parte muy importante en la sobrevivencia. El sentimiento de ansiedad está asociado con un aumento del nivel de activación del cerebro y el incremento de actividad en los nervios que apoyan al corazón y a los músculos, preparando a la persona para luchar o para escapar, dependiendo del momento, en situaciones de amenaza. Esto es adaptativo cuando la persona se encuentra en una situación de peligro real. No es útil cuando la ansiedad es provocada por eventos del día a día o incluso por nada en particular, como si los mecanismos cerebrales que controlan la ansiedad trabajaran de manera defectuosa y se activaran cuando no es necesario, provocando respuestas sensibles y erróneas. Se le llama trastorno de ansiedad cuando la ansiedad se experimenta, no como una emoción normal, sino en un grado severo que interfiere con la habilidad del adolescente para llevar su vida. (Fitzpatrick, 2015).

La ansiedad es un estado emocional displacentero, que se acompaña de manifestaciones físicas, cognitivas y conductuales, que responde a esta preparación de la mente ante el peligro; sin embargo la respuesta que se da es irracional y no está proporcionada al estímulo, además de que la respuesta persiste aunque el estímulo ya no esté presente (Solloa, 2006).

Cuando una persona se siente ansiosa, tiene dificultad en identificar la causa de la tensión y la naturaleza del evento anticipado; la ansiedad es difusa, no tiene un objetivo, es desagradable y persistente. A diferencia del miedo, la ansiedad no se determina de una manera obvia y en la mayoría de las ocasiones es impredecible e incontrolable (Rachman, 2004).

En la tabla 1.1 se presentan las diferencias que hace Rachman entre el miedo y la ansiedad:

Tabla 1.1 Diferencias entre el miedo y la ansiedad (Rachman, 2004)

<i>Miedo</i>	<i>Ansiedad</i>
Se presenta una situación de peligro	Se anticipa una situación de peligro
Existe una amenaza específica, identificable e inminente	La fuente de amenaza es difícil de encontrar
Hay una conexión entendible entre la amenaza y el miedo	Existe una conexión incierta entre la ansiedad y la amenaza
Usualmente es episódico	Se presenta de forma prolongada
Existe tensión circunscrita	No tiene límites claros, hay un malestar generalizado y persistente
Se provoca por señales de amenaza	Es posible que no tenga un objetivo y que el inicio sea incierto
Tiene la calidad de emergencia	El estado de vigilancia aumenta
Se presentan sensaciones corporales de emergencia	Se presentan sensaciones corporales de vigilancia
Tiene una calidad racional	Tiene una calidad vaga

El miedo es la respuesta emocional de una amenaza real, mientras la ansiedad es la anticipación de una posible amenaza futura.; aunque estos dos se traslapan en muchas ocasiones, el miedo está más asociado a tensiones de una excitación autonómica necesaria para la lucha y huida, pensamientos de peligro inmediato y comportamientos de escape, y la ansiedad está más asociada a la tensión muscular y la vigilancia para la preparación de un futuro peligro y precaución o comportamientos evitativos (APA, 2013).

La tabla 1.2 describe la manera en la que la ansiedad afecta a los jóvenes que la presentan:

Tabla 1.2 Procesos afectados por los trastornos de ansiedad (Fitzpatrick, 2015)

Pensamiento	Respiración	Corazón	Sistema digestivo	Sistema urinario
Dificultad en la concentración	Hiperventilación	Ritmo cardíaco acelerado	Nausea	Necesidad de orinar en intervalos frecuentes
Dificultad en la toma de decisiones	Sensación de no poder respirar lo suficientemente profundo	Palpitaciones	Cólicos abdominales	Enuresis
Sobre reaccionar fácilmente			Movimiento intestinal frecuente	
Confusión				

Los preadolescentes y adolescentes con ansiedad comúnmente buscan la reafirmación repetida de sus padres o de las personas significativas en su vida, aunque esta reafirmación tenga poco efecto a largo plazo. Los adolescentes pueden guardar sus pensamientos para ellos mismos y su ansiedad solo se manifiesta en su comportamiento, ya que pueden evitar las situaciones que los hacen sentir ansiosos (por ejemplo, ir a determinados lugares o hacer ciertas actividades) o sólo parecer distraídos e irritables. Algunos adultos que presentan síntomas de ansiedad pueden conocerse lo suficiente como para entender la causa de la aparición de los síntomas y para saber que no durarán mucho tiempo si es que hacen algo para manejarlo. Los preadolescentes no tienen estas experiencias de vida y se pueden sentir sobre pasados por sentimientos que no entienden. Se les dificulta mucho hablar de lo que están experimentando debido a que tienden a sentirse diferentes y desadaptados. En muchas ocasiones, dependen de los adultos que los rodean para que lo que están experimentando les haga sentido y puedan aprender a utilizar estrategias de afrontamiento (Fitzpatrick, 2015).

Los trastornos de ansiedad difieren uno de otro en los tipos de situaciones que inducen miedo, ansiedad o comportamiento evitativo y en la ideación cognitiva asociada con ello. Suelen tener comorbilidad entre ellos, pero pueden ser diferenciados al analizar los tipos de situaciones que son temidas o evitadas y el contenido de los pensamientos y creencias asociadas. Los trastornos de ansiedad difieren de miedo o ansiedad normativa por ser excesivos y persistentes más allá de los periodos apropiados en el desarrollo, difieren de un miedo o ansiedad transitoria inducida normalmente por estrés y la persistencia se considera después de seis meses o más, aunque también la puede determinar el clínico, tomando en cuenta la edad y los factores culturales del paciente. En el caso de niños, se puede considerar persistente una duración menor a los seis meses. Los trastornos de ansiedad se diagnostican sólo cuando los síntomas no se pueden atribuir a efectos fisiológicos inducidos por sustancias, medicación u otra condición médica y cuando no pueden ser explicados por otro trastorno mental (APA, 2013).

El manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales en su quinta edición (DSM- V) considera los siguientes trastornos de ansiedad:

- a) Trastorno de ansiedad por separación
- b) Mutismo selectivo
- c) Fobia específica
- d) Trastorno de ansiedad social (fobia social)
- e) Trastorno de pánico
- f) Ataque de pánico específico
- g) Agorafobia
- h) Trastorno de ansiedad generalizada
- i) Trastorno de ansiedad inducido por sustancia o medicación
- j) Trastorno de ansiedad debido a otra condición médica
- k) Trastorno de ansiedad especificado
- l) Trastorno de ansiedad no especificado

Beidel y Alfano (2011) proponen ocho preguntas que pueden ayudar a determinar si un niño o adolescente presenta miedos que requieren de un apoyo profesional:

1. ¿El miedo está desproporcionado con las demandas de la situación? Es decir, si el miedo es tan fuerte que causa síntomas que impiden que se realicen las actividades cotidianas en el niño/adolescente.
2. ¿El miedo se puede explicar o razonar? Representa un problema si, a pesar de explicaciones lógicas, el miedo continúa con la misma intensidad.
3. ¿El miedo está fuera del control voluntario? Si los pensamientos que refuerzan el miedo o los síntomas (gritos, lloriqueos, taquicardia, sudoración) persisten sin importar que el niño/adolescente trate de calmarse.
4. ¿Persiste por un periodo extendido? Si la reacción de miedo persiste por más de seis meses, es necesaria la intervención profesional. Sin embargo, debe valorarse cada caso, ya que por ejemplo, si es una situación que requiere atención inmediata, se debe actuar lo más pronto posible (por ejemplo, si el niño necesitara una intervención quirúrgica en poco tiempo y le tiene mucho miedo a los hospitales).

5. ¿El miedo provoca evitación a ciertos ambientes o situaciones? Si el miedo impide que el niño/adolescente asista a lugares como la escuela, reuniones sociales, familiares, etc., puede ser considerado un problema que debe atenderse.
6. ¿El miedo es desadaptativo? Una ansiedad moderada incrementa y ayuda a adaptarnos a situaciones estresantes. Sin embargo, si llega a niveles desadaptativos impide que la persona se ajuste al cambio e inhibe la acción.
7. ¿El miedo es esperado para la edad del niño/adolescente? Si un niño de 4 años le tiene miedo a la oscuridad y requiere de una luz para dormir, se puede pensar que es esperado para la edad. En cambio, si este mismo miedo lo presenta un preadolescente de 12 o 13 años, ya no se considera normal para su edad.
8. ¿El miedo interfiere con el funcionamiento social, emocional o académico? Esto se puede expresar de diferentes maneras, ya que la ansiedad en exceso puede dar lugar a situaciones que impidan u obstaculicen un adecuado funcionamiento. Por ejemplo, si el niño/adolescente presenta ansiedad excesiva que ocasiona que tenga baja autoestima o un pobre autoconcepto, esto puede provocar bajo desempeño escolar o social. También pueden aparecer síntomas somáticos (dolores de cabeza, dolor de estómago) o problemas de sueño (pesadillas, dificultad para conciliar el sueño) que impidan que se desarrolle con normalidad en los diferentes entornos.

Es importante tomar en cuenta que existen padecimientos somáticos que tienen síntomas muy parecidos a los de los trastornos de la ansiedad, como por ejemplo un ataque de pánico. Estos trastornos somáticos pueden ser los causantes de la ansiedad; por ejemplo la angina de pecho, arritmias o la insuficiencia cardiaca pueden causar palpitaciones, dificultad para respirar o sudoración y pueden confundirse con causas únicamente psicológicas. Es importante saber la historia clínica del paciente, antes de sacar conclusiones. Así también, existen algunos fármacos y sustancias que pueden causar síntomas de ansiedad, como por ejemplo los antiespasmódicos, ansiolíticos, antidepresivos, somníferos, el alcohol, la cafeína o la marihuana. (Bilbao, 2010).

Es muy importante considerar si la ansiedad está interfiriendo con el ajuste escolar, emocional o social, en caso de presentarse. Cada caso se puede evaluar de manera particular, dependiendo de las características de cada paciente y del ambiente que le rodea, sin embargo es vital tomar en cuenta que cuando la ansiedad está impidiéndole al menor

desarrollarse de manera normal en su medio, se considera necesario un tratamiento profesional (Beidel & Alfano, 2011).

Cuando existe un preadolescente con ansiedad es común que haya un efecto en toda la familia nuclear, incluso en la familia extensa en ocasiones. Los mismos padres pueden sentir ansiedad al tratar de ayudar a su hijo o pueden tener estilos diferentes para manejarlo y esto puede traer conflicto entre ellos. También puede existir conflicto con los hermanos, en caso de no ponerles la suficiente atención por estar preocupados por el joven que presenta ansiedad, o problemas traducidos en burlas o críticas hacia él. Adicional a esto, los padres pueden enfrentarse a consejos de otros miembros de la familia que los pongan en conflicto acerca de cómo manejar el problema de ansiedad con sus hijos. El soporte familiar puede hacer la diferencia para proveer al menor de apoyo que lo ayude a superar el problema de ansiedad (Fitzpatrick, 2015).

Los trastornos de ansiedad pueden aparecer en todas las edades, sin embargo la expresión clínica y el reconocimiento de los síntomas de un trastorno en particular puede depender de la edad del paciente. En los jóvenes es muy común que se reconozcan los síntomas como no razonables ya que tienen dificultad para expresarlos y les cuesta trabajo darse cuenta de que no son normales (Beidel & Alfano, 2011).

Fitzpatrick (2015) menciona qué factores deben tomarse en cuenta para entender cómo es que algunos preadolescentes están más propensos a presentar síntomas de ansiedad, entre los que se encuentran los factores genéticos, de temperamento y personalidad, experiencias de vida y resiliencia.

- a) *Factores genéticos*: No existe un gen específico para la ansiedad; sin embargo, lo que los padres pueden heredar a sus hijos es un número de genes individuales que actúen juntos para darle vulnerabilidad a la aparición de la ansiedad. El que el niño desarrolle o no ansiedad va a depender de aspectos de su personalidad y de sus experiencias de vida.
- b) *Factores de temperamento y personalidad*: Desde pequeños, los niños tienen cierto temperamento que influye en la manera en la que los padres se comportan con ellos. Existen bebés con temperamento más fácil de manejar, que son tranquilos, se adaptan a los cambios, no tiene dificultades para comer, etc., y generan con mayor facilidad respuestas positivas de sus cuidadores; y bebés con temperamento más difícil de manejar, que por ejemplo, lloran mucho, son irritables, y tienen mayor

dificultad para generar respuestas tranquilas de sus cuidadores. Hay estudios que han encontrado que cuando los bebés tienen sus necesidades cubiertas en una forma positiva y predecible, las vías cerebrales que propician formas para calmar estados emocionales desagradables se estimulan y se desarrollan, dando lugar a la habilidad de autorregulación en el niño. De esta manera podría explicarse por qué los niños con temperamento difícil son más propensos a presentar ansiedad. Aunque cualquier persona con distintos tipos de personalidad pueden desarrollar ansiedad, ciertos tipos de personalidad están en mayor riesgo que otros. Los menores que son introvertidos, inseguros y que tienen baja autoestima pueden ser más propensos a desarrollar trastornos de ansiedad, aunque una pregunta importante sería si los niveles altos de ansiedad causan la timidez y la baja autoestima, o si son estas características las que hacen más propensa a la gente de presentar ansiedad.

- c) *Experiencias de vida:* La manera en la que las vías cerebrales y los tractos nerviosos se desarrollan está influenciada por los sucesos y experiencias de vida de cada persona, lo que en gran parte moldea la manera en la que el cerebro crece y se desarrolla. Los niños que en la infancia están expuestos a situaciones de estrés temprano (como estrés prenatal, separación maternal, abuso o negligencia infantil) y los que están expuestos a estrés durante la misma infancia (como sufrir bullying, estar en un ambiente familiar de conflicto, sufrir violencia doméstica y en la comunidad), están en mayor riesgo de desarrollar ansiedad y otros trastornos.
- d) *Resiliencia:* No hay un factor que haga que algunos niños sean más resilientes que otros. La resiliencia es el resultado de una interacción compleja de factores genéticos, de personalidad y de experiencias de vida. Muchos preadolescentes pueden experimentar muchos tipos de problemas o eventos traumáticos como pobreza, desastres naturales, abuso infantil o conflictos familiares y pueden aún así salir adelante si existe apoyo del exterior, como por ejemplo un adulto que se ocupe de ayudarlos, si el mismo menor cuenta con habilidades sociales o inteligencia emocional o una combinación de ambas.

Agresión

La agresión puede verse desde diferentes perspectivas y cada una de ellas hará énfasis en cuestiones específicas, tanto del individuo, como del ambiente en el que está inmerso o bien

de las personas con las que convive. Todos estos factores son importantes y deben ser tomados en cuenta al visualizar un problema como la agresión.

El comportamiento agresivo puede tener diferentes formas. Puede ser físico, en forma de conductas como empujar, golpear o aventar, puede incluir insultos verbales o burlas, así como dañar relaciones o reputación de una persona. La agresión se distingue de comportamientos más competentes como es la asertividad, ya que ante el conflicto, existen algunos menores que intentan dañar a sus iguales, mientras que los que presentan asertividad tienden a no hacerlo (Hubbard, McAuliffe, Morrow & Romano, 2010)

El concepto de agresión engloba diferentes comportamientos que pueden ser similares, pero que presentan motivaciones distintas, por lo que se representan de diferente manera y pueden ser provocadas por diversas circunstancias (Ramírez & Andreu, 2006). Debido a esto, se han hecho distintas clasificaciones sobre la agresión, tratando de incluir tanto las funciones como las motivaciones de ésta. Dodge, Lochman, Harrish, Bates y Pettite (1997) realizaron una clasificación de la agresión como reactiva y proactiva. La agresión reactiva tiene la motivación de dañar a un individuo como respuesta a provocaciones o amenazas percibidas, ya sean reales o imaginarias. Está relacionada con poco autocontrol, hostilidad, activación emocional intensa (generalmente de enojo), reacciones defensivas, miedo, irritabilidad y baja tolerancia a la frustración. En esta categoría de agresión, la persona tiene sesgos en el procesamiento de la información social, presenta impulsividad y reactividad emocional negativa, como irascibilidad y ansiedad social. Por sus características, tiene mayores posibilidades de modificación, ya que la intervención se centra en el procesamiento cognitivo del agresor, al trabajar con el tipo de interpretaciones que hace de su entorno. La agresión proactiva incluye conductas agresivas con el objetivo de obtener un beneficio o recompensa, o para solucionar un conflicto, con el objetivo de controlar el comportamiento de los demás, y se hace de una forma premeditada y planeada. Los individuos que ejercen este tipo de agresión la consideran válida para lograr sus objetivos y disfrutan de dominar a los demás, por lo que tienen una valoración positiva a la agresión.

Los adolescentes que muestran agresión reactiva tienen un desajuste psicosocial debido a que la agresión que ejercen aparece en respuesta a una amenaza o a un estímulo aversivo y se encuentra motivada por la evitación de un estado emocional negativo, como miedo o angustia. A este respecto, se ha encontrado relación entre el desajuste psicosocial y la aparición del síndrome de estrés postraumático, por lo que es posible que un adolescente

que ejerza agresión y que se mantenga dentro de un ambiente con constante agresión llegue a sufrir síndrome de estrés postraumático (Weierstall, Hinsberger, Kaminer, Holtzhausen, Madikone & Elbert, 2013).

En cuanto a la clasificación de la agresión reactiva y proactiva, en el trabajo con preadolescentes y adolescentes resulta muy útil hacer esta distinción, ya que las estrategias de intervención varían considerablemente en un tipo y otro. Los adolescentes con agresión reactiva o proactiva cuentan con un funcionamiento psicológico y social diferente, ya que aquellos que presentan agresión reactiva tienden a presentar más problemas de tipo internalizado, como ansiedad, depresión o rechazo por parte de sus pares, mientras que aquellos que presentan agresión proactiva presentan mayores problemas externalizados como agresión física, delincuencia y problemas de atención (Andreu, Peña & Ramírez, 2009). Para los profesionales de la salud mental resulta útil hacer la distinción del tipo de agresión que presenta un adolescente, en cuanto a su función (proactiva o reactiva) ya que dependiendo del tipo de agresión que se presente se puede intervenir de una forma más certera. Por ejemplo, para aquellos que presentan agresión reactiva es conveniente centrar el trabajo en el manejo del enojo, en el reforzamiento de habilidades sociales y en la forma en la que el menor atribuye las señales del ambiente que lo rodea; así como realizar intervenciones con los padres para reducir la disciplina severa y el rechazo o la victimización. Los adolescentes que presentan agresión proactiva se pueden beneficiar de intervenciones centradas en la exposición a compañeros no agresivos y del reforzamiento de contingencias que apoyan los comportamientos no agresivos, así como de reestructuración social cognitiva acerca de las consecuencias de las actitudes agresivas que causan daño a ellos mismos. En el caso de presentarse ambos tipos de agresión, lo conveniente es combinar los dos tipos de intervención, dependiendo de las necesidades del menor (Vitaro, Brendgen & Barker, 2006).

López-Romero y González- Iglesias (2011) encontraron que los adolescentes que presentan mayor agresión de tipo proactivo son los que cuentan con peores niveles de ajuste escolar, mayor tendencia hacia la extraversión y son más aceptados por sus iguales, ya que tienen mayores habilidades sociales. Por otra parte encontraron que los adolescentes con mayor tendencia hacia la agresión reactiva suelen presentar mayores niveles de ansiedad, neuroticismo, menores niveles de responsabilidad, niveles altos de impulsividad, menor capacidad de regulación emocional y pocas habilidades sociales. En cuanto al ambiente

familiar encontraron que las prácticas familiares autoritarias, violentas y restrictivas estaban relacionadas con el desarrollo de las conductas agresivas de tipo reactivo. Sin embargo, tanto la agresión de tipo proactiva como la reactiva se relacionan con problemas de conducta, generalmente informado por los padres de familia o maestros y con conductas antisociales, comúnmente informado por los mismos adolescentes.

También se ha catalogado la agresión como instrumental y hostil. La agresión *instrumental* implica una ventaja o ganancia al agresor, y no está relacionada con la reacción o el sufrimiento de la víctima o de la persona que recibe la agresión; mientras que la agresión de tipo *hostil* tiene el objetivo de causar daño o sufrimiento a la persona a la que se agrede, independientemente si hay un beneficio o ventaja al agresor. Respecto a esta clasificación de la agresión, se ha encontrado que cuando existe provocación a los preadolescentes, tanto la agresión instrumental como la hostil incrementan (Atkins & Stoff, 1993).

Little, Henrich, Jones y Hawley (2003) clasifican la agresión en torno las categorías de formas (de qué manera se da la agresión) y funciones (cuál es el propósito de los comportamiento agresivos). En cuanto a *formas o tipos de agresión*, la agresión se puede dividir en *agresión manifiesta*, la cual implica un comportamiento con confrontación directa hacia los demás, con la intención de generar daño, por ejemplo golpear, insultar, amenazar; y la *agresión relacional*, que es aquella en la que no está implicada una confrontación directa entre la persona que agrede y el que es agredido y se refiere a un comportamiento dirigido a provocar daño a la persona en los círculos sociales en los que interactúa, como en su círculo de amigos, por ejemplo difundir rumores, excluirlo socialmente, rechazarlo, etc.

En cuanto a la clasificación por *funciones de la agresión*, ésta se puede dividir en *agresión defensiva o reactiva*, la cual tiene que ver con comportamientos dirigidos a defenderse cuando la persona se siente provocada y se relaciona con impulsividad y autocontrol pobre, así como con sesgos en las interpretaciones sociales al percibir hostilidad excesiva en el comportamiento de los demás; y en *agresión ofensiva o instrumental*, la cual se refiere a las conductas agresivas desencadenadas sin mediar un estímulo agresivo, contiene la anticipación de beneficios y se controla por refuerzos externos. Se tiende a relacionar este tipo de agresión con actos delictivos (Little, Henrich, Jones & Hawley, 2003.)

Como se mencionó al principio de esta apartado, la agresión puede ser vista desde diferentes perspectivas teóricas. El psicoanálisis ha estudiado y descrito la agresión

bajo distintas teorías a lo largo del tiempo. Anna Freud (1992) expone cada una de ellas de la siguiente forma:

- a) *La agresión como cualidad de las manifestaciones sexuales pregenitales:* Dentro del psicoanálisis freudiano, los comportamientos agresivos de los niños se observaron en primera instancia al momento de la aparición de la conducta sexual. De esta forma se descubrió que los niños al querer satisfacer sus necesidades sexuales pregenitales, demuestran poca o nula consideración por los demás e incluso llegan a presentar comportamientos hostiles, sádicos, de agresión y de destrucción, al intentar satisfacerlas. Esto se logró observar primeramente en la etapa fálica junto con las manifestaciones del complejo de Edipo (el amor que se tiene hacia el padre del sexo opuesto que se considera rival es violento). En el periodo final de la etapa oral también se descubrió la existencia de actitudes agresivas y sádicas, principalmente después de la dentición; el periodo culminante de agresión se encontró en la etapa anal, ya que en este nivel de desarrollo instintivo los deseos de dañar al otro, de destrucción y de ataque pueden equipararse con los intereses anales.
- b) *La agresión como función del yo: la teoría de la frustración.* Las investigaciones posteriores sobre las funciones del yo aportaron que los impulsos agresivos están a disposición del yo, con el objetivo de preservar la vida y cuidar los beneficios de la satisfacción instintiva. El psicoanálisis considera que el niño reacciona con agresión cuando no se le gratifica un deseo instintivo, o cuando el ambiente interviene para no satisfacerlo. En las etapas pregenitales esto surge de forma más continua debido a que los deseos sexuales tienen un carácter primitivo y fantástico y tienden a permanecer insatisfechos. De ahí el nombre de teoría de la frustración de la agresión.
- c) *La agresión como expresión del instinto destructivo: la teoría de los instintos de vida y muerte.* En 1920, Freud abandonó la noción de los instintitos del yo y explicó las manifestaciones agresivas de la misma forma que el sexo, ambos con origen natural e instintivo. De manera que todos los impulsos instintivos se explican bajo las fuerzas de vida (preservación, propagación y unificación) y de muerte (destrucción, deshacer conexiones). El sexo representa la fuerza de vida y la agresión, la fuerza de destrucción o impulso de muerte. Dentro de la observación clínica no es posible visualizar ambos puntos de forma aislada, ya que ambas fuerzas se combinan entre sí para formar los fenómenos de la vida. Dentro de las etapas psicosexuales, la

agresión juega un papel importante, debido a que los impulsos agresivos se manifiestan de formas diferentes y al expresarlos, también le dan fuerza a las expresiones de vida en el niño. De esta forma, la agresión es necesaria para que los impulsos sexuales se satisfagan porque hace posible que el individuo afirme sus derechos para poseer objetos amorosos, compita con rivales y satisfaga curiosidades y necesidades sexuales de una forma sana. Cuando existe represión e inhibición de la agresión, las fuerzas destructivas pierden balance. En los adultos pueden existir problemas como la impotencia sexual y en los niños problemas de alimentación, dificultades emocionales, inhibición de curiosidad, pérdida del placer en los juegos, entre otros. Cuando existen únicamente impulsos agresivos y los impulsos sexuales son los que están inhibidos o reprimidos aparecen conductas meramente destructivas difícilmente manejables.

Desde una perspectiva social, la agresión es vista como el resultado de la exposición de niños y adolescentes que viven ambientes urbanos violentos. Se ha encontrado que la agresión, particularmente la agresión física, es una forma común que usan niños y adolescentes que viven en este tipo de ambientes para relacionarse con los demás y resolver conflictos interpersonales y aunque algunos de ellos conocen otras estrategias más adaptativas y constructivas para resolver conflictos, no las utilizan porque en el medio en el que viven generalmente no son aceptadas (Chaux, 2002).

Berkowitz (1993) explica la agresión en función del autoconcepto. Menciona que el autoconcepto negativo se asocia con el incremento de la conducta agresiva, ya que si existe un autoconcepto negativo en el adolescente, existen déficits en habilidades sociales. Por ejemplo, si el adolescente no se siente lo suficientemente capaz e inteligente para lidiar con las demandas escolares, es más probable que tenga fallas en la manera en la que socializa en la escuela. Este autoconcepto negativo puede entonces conducir a un estado emocional aversivo, lo cual se relaciona con el incremento de conductas agresivas, que tienen el fin de tratar de mejorar el autoconcepto en otros ambientes para compensar la autopercepción negativa.

Si un adolescente presenta conductas agresivas está perdiendo consideración y respeto por los otros, y por sí mismo. Para que se pueda tener respeto, es necesario tener seguridad en uno mismo. Cuando un adolescente tiene seguridad, es capaz de autoafirmarse y de responder de una forma adecuada con las demás personas. Al tocar el tema de la agresión

en adolescentes, es necesario remitirnos a relaciones tempranas, como factores importantes. La calidad de relación entre el adolescente y sus padres es un factor muy importante que ayudará a que el menor desarrolle relaciones sociales satisfactorias con otras personas. Si el adolescente se siente respetado y valorado por sus figuras significativas, es mucho más probable que aprenda a tener una comunicación positiva e interacciones sociales de calidad con el resto de las personas (Da Dalt & Regner, 2009). Tanto los preadolescentes como los adolescentes que presentan conductas de agresión, independientemente de la forma en la que se manifieste, cuentan con un menor ajuste psicosocial, se sienten menos satisfechos con su vida, cuentan con una actitud negativa hacia la autoridad y tienden más a transgredir las normas que aquellos que no presentan conductas agresivas. Esto provoca que tengan problemas constantes con las personas con las que conviven, debido a que cuentan con pocas habilidades sociales que les permitan resolver los conflictos de una forma no violenta, así como sentimientos de soledad, al ser rechazados por sus iguales cuando presentan conductas impulsivas (Moreno, Ramos, Martínez & Musitu, 2010). En ocasiones, los preadolescentes caen en comportamientos agresivos como estrategia para alcanzar aceptación social, poder y estatus entre sus compañeros de escuela, así como para satisfacer necesidades de aprobación social. Esto sucede en su mayoría con varones, ya que en todas las etapas de desarrollo, tienden a utilizar más la agresión directa que las mujeres (Buelga, Musitu, Murgui & Pons, 2008).

La preadolescencia es una etapa compleja en donde los comportamientos de la niñez ya no son aceptados de la misma manera, ni por el preadolescente mismo, ni por su familia o iguales. Como se explicó en el presente capítulo, la preadolescencia trae consigo cambios en la dinámica familiar y es una etapa en la que los jóvenes buscan fortalecer su identidad, al momento que se reafirman a través de los adultos y figuras significativas en su vida. Problemas como la ansiedad y la agresión se pueden presentar en esta etapa y pueden influir en ello distintos factores, desde genéticos hasta de estilo de vida o de temperamento de cada persona. Es importante detectar cuando estos problemas interfieren con la vida del preadolescente y de qué manera lo hacen. Los preadolescentes pueden tener mayor conflicto que los adultos en hablar de lo que les preocupa debido a que se perciben distintos a las demás personas y les cuesta trabajo aceptar sus dificultades; sin embargo esta es una etapa en la que se pueden hacer grandes cambios si se trabaja con estos síntomas, para

que no causen mayor daño a largo plazo y el preadolescente aprenda a conocer y controlar sus reacciones. En el siguiente capítulo se hablará sobre el modelo integrativo de intervención como una opción válida y útil al tratamiento de síntomas de ansiedad y agresión en preadolescentes.

CAPÍTULO 2.MODELO INTEGRATIVO DE INTERVENCIÓN

Psicoterapia integrativa multidimensional

Antes de comenzar a hablar de lo que es la psicoterapia integrativa convendría definir lo que es un modelo o paradigma terapéutico. Un modelo es una estructura conceptual que se compone de elementos teóricos y técnicos, que por un lado intenta explicar una serie de problemas, y por el otro, se vale de distintos instrumentos para producir cambios y tratar de solucionarlos (Corsi, 2005). Opazo (2001) define paradigma o modelo como un marco conceptual amplio y compartido que aporta planteamientos básicos en términos epistemológicos, metodológicos y etiológicos, que es capaz de orientar la investigación y que puede servir como fundamento a una aproximación psicoterapéutica que le sea consistente.

Existen diferentes modelos en psicoterapia que tratan de explicar la conducta y el pensamiento humanos y cada uno tiene una perspectiva desde la cual observa y explica al comportamiento. Cada modelo se compone de tres niveles: *el nivel de fundamentos*, el cual se basa en los principios o valores generales en el que cada modelo se apoya; *el nivel de teorías*, en donde pretenden explicar los hechos por medio de hipótesis para responder preguntas; y *el nivel de técnicas*, los cuales son los instrumentos que se utilizan para producir el cambio (Opazo, 2001).

Si centramos la atención en estos niveles de cada uno de los modelos terapéuticos, podríamos pensar que cada uno es único y que podría existir uno mejor que todo el resto que pudiera explicar mejor la conducta humana. Cada uno tiene su propia terminología y visión del mundo, lo que podría resultar en una dificultad para poder realizar un diálogo entre las diferentes escuelas (Feixas & Miró, 1993).

La idea de integrar es reunir de una forma coherente y organizada distintos paradigmas psicoterapéuticos con el objetivo de lograr un todo armónico. A esto se le llama *supraparadigma*, ya que trata de integrar paradigmas o marcos conceptuales menos abarcativos, al ir construyendo un marco coherente a partir de los mejores elementos de distintas teorías (Opazo, 2001).

Cada vez se está más de acuerdo que en la práctica psicoterapéutica, se utilizan procedimientos heterogéneos para enfrentar de una forma más exitosa los problemas de los pacientes, utilizando recursos diversificados; debido tanto a razones clínicas como teóricas:

las razones clínicas se encuentran relacionadas con el aumento de diversificación de las opciones de tratamiento (incluyendo objetivos y técnicas de tratamiento); las teóricas por la multiplicidad de modelos o paradigmas y las variantes que estos tienen (Fernández- Álvarez, 1992).

Los intentos de integración en la psicoterapia tienen orígenes en los años 70, aunque es en 1980 cuando realmente el movimiento integrador se forma como tal. Norcross en 1986 menciona los siguientes factores que han influido en este movimiento integrador: (Feixas & Miró, 1993)

- a) La difusión de diferentes enfoques psicoterapéuticos.
- b) La noción de que una sola forma de psicoterapia no puede ser benéfica para todas las personas.
- c) Falta de una eficacia específica entre diversos tipos de psicoterapias.
- d) El hecho de reconocer que los distintos modelos tienen factores comunes entre sí.
- e) Importancia de las características de cada paciente y de la relación terapéutica como principales factores de cambio.
- f) Interacción de los factores sociales, políticos y socioeconómicos.

Algunos antecedentes del movimiento integrativo aparecen desde 1936 con Rosenzweig, cuando describió los factores comunes entre las psicoterapias; Dollard y Miller en 1950, quienes propusieron opciones de integración, al intentar traducir conceptos de psicoanálisis al lenguaje de las teorías del aprendizaje; Jerome Frank en 1960 al explicar los posibles factores comunes entre diferentes enfoques psicoterapéuticos; Paul Wachtel en 1977 al intentar integrar elementos del psicoanálisis con la terapia conductual; Albert Bandura en 1980 cuando propone el modelo de determinismo recíproco, que integra variables ambientales, cognitivas y conductuales; Beutler en 1986 postula el eclecticismo sistemático, en el intento de comenzar a ordenar conceptos y diferenciarlo de aproximaciones puramente eclécticas (Opazo, 2001).

En los años 80 se formó la *Society for the Exploration of Psychotherapy Integration* (SEPI) en Estados Unidos, la cual es una organización que cuenta con profesionales de diversas disciplinas interesados en enfoques de psicoterapia que no están limitados a una orientación específica. La SEPI tiene como objetivos promover la comunicación y servir como referencia para los profesionales interesados en explorar distintos enfoques en psicoterapia, su

creación representa una respuesta ante las limitaciones que ha tenido la evolución de la psicoterapia (Opazo, 2001).

La psicoterapia integrativa se refiere a una forma particular de psicoterapia con un conjunto de teorías y prácticas clínicas en donde se integran conceptos y métodos de diferentes escuelas psicoterapéuticas (Drewes, Bratton & Schaefer, 2011). Hace uso de diversos modelos terapéuticos, a partir de la investigación clínica de cada problemática e intenta considerar la amplia gama de factores que entran en juego sobre las situaciones humanas, trabajando con recursos lo suficientemente flexibles como para operar sobre las diferentes dimensiones del problema, y tomando en cuenta los diferentes contextos en los que un ser humano se desarrolla (familiar, institucional, social, etc.) (Corsi, 2005).

La psicoterapia comenzó con el surgimiento del movimiento psicoanalítico con Freud y en sus inicios estaba reservado para ciertos padecimientos como la histeria o la neurosis, no pudiéndose utilizar exitosamente en otros casos, como por ejemplo la psicosis. Conforme ha transcurrido el tiempo el concepto de psicoterapia se ha diversificado de una forma extensa. Hoy en día, los problemas que puede tratar la psicoterapia son diversos y heterogéneos y existen recursos de intervención terapéutica para cualquier tipo de padecimiento psíquico. Con el paso de los años se ha dado una aceptación gradual hacia la psicoterapia y por consecuencia se han desarrollado nuevas técnicas terapéuticas, para tratar esta diversidad de padecimientos, tomando en cuenta la certeza de que el ser humano es una unidad biopsicosocial, por lo cual se necesita trabajar en diferentes esferas. (Fernández- Álvarez, 1992).

Opazo (2001) menciona siete factores que han favorecido el movimiento hacia la integración de la psicoterapia:

- a) La necesidad de unificar una disciplina que ha tenido una diversificación amplia. Al existir muchos enfoques distintos, existe una necesidad de síntesis, ya que esto evita que exista una mezcla desordenada de formas de tratamiento.
- b) La insatisfacción de las teorías psicoterapéuticas. Esto se refiere a la falta de teorías adecuadas y a un escaso reemplazo por teorías nuevas que superen a las antiguas.
- c) La insatisfacción con los resultados de los procesos psicoterapéuticos, debido a las dificultades para promover cambios significativos utilizando modelos específicos de tratamiento.

- d) La tendencia al empate entre enfoques. Luborsky, Singer y Luborsky en 1975 propusieron el veredicto del pájaro dodo, que extrajeron de un pasaje de Alicia en el País de las Maravillas en el que se menciona “todos han ganado y todos merecen premios” refiriéndose a que no hay un enfoque que se haya demostrado superior a los demás, y que los planteamientos teóricos y clínicos de cada uno de los enfoques aportan poco al proceso del cambio en psicoterapia.
- e) Eclecticismo espontáneo. Hay muchos terapeutas que, con el afán de obtener éxito con los pacientes, utilizan cualquier estrategia clínica, sin importar de qué teoría venga. De esta manera, se da el uso de múltiples técnicas, sin un orden que las integre en un marco conceptual más amplio. Si se encuentra la forma de integrar técnicas y teorías, las áreas de debilidad de algunas orientaciones pueden ser complementadas con las fortalezas de otras.
- f) Necesidad de mostrar eficiencia en la psicoterapia. El costo económico de un proceso psicoterapéutico puede ser alto, especialmente si el tratamiento es muy largo y con pocas posibilidades de contar con técnicas útiles y prácticas. La sociedad exige que las instituciones de salud busquen alternativas y que los profesionales de la psicoterapia se abran a conocer diferentes formas de trabajo, independientemente del modelo teórico al que pertenezcan, integrándolas de una manera lógica y coherente.
- g) Disminución de una actitud dogmática de los psicoterapeutas. La postura dogmática de los modelos psicoterapéuticos no se ha respaldado al evaluar los resultados clínicos, por ello esta postura ha ido disminuyendo, y está comenzando a ser reemplazada por una mayor apertura en la parte teórica y técnica del trabajo en psicoterapia. Esta actitud menos dogmática es muy importante para hacer posible la integración.

A lo largo del desarrollo de la psicoterapia integrativa, han existido críticas, debido a que en muchas ocasiones se confunde con el sincretismo o con el eclecticismo no sistemático. En primer lugar, es importante aclarar la diferencia entre eclecticismo y sincretismo: el eclecticismo se refiere a la selección y combinación de rasgos compatibles de diversas fuentes para encontrar elementos válidos de diferentes teorías y así combinarlos en un todo armónico; el sincretismo es una mera combinación asistemática y acrítica que se describe más como una mezcla de métodos (Drewes, Bratton & Schaefer, 2011).

Aunque han existido y continúan existiendo terapeutas que utilizan aproximaciones eclécticas no sistemáticas, no medibles y no planeadas, lo mismo se puede decir de un número indeterminado de terapeutas de una sola aproximación teórica. Dicho así, la culpa recae no en el modelo, sino en quienes practican el modelo; en un grupo de terapeutas los efectos positivos de cualquiera pueden ser neutralizados por el impacto negativo de otros (Robertson, 1995). Es por ello que cuando se utiliza el eclecticismo sistemático, el terapeuta debe ajustarse a las necesidades del paciente y utilizar las técnicas de una forma lógica y ordenada, de manera que ayuden a producir cambios en el paciente.

Fernández- Álvarez (1992) menciona la diferencia entre los modelos eclécticos y los modelos integrativos. Los primeros consisten en la elaboración de nuevos principios de intervención con el objetivo de probar el uso de técnicas de diferentes enfoques que ya han probado su eficacia implementados de forma original. El eclecticismo sostiene que las diferentes psicoterapias tienen elementos comunes y debido a eso es que es posible reagrupar distintos procedimientos para operar de una forma diversa. Además, un punto característico del eclecticismo es la posición de que la eficacia de una técnica psicoterapéutica no depende del conocimiento que tenga el terapeuta del marco teórico que la sustenta, sino de haber tenido el entrenamiento básico necesario para dominarla y emplearla. De esta manera, las técnicas de modelos teóricos diferentes, pueden combinarse y/o agruparse en virtud de su eficacia. Los modelos integrativos se apoyan en el principio de que las aportaciones de los diferentes modelos teóricos pueden combinarse, no únicamente mezclando diferentes técnicas en un mismo nivel de organización teórica y técnica, sino que se pueden integrar en un nivel superior de elaboración conceptual en el que pueden basarse. Así, se adquiere una formulación distinta con la generación de una estructura teórica y clínica. Los modelos integrativos se formulan como un sistema abierto, ya que tampoco suponen un esquema rígido y absoluto o totalizador.

Integrar se refiere a la posibilidad de evolucionar las posturas eclécticas no sistemáticas a un movimiento integrador en psicoterapia, para que haya un avance desde la pluralidad hacia la exploración de un avance común. Este movimiento integrador busca formar un diálogo en el que la lucha entre distintas escuelas se sustituya por un ambiente cooperativo que permita encontrar propuestas más evolucionadas e integradas que los modelos ya existentes (Feixas & Miró, 1993). Al poder integrar elementos de diferentes sistemas terapéuticos en una nueva

estructura conceptual que tiene lógica y consistencia interna, se le llama eclecticismo sistemático (Corsi, 2005).

Corsi en 2005 explica que la psicoterapia integrativa tiene un carácter multidimensional, en dos ejes fundamentales:

La multiplicidad de los niveles significativos en la vida del paciente. Estos niveles se componen de:

- a) *Dimensiones cognitiva, conductual, psicodinámica e interaccional.* La dimensión cognitiva comprende las estructuras y esquemas cognitivos; la forma en la que la persona percibe y conceptualiza al mundo que lo rodea y de esta manera, construye significados que configuran su estilo cognitivo.

La dimensión conductual es el conjunto de comportamientos que hacen que una persona se relacione con el mundo.

La dimensión psicodinámica se refiere a la dinámica intrapsíquica consciente e inconsciente.

La dimensión interaccional comprende la forma en la que el individuo se comunica con los demás, a través de pautas de relación.

- b) Contextos en los que el paciente participa: *macrosistema, exosistema y microsistema.*

El macrosistema se refiere al contexto más amplio en el que se organiza la sociedad. En él se encuentran los sistemas de creencias, la cultura y los estilos de vida de una comunidad en particular.

El *exosistema* se compone de la comunidad más cercana a la familia. Está en medio del macrosistema y el microsistema.

El microsistema se refiere al sistema familiar, en donde existen intercambios más cercanos entre los individuos. En esta parte es importante mencionar que no existe reciprocidad temporal en las influencias entre sistemas de distinto grado de complejidad. Por ejemplo, si existen cambios dentro del macrosistema, esto generará un impacto mayor dentro del micro y exosistema, que a la inversa. En la psicoterapia integrativa multidimensional los cambios se remiten principalmente al microsistema y cuando existen cambios en alguna de las dimensiones (cognitiva, psicodinámica, conductual o interaccional) se generan cambios en cada una de las otras.

- c) *Dimensiones temporales:* pasado (la historia y antecedentes personales), el presente (la situación actual) y el futuro (los planes y proyecto personal de vida).

La multiplicidad de recursos terapéuticos que usa el terapeuta. Estos recursos deben ser flexibles y creativos, así como tener una consistencia interna respecto a la estructura conceptual de la que son obtenidos.

Al hablar sobre los distintos niveles que influyen en el comportamiento de un paciente es necesario tomar en cuenta el ambiente en el que se encuentra inmerso, ya que centrarnos únicamente en sus características haría que simplificáramos en exceso la complejidad de la conducta.

Cada vez existe mayor consenso de que no hay un único enfoque que se considere el mejor, o el más adecuado para todas las problemáticas o pacientes. La psicoterapia integrativa no busca encontrar un modelo más de trabajo que compita con los ya existentes, ya que de ser así, se continuaría fragmentando el trabajo psicoterapéutico. La idea es integrar los conocimientos y técnicas que ya están disponibles para comprender de una manera más amplia y precisa el proceso psicoterapéutico, así como promover la flexibilidad tanto teórica como técnica para poder adaptarse a las necesidades de cada paciente. Esto es de suma importancia debido a que se ha encontrado que factores comunes como son características del paciente (tipo de demanda, estilo interpersonal, disposición al cambio, redes de apoyo sociales y afectivas, por mencionar algunos) influyen en mayor medida para el cambio terapéutico (Feixas & Miró, 1993).

Sin duda, la transformación del eclecticismo de una base intuitiva a un sistema teórico y a modelos integrativos con base empírica, refleja varios desarrollos que son clave para este tipo de terapia (Robertson, 1995).

La diversidad tan grande de escuelas y de técnicas puede dar la imagen de que un problema puede tratarse de formas abismalmente distintas y fragmentadas entre sí. Esta imagen puede resultar confusa no sólo para los profesionales de la psicoterapia, sino también para el resto de la población, ya que si existe competencia por investigar qué modelo es el mejor, existen descalificaciones y poca capacidad de diálogo. La psicoterapia integrativa busca cambiar la competencia por cooperación entre los diversos modelos y la fragmentación por coordinación consensuada de los recursos que se tienen al alcance, para realizar un trabajo más completo (Feixas & Miró, 1993).

La integración tiene la característica de ser ecléctica en cuanto a que incluye flexibilidad y apertura. Al comenzar a separar y evaluar la evolución del movimiento integrativo podemos encontrar que un primer paso de la integración es el eclecticismo, pero éste no es suficiente

para llegar a la integración propiamente dicha. Muchos clínicos que desean la integración no saben con certeza en qué consiste y cómo buscarla. La integración implica todavía un paso más hacia adelante que involucra coordinar actividades de las diferentes partes para lograr un funcionamiento armonioso, seleccionar, evaluar y sintetizar, con el objetivo de formar una totalidad coherente (Opazo, 2001).

La terapia integrativa puede ser clasificada de diferentes formas. Robertson (1995), propone cuatro modelos principales:

El primer modelo es *la integración teórica o sintética*, en la cual dos o más teorías son combinadas de acuerdo a las tareas principales del terapeuta. Por ejemplo, el terapeuta puede elegir una teoría para conceptualizar el caso, o la dinámica del problema y establecer las metas del tratamiento, otra teoría para realizar ciertas intervenciones y una tercera teoría para el manejo terapéutico de la relación entre el paciente y terapeuta. De esta manera, dos o más modelos terapéuticos son combinados o alternados. El segundo modelo, *la integración técnica o prescriptiva*, se basa en un único marco teórico que sustenta el trabajo e incorpora de otras terapias estrategias y técnicas específicas de intervención que son conceptualmente congruentes con el marco teórico básico y que han demostrado tener efectividad empírica con un trastorno o problema en particular, así como con los estilos interpersonales de los pacientes. Este modelo implica un menor grado de integración, ya que se trata de estrategias de intervención o técnicas específicas y se hace uso de hallazgos empíricos para poder determinar el procedimiento que el terapeuta llevará a cabo. Feixas y Miró (1993) hacen una diferencia entre la integración técnica propiamente dicha y el eclecticismo intuitivo, mencionando que éste último es en el que el terapeuta decide en base a su intuición, gustos o bien en base a su experiencia anterior, qué técnica utilizar con su paciente, mientras que la integración técnica se refiere a la selección de técnicas en base a algún criterio definido. Estos autores mencionan tres formas de integración teórica: *la integración técnica pragmática*, que toma en cuenta el nivel de eficacia que han demostrado las diferentes técnicas para cada uso en concreto, tiene una orientación empírica; *la integración técnica de orientación*, en donde se combinan técnicas que vienen de distintos orígenes, pero en función de una orientación teórica en particular. La teoría que se decida elegir debe tener muchas posibilidades técnicas para que pueda darse la integración, las técnicas se escogen en función de estrategias de cambio derivadas de la conceptualización clínica de una teoría en específica; *la integración técnica sistemática*, que selecciona

técnicas de acuerdo con un esquema básico, en función de características del paciente. La elección de técnica a utilizar se hace dependiendo del tipo de paciente (por ejemplo, qué tan complejos son los síntomas, si es una persona que se deja guiar o tiene cierto nivel de oposición, qué estilos de afrontamiento maneja, etc.)

El tercer modelo de Robertson (1995), *factores comunes o integración convergente*, consiste en un diseño de tratamiento que mezcla estrategias de cambio y comportamientos de acompañamiento del terapeuta que están presentes en muchas aproximaciones de una sola teoría y que han sido consistentemente asociados con un resultados positivos, es decir, se trata de una integración de componentes seleccionados que son comunes a muchos sistemas. Por ejemplo, desarrollar y mantener la alianza terapéutica, promover la autoconsciencia y autoaceptación, así como sugerir y apoyar en actividades que logren cambios.

El cuarto modelo se puede catalogar como un modelo de fusión, ya que sus conceptos teóricos, los procesos de cambio y las intervenciones específicas de algunas terapias actuales se entrelazan para formar una nueva estructura conceptual que es una estructura de un orden superior. No obstante, dentro de la terapia integrativa existen algunas que no se ajustan exactamente a uno de estos modelos en particular y que pueden, por ejemplo, basarse en los problemas y metas del paciente, para entonces incorporar conceptos e intervenciones de diferentes aproximaciones teóricas.

Otra forma de clasificación de la integración es de manera teórica. En la integración teórica se integran dos o más formas de psicoterapia con la intención de que el resultado de la unión de ambas, sea mejor y más útil que el que se pudiera dar de manera individual, como por ejemplo el surgimiento de terapias de corte psicoanalítico que marcan la importancia de establecer metas y trabajo sobre un foco terapéutico (Feixas & Miró, 1993).

Robertson (1995) analiza las fortalezas y limitaciones de la terapia integrativa. Sobre las fortalezas, destaca el espíritu de colaboración entre teóricos, terapeutas, investigadores, al buscar lo que más le beneficie al paciente, en vez de sólo seguir modelos rígidos. Otra fortaleza es que, a diferencia de modelos de una sola teoría, las aproximaciones integrativas seleccionan de una amplia base teórica y eligen de un rango grande de estrategias de tratamiento y de intervenciones específicas para resolver problemas, los cuales pueden adaptarse a la diversidad de estilos personales del terapeuta. Dentro de las limitaciones se encuentran la poca oportunidad que tienen los psicoterapeutas para formarse y adquirir

competencia en varios sistemas psicoterapéuticos, ya que se requiere de mucho compromiso y tiempo para lograr manejarlos. Otra limitación es que existe poca investigación que compara la efectividad de aproximaciones integrativas con formas puras de terapia, por lo tanto, se carece de información que ayude a promover este tipo de psicoterapia.

La integración debe buscarse primero a un nivel teórico, debido a que cuando existe ausencia de una teoría que guía el proceso, éste tiende a desorganizarse y como resultado aparecen datos sueltos, desordenados y no sistematizados. A partir de la teoría se puede derivar una integración hacia los datos y hacia la práctica clínica. Si esto se realizara, se tendría como resultado una teoría de tipo integrativo con un encuadre guiador que daría entrada a la integración entre la investigación y la práctica clínica. Así, se facilitaría la conexión entre la investigación, los desarrollos teóricos y la práctica psicoterapéutica (Opazo, 2001).

Para sustentar la necesidad de integración que tenemos los profesionales de la psicoterapia, Fernández- Álvarez (1992) menciona de una forma muy acertada que a través de la experiencia, el terapeuta puede darse cuenta de que los pacientes son personas que padecen de trastornos o problemas muy variados, con orígenes que responden a circunstancias muy diferentes, por lo cual necesitan recibir atención mediante diferentes recursos terapéuticos.

De esta manera, cada paciente necesita una forma de trabajo específica, no es posible que una única forma de psicoterapia sea eficaz para todos los pacientes, en todas las circunstancias. Algunos pacientes se benefician con procedimientos breves que les ayudan a cambiar aspectos específicos del comportamiento, mientras que otros requieren de un trabajo más complejo en el que la estructura de la personalidad se transforma; el mismo paciente puede tener objetivos distintos que requieren intervenciones diferentes. Aunque se hable de los mismos síntomas, cada paciente se puede beneficiar de una manera distinta, dependiendo del tipo de terapia.

En el siguiente apartado se expondrán características de la ansiedad y la agresión a través de diferentes enfoques terapéuticos, para tener una noción más completa acerca de estos síntomas y sobre las diferentes formas de trabajar con éstos.

Agresión y ansiedad desde diferentes enfoques

La agresión y ansiedad han sido explicadas desde diferentes perspectivas dentro de los modelos teóricos para aclarar su naturaleza, el impacto que tiene en la conducta, los conflictos que conlleva cuando se llega a niveles extremos, así como las posibles formas de tratamiento.

El psicoanálisis le ha dado gran importancia a explicar la naturaleza de la ansiedad.

Autores como Melanie Klein y Donald Winnicott han abordado el tema de la agresión, para explicar el comportamiento humano.

Klein (1934) explica este proceso cuando habla sobre la introyección de objetos buenos y malos desde el primer año de vida de un bebé. Como Klein indica, el bebé proyecta su agresión sobre los objetos buenos y malos que percibe, siendo el pecho de la madre un objeto que tiene ambas características: malo cuando se le priva de algo o cuando no está presente, y bueno cuando sus necesidades son satisfechas y la madre está presente cuando la necesita. El bebé instaura en su yo los objetos malos, como perseguidores y devoradores de su interior en forma de imagos, que son cuadros distorsionados de objetos reales, y es por esto que los niños desde muy pequeños, reaccionan con mecanismos de defensa cuando responden a situaciones de ansiedad. Continuando con Melanie Klein (1934), el principal mecanismo de defensa que usa el niño es el de escotomización, negación de la realidad, la base de las psicosis más graves. La proyección también forma parte muy importante en este mecanismo, debido a que el niño proyecta en otros su miedo internalizado de estos objetos perseguidores (esta es la base de la paranoia), por lo tanto, el niño le tiene miedo a las brujas, a los fantasmas, a la obscuridad, etc. Según Klein (1934), la ansiedad psicótica infantil, sobre todo la de tipo paranoico, está ligada y es modificada por los mecanismos obsesivos que los niños presentan desde edades muy tempranas. Cuando Klein habla de paranoia, se refiere a que los mecanismos de defensa se centran en eliminar a los objetos perseguidores, y aparece la ansiedad en el yo. Conforme el yo se organiza de una forma más completa, los imagos internalizados se acercan más a la realidad y el yo se identifica con el objeto bueno. Existe un miedo a la persecución, que se extiende también al objeto bueno y la supervivencia del yo se entiende a través de la preservación de los objetos buenos. Posteriormente existe un cambio de posición del yo, en donde la relación con el objeto no es parcial, sino total. Al ser total la relación que el yo tiene con el objeto amado, su pérdida representa nuevos contenidos de ansiedad y por lo tanto, nuevos mecanismos de

defensa. Conforme el niño se identifica más con el objeto bueno, su libido incrementa y tiene deseos de devorarlo, para introyectarlo. Sin embargo, esta introyección representa también la pérdida de ese objeto amado, puesto que en el interior también se encuentran los objetos perseguidores que pueden eliminar al objeto bueno o amado, lo que da lugar a la ansiedad psicológica. El niño teme que al incorporar esta parte buena de su madre o del objeto amado, al mismo tiempo desaparezca y muera, es por ello que el niño presenta ansiedad cuando su madre no está presente y esta ansiedad se manifiesta en una necesidad constante de estar con ella.

Chagas (2012) hace una revisión de la teoría de Winnicott para explicar la agresión y explica que en un inicio el bebé tiene la ilusión de ser el creador del objeto (la madre) y éste le sirve como espejo para darle esta ilusión de realidad. Durante los primeros 6 meses de vida, cuando no puede satisfacer sus necesidades inmediatas y no se identifica con él niño, se crea el falso self, que sirve de protección al bebé ante esta intrusión del ambiente y permite darle al niño las funciones de sostén que la madre no está dando en determinado momento. Cuando la intrusión de la madre es constante, desmesurada y aparece de forma sorpresiva, aparece el odio en el niño, el cual comienza a amenazar su capacidad creativa y su confianza. Cuando el bebé se da cuenta de que está separado de la madre y que no es su creador, aparece cierta angustia y es cuando se da lugar a los objetos transicionales, que le sirven al niño de sustitutos de la presencia del objeto y lo ayudan a calmar esta angustia ante la ausencia de su madre. El niño puede aludir a estos objetos cuando se siente desprotegido o amenazado y crear así una actividad de fantaseo a la que Winnicott llamó fenómeno transicional. A pesar de que con el tiempo los objetos transicionales van perdiendo significado y el niño comienza a dejar de necesitarlos, el espacio transicional nunca desaparece, ya que es el juego el que sustituye los objetos, al permitirle al niño dramatizar y elaborar sus angustias a través de él.

Winnicott concibe la agresión como una fuerza inherente al ser humano, y que se manifiesta como una necesidad vital. El ambiente que se le proporcione al niño y el sostén que se le dé, propiciará que esta fuerza se exprese de forma sana o bien, que se bloquee su expresión, ya sea a través de la sumisión o de su desbordamiento a través de la agresión destructiva y antisocial. A diferencia de Freud, Winnicott propone que existe solo un tipo de pulsión, y esta es de amor-lucha, en donde el amor contiene en sí mismo la parte de agresión implícita que genera movimiento en el ser humano. Este movimiento, lo denomina amor o apetito primario

y no está ligado a una intención de daño. Depende de la actitud y la aceptación que la madre tenga con esta agresión innata del niño, para que él desarrolle la capacidad de expresarla de forma adecuada y no con la intención de dañar al otro. Si la madre trata de negar o de reprimir este apetito primario, el niño tendrá la necesidad de reaccionar ante esta irrupción de la madre de una forma agresiva, a la que Winnicott llama agresividad reactiva. Una vez que el niño expresa esta forma de agresión, llega la fase de integración, en la que el niño siente ansiedad por haber dañado al objeto (la madre) y aparece el sentimiento de culpa, que ayuda al niño a contener esta angustia al darle la confianza de la posibilidad de reparación del daño. Si la madre en este momento se muestra accesible al niño y presente, demostrándole que no desapareció para él, permite que la consciencia del otro aparezca y que el niño vaya aprendiendo a responsabilizarse de sus impulsos. La agresión le permite al niño hacer la diferencia entre él y su madre, debido a que es hasta que él trata de destruirla con esta agresión primaria y agresión reactiva, que reconoce al otro como independiente de él mismo y va desarrollando la capacidad creativa, de amor y cuidado por el otro. Si en la fase de integración, en donde el bebé utiliza la agresión reactiva contra su madre, ella toma distancia con él y no acepta esta expresión de la agresión como algo natural en el niño, él crea la fantasía de que en verdad la destruyó, y ante esta idea de destrucción del objeto no hay posibilidad de reparar el daño. Ante la imposibilidad de reparación, el niño reprime esta expresión de la agresión, aun en la fantasía o bien la lleva a la acción siendo agresivo con otros de una forma desadaptativa. Winnicott enfatiza el peligro, no de la agresión en sí, sino de la represión que se le otorgue desde edades tempranas en el niño (Chagas, 2012).

Son diferentes los autores del enfoque psicodinámico que han abordado el tema de la agresión y la ansiedad para explicar las relaciones humanas, empezando por la relación madre e hijo. El psicoanálisis se enfoca en el inconsciente y en las experiencias tempranas para explicar el funcionamiento tanto de la agresión como de la ansiedad, y nos brinda pautas para distinguir cuando este proceso transcurre de forma natural y adaptativa o cuando ocurren acontecimientos en la relación madre e hijo que propician que el niño presente episodios de ansiedad y/o agresión que no le permitan desarrollarse de una manera adecuada.

Desde la Gestalt, la ansiedad se relaciona con un evento o episodio que sucederá en un futuro. Este evento del futuro puede o no ocurrir, pero la ansiedad se genera a través de esta anticipación acerca de lo que podría suceder. Es importante distinguir dos tipos de ansiedad:

la ansiedad positiva, que es un estado de ánimo al que le sigue la curiosidad, interés o inquietudes atractivas; la ansiedad negativa, a la que le llaman angustia y es aquella que impide el funcionamiento cotidiano de la persona y tanto su intensidad como su duración son excesivas, por lo que paralizan o bloquean las actividades a realizar. La angustia puede acompañarse por síntomas físicos, como temblores, elevación del ritmo cardiaco o sudoración, pero también se caracteriza por el displacer psicológico que genera. Etimológicamente la palabra angustia se refiere a estrechez o angostura (Bilbao, 2010).

Como propone Bilbao (2010), al hablar de ansiedad es importante distinguir en primera instancia si el origen del miedo que conlleva es normal o es patológico. Como se comentó en capítulos anteriores, el miedo es una emoción natural del ser humano que tiene un propósito importante: prevenir al ser humano ante el posible peligro, dando la señal de huida o de lucha, para responder ante una situación aversiva.

Bilbao (2010) describe los aspectos que originan la ansiedad:

a) *Aspectos endógenos: de tipo genético.* El 25% de los familiares con algún trastorno de ansiedad también lo presentan.

b) *Aspectos psicológicos:* los cuales pueden ser de tres tipos:

1. *Aprendidos:* hay comportamientos que aparecen cuando se enfrenta una situación de ansiedad y la mayoría de ellos tienden a ser de evitación, de vergüenza, de temor e incluso de agresión. Existen 4 clases de aprendizaje que facilitan la adquisición de miedos: *los acontecimientos traumáticos*, cuando el individuo estuvo expuesto a un grave peligro y recuerda este incidente constantemente; *los acontecimientos penosos y repetitivos*, cuando la persona está expuesta a traumatismos leves, pero repetitivos (como burlas constantes, humillaciones o insultos) y durante tiempo prolongado; *el aprendizaje social por imitación de modelos*, cuando la persona adquiere un miedo al ser testigo de este miedo en otra persona; es común que los niños le tengan miedo a lo que sus padres temen; y finalmente *la integración de mensajes de ponerse en guardia*, que es cuando el tipo de educación o de cultura en determinado lugar, promueve el miedo a algo en particular. Es común escuchar cuentos sobre temas comunes, como las brujas o los roba-chicos, que se les cuentan a los niños, como parte de la educación y se puede ver cómo es que estos cuentos o historias van cambiando de lugar en

lugar, pero también de época, ya que en la actualidad se habla de cosas distintas, como del robo de órganos, en vez del roba-chicos, por ejemplo.

2. Factores predisponentes: son situaciones que ocurren sin que podamos anticiparlas y que aumentan la ansiedad y el estrés, como problemas económicos, carencia afectiva, frustración, agresión, etc.
 3. Factores desencadenantes: son aspectos de tipo social, los hábitos, el estilo de vida, ocupación, etc.
- c) *Estilo de crianza*: se proponen tres estilos distintos: *el sobreprotector*, en el cual los padres evitan cualquier esfuerzo por parte de sus hijos, solucionándoles todos sus problemas y evitando así que desarrollen la tolerancia a la frustración y que soporten situaciones de temor o de ansiedad; *el supercontrolador*, en el cual pretenden controlar todas y cada una de las actividades de sus hijos, tomando decisiones por ellos y no permitiendo la autonomía, fomentando la dependencia y los sentimientos de ansiedad ante lo desconocido; y *el inconsistente*, en donde se les imponen normas desproporcionadas a su edad, límites confusos y donde las consecuencias que instauran se cumplen de acuerdo al estado de ánimo de los padres.
- d) *Bioquímica*: cuando se presenta un funcionamiento fisiológico diferente que propicia reacciones más agudas, como frecuencia cardiaca elevada o déficit de oxígeno.

La ansiedad tiene 3 dimensiones, las cuales se relacionan con las tres zonas de contacto del enfoque Gestalt (Bilbao, 2010): *la zona interna*, la cual se relaciona con las emociones y el contacto con las sensaciones físicas; *la zona de la fantasía*, que tiene que ver con los pensamientos; y *la zona externa*, la concerniente al comportamiento, la conducta. Para que una persona supere o tolere los episodios agudos de ansiedad, debe comprender y dominar de manera progresiva estas tres zonas.

Bilbao en el 2010, recopila lo más importante del Ciclo de la Experiencia, que terapeutas gestaltistas como Zinker, Polster, Latner y Ginger incorporaron del modelo del conductismo al funcionamiento del organismo. El Ciclo de la Experiencia se representa por un círculo que representa el organismo y se divide en 8 fases que componen el proceso para la satisfacción de una necesidad. A continuación se mencionan estas 8 fases:

1. Reposo: la persona se encuentra sin ninguna necesidad en especial y está tranquilo, en reposo. Esto lo hace estar concentrado o relajado, esta fase representa el equilibrio y el punto de inicio para una nueva necesidad.

2. Sensación: la persona se distrae del reposo al detectar en su zona interna una sensación, que aún no traduce, pero que siente como tal (sensación corporal).
3. Formación de la figura: la persona ya diferenció lo que significa esta sensación previa y está consciente de que necesita algo y lo puede nombrar.
4. Energetización: la persona visualiza las alternativas que tiene para satisfacer esta necesidad y junta la energía que necesita para ello. Aquí se encuentra la energía potencial.
5. Acción: en esta fase es cuando se lleva a cabo una conducta, que va en busca de satisfacer esta necesidad; aquí, la persona ha salido de su zona interna para pasar a la externa.
6. Pre-contacto: la persona ubica la fuente de satisfacción y comienza a dirigirse hacia ella para satisfacer la necesidad.
7. Contacto: contacto y unión plenos con la fuente de satisfacción. La persona experimenta placer ante la satisfacción de la necesidad.
8. Pos-contacto: comienzo de la desenergetización, en donde la persona ha satisfecho su necesidad y vuelve al estado de reposo.

Dentro del Ciclo de la Experiencia, cuando la energía de una persona no fluye de forma libre, se dan bloqueos, que pueden aparecer en cada una de las fases, y se explican a continuación (Bilbao, 2010):

1. Postergación: ocurre dentro de la fase de reposo. La persona que está bloqueada en esta fase impide que haya continuidad en los momentos y tiende a dejar las cosas para después con frases como *después lo hago, ya será en otro momento*.
2. Desensibilización: ocurre en la fase de sensación y de formación de la figura. La persona niega el contacto sensorial entre su organismo y la necesidad, tal vez la sensación se detecta como tal pero no se logra comprender su significado. La frase que la ejemplifica es *no siento*.
3. Proyección: se ubica en la fase de energetización. La proyección se refiere a visualizar en otros los detalles, ideas o creencias que no se reconocen de uno mismo. La persona no reconoce su responsabilidad en sus actos y tiende a culpar a otros, lo cual provoca una escisión entre sus características y lo que conoce de ellas. La frase que ejemplifica es *por tu culpa*.

4. Introyección: También está dentro de la fase de energetización. Se refiere a la incorporación de ideas, mandatos o supuestos que la persona hace desde edades muy tempranas a raíz de las frases de otros, generalmente de los padres. La persona incorpora estas ideas de otros en su interior, sin cuestionarlas previamente y trata de que formen parte de su ser, cuando en muchas ocasiones chocan con sus propias ideas o son incongruentes con sus deseos y necesidades. La persona no se da la oportunidad de ser él mismo y se va desestructurando su personalidad, debido a que existen introyectos contradictorios dentro de sí mismo. Las frases con las que se identifican es *no debo, no tengo qué, debo, tengo qué*.
5. Retroflexión: ocurre en la fase de acción. La persona se hace cosas a sí misma que le gustaría hacer a otras personas. Si hay enojo en contra de alguien, en vez de expresarlo como tal, lo vuelve hacia sí mismo. Existe un deseo fuerte de no dañar a personas significativas, por lo tanto la persona prefiere dañarse a sí misma, tanto, que puede llegar al suicidio. Es muy común que la persona que usa la retroflexión presente síntomas somáticos, como dolores en cuello, hombros o espalda. La frase que lo ejemplifica es *mejor me aguanto*.
6. Deflexión: ocurre en la fase de pre-contacto. Se relaciona con la evitación, la persona evita enfrentar lo que le representa un problema y dirige su atención a otros objetos no significativos. Las formas en las que se evita enfrentar el contacto puede ser la verborrea, las risas, hablar de otra persona, o no mirar a los ojos. La frase con la que se ejemplifica es *lo evito*.
7. Confluencia: está dentro de la fase de contacto. La persona tiene problemas para separarse de sí mismo y del medio, hay confusión entre sus propias fronteras y las del medio. Las personas que la presentan tienen mucho conflicto con separarse del otro, ya que son muy comunes los sentimientos de culpa o el rencor excesivo ante una situación, generan relaciones de humillación, maltrato o dependencia. Las frases con las que se ejemplifican es *tú mandas, lo que tú digas*.
8. Fijación: en la fase de pos-contacto. La persona no puede dar un cierre a una experiencia o situación, y ante su necesidad de concluir esta situación, se dan pensamientos obsesivos o conductas compulsivas. Esto logra que la persona rigidice sus patrones de conducta, es muy común verlo en personas con trastornos de ansiedad. La frase que la ejemplifica es *no puedo dejar de pensar en...*

Si hablamos específicamente del trastorno por ansiedad generalizada, los bloqueos que aparecen son la proyección y la fijación, por ello la persona piensa en la posibilidad de que aparezcan acontecimientos desagradables y como no sabe la razón de estas ideas, sus pensamientos se vuelven obsesivos al tratar de encontrar las posibles causas de la ansiedad que presenta.

Para Bilbao (2010), los objetivos más importantes para el tratamiento psicológico de la ansiedad, desde una mirada Gestalt son:

- Ayudar a la persona a comprenderse mejor a sí misma.
- Ayudarla a saber conocer e interpretar mejor la realidad.
- Ayudarla a aprender a tener un mejor autocontrol.
- Ayudarla a tener relaciones más lógicas y comprensibles en las que exista una mejor relación estímulo-respuesta.

El enfoque Gestalt se centra en que la persona intente llegar a un equilibrio, se comprenda y se conozca mejor a sí misma, mediante sus sensaciones, pensamientos y acciones y logre realizar cambios que la lleven a un bienestar, tanto físico como mental, en el aquí y el ahora. Desde esta mirada se ve al individuo como un todo que se compone de distintas partes, y que juntas funcionan de manera que influyen unas en otras, las partes por sí mismas, de manera aislada, no conforman al individuo.

La mente, desde la teoría narrativa, es vista como un sistema de representación, que evoca o refiere a otra cosa y esta representación se hace con la meta de describir fenómenos originados en la percepción y en el razonamiento (Galarce, 2003). El lenguaje hablado y el lenguaje escrito tienen diferentes dominios de existencia, aunque comparten territorio. Lo escrito proporciona una nueva dimensión a las personas que tienen un problema (White & Epston, 1993).

A lo largo del crecimiento del niño van desarrollándose distintos niveles de representación (Perner, 1991):

- a) Representaciones primarias: la representación implica únicamente lo que el niño observa. Las representaciones se modifican, al cambiar los hechos.
- b) Representaciones secundarias: en este nivel puede haber dos modelos para una misma situación y puede hacer inferencias al respecto; el niño entiende que una

conducta puede estar influida por motivaciones internas (deseos o conocimientos). Este nivel sucede a los 2 años de edad, aproximadamente.

- c) Metarrepresentaciones: el niño ya puede generar relaciones entre los distintos modelos ante las situaciones, se hace una distinción entre el estado mental y entre la veracidad o falsedad de los hechos. En este último nivel, es donde la narrativa se encuentra.

Galarce (2003) menciona que las metarrepresentaciones permiten formar significados alternativos a los hechos y diferencian los hechos de los deseos. Utilizamos las metarrepresentaciones cuando hablamos de metáforas, de creencias acerca de las creencias de otros o cuando predecimos hechos o conductas de los demás.

Para poder estructurar una narración se necesita utilizar un proceso de selección de información, en donde no toda la información se narra, sino que se ocupa sólo la información que encaja en los relatos que hacemos de nosotros mismos (White & Epston, 1993). White y Epston (1993) consideran que las personas estructuran su experiencia, dándole sentido, por medio del relato y es así como le dan sentido a sus vidas y a las relaciones que establecen con otros. Cuando una persona tiene un problema, estos autores plantean que la experiencia se mira como problemática, porque forma parte de los relatos que los otros y la persona misma hacen, no dejando espacio para la representación de relatos que esta persona encuentra agradables. También proponen que la persona participa en relatos negativos, cerrados o insatisfactorios acerca de ella misma, debido a que en estos relatos no se incluye la experiencia completa de la persona o existen contradicciones entre la experiencia vivida y los relatos que se hacen de esta experiencia. Los relatos negativos, que se miran como problemáticos, se vuelven dominantes y la persona que llega a terapia tiene estos relatos, sin tomar en cuenta otros relatos positivos, que también forman parte de su experiencia. La finalidad de la terapia narrativa es lograr que la persona represente nuevos significados, nuevas posibilidades y relatos alternativos que le permitan visualizar su experiencia como más satisfactoria.

Cuando una persona relata su experiencia, hay una parte del relato que inevitablemente queda sin decir, porque queda fuera del relato dominante. Es justamente esta parte no relatada en la que se encuentra la fuente para otorgar nuevos significados y relatos alternativos. Estos autores proponen la externalización del problema, como un abordaje para trabajar, tanto con el paciente como con su familia, de manera que sean capaces de ver

otras alternativas no relacionadas al problema en cuestión. Desde esta perspectiva, el paciente y su familia llegan a terapia con un discurso saturado del problema, en donde no pueden ver otras características positivas en el paciente, debido a los relatos negativos dominantes acerca de su experiencia. Se trata de separar este problema del paciente y se les exhorta a hablar de otras cosas que no forman parte del problema, para poder ayudarlos a que descubran que el paciente y el problema no son uno mismo, sino que el problema en sí, es lo que está causando conflicto. Esto hace que las discusiones acerca de quién es el culpable de que el problema esté presente disminuyan, aminora la sensación de fracaso que tiene el paciente, después de intentar de forma infructuosa superar y eliminar este problema, brinda nuevas posibilidades de acción ante el problema y ofrece la posibilidad de diálogo en vez de monólogo, para abordar el problema. En un inicio, el objetivo es realizar preguntas que logren que tanto el paciente como su familia reconozcan la influencia que tiene el problema en sus vidas, así como la manera en la que sus actitudes también influyen en el problema. Al hacer esto, las personas son capaces de adquirir una responsabilidad distinta acerca del problema para realizar opciones distintas de solución y generarse posibilidades diferentes.

El trabajo con cartas, que los pacientes escriben sobre sus problemas, ayuda a que puedan separarse del problema y que generen estrategias diferentes de solución. Las cartas ayudan a que la persona se desprenda del problema y lo vea como algo ajeno a él, que tal vez lo acompaña pero que no forma parte de su personalidad o de su ser como tal; por otro lado, permiten que se empodere de la situación y que genere estrategias que puedan contrarrestar los efectos que el problema causa y que prediga las consecuencias que vendrán al superar o acabar con este problema, a modo de profecías autocumplidas (White & Epston, 1993).

Se pretende que el individuo tenga una concepción más completa de sí mismo, que conozca también sus partes buenas y libres del problema y que pueda dar alternativas distintas a los juicios que hace de sí mismo y de los demás. La terapia narrativa trata de separar de alguna forma el problema de la persona, para que la persona no perciba al problema como parte inherente de su vida, sino como algo que puede ser controlado o superado, haciéndola responsable de realizar acciones para lograrlo (White & Epston, 1993).

Hablando de técnicas cognitivo conductuales, las pautas más importantes para tomar en cuenta tanto la ansiedad, como la agresión son, por una parte el condicionamiento clásico y

operante y la generalización de respuesta; el reforzamiento, en donde la ansiedad y la agresión pueden ser mantenidas al ser reforzadas mediante ciertas conductas; y las distorsiones cognitivas, en las cuales pueden existir autoevaluaciones de la persona, así como una percepción errónea de las demandas del medio (Solloa, 2006).

Albert Bandura, en su teoría de aprendizaje social, comentaba acerca de los antecedentes de la agresión. Si bien en la época de 1944 se hablaba de que la frustración era el único componente que precedía la conducta agresiva, Bandura menciona que también existe el aprendizaje de la conducta agresiva y que si una persona aprende conductas agresivas de otros, las aplica entonces en el momento en que un estímulo aversivo está presente. Además, el comportamiento agresivo aprendido también puede ser reforzado de forma directa, ya sea por el contexto social o por los padres, dependiendo de las costumbres o dinámicas que presenten (Megargee & Hockanson, 1976).

La agresión en los niños y adolescentes es un problema que se ha extendido y que necesita una respuesta urgente por parte de los padres, educadores y miembros de la comunidad (Smith, Lochman & Daunic, 2005). Los jóvenes identificados por las escuelas con problemas de conducta y que han recibido servicios especiales para problemas emocionales y de comportamiento tienden a presentar enojo y agresión contra sus pares, además de presentar conflictos de conducta externalizados que se extienden también a la familia. Para trabajar problemas de comportamiento se pueden utilizar diferentes técnicas conductuales, como economía de fichas, los contratos comportamentales y actividades contingentes. Si estos métodos se conocen bien por los padres o educadores, resulta más viable que haya buenos resultados (Smith, Lochman & Daunic, 2005).

Solloa (2006) explica sobre el tratamiento para abordar problemas de ansiedad en niños y adolescentes:

Se utiliza con frecuencia el *reforzamiento positivo*, con el fin de modificar comportamientos ansiosos, *la extinción*, para eliminar las consecuencias reforzantes, el *reforzamiento diferencial*, para desplazar gradualmente las características de las situaciones exitosas a las situaciones no exitosas y el *modelamiento*, al ver otros casos y aprender sobre otras estrategias de afrontamiento. Se hace uso de la *desensibilización sistemática*, dentro de la cual existe el entrenamiento en relajación, desarrollo de jerarquías de ansiedad, y exposición gradual a los estímulos aversivos, y la *imaginación emotiva*, en donde también pueden jerarquizarse los temores o introducir historias con detalles positivos. La meta principal del

tratamiento de tipo cognitivo conductual es que el paciente pueda reconocer las manifestaciones de ansiedad que presenta para usarlas como pistas que le permitan controlarla con estrategias específicas; desde reconocer las reacciones corporales que presenta, distinguir sus pensamientos y creencias acerca de aquello que le ocurre, poner en práctica habilidades de solución de problemas, autoevaluarse y auto-reforzarse.

Un componente fundamental dentro del modelo cognitivo conductual es el *triángulo cognitivo* (Pearlman, Schwalbe & Cloltre, 2010), el cual es una representación de las conexiones entre los pensamientos, sentimientos (emociones y reacciones fisiológicas) y conducta. En esta técnica, el terapeuta le muestra al paciente cómo es que el cambio en uno de estos tres elementos promueve cambios en cada uno de los demás. Al hablar de ansiedad, es importante destacar un ejemplo en la vida cotidiana del paciente que le cause conflicto y que lo ubique dentro de esos tres elementos: pensamiento, sentimiento o conducta. Por ejemplo, hablando de un problema de ansiedad social, se podría poner el ejemplo de un paciente que, al hablar en público, piensa que las personas que lo escuchan van a burlarse de él (elemento de pensamiento), por lo que siente mucha ansiedad, tiene reacciones fisiológicas de alerta (elemento de sentimiento) y se bloquea al exponer sobre un tema en grupo (elemento conductual). Si se da un cambio en alguno de estos tres elementos, habrá un cambio en el resto. Si se cambia el pensamiento de recibir burlas, es probable que en vez de ansiedad se presente un sentimiento diferente y por lo tanto, se actúe de una forma distinta. Esta técnica se puede utilizar para ir modificando las respuestas de ansiedad, junto con los pensamientos y las emociones implicadas.

Pearlman, Schwalbe y Cloltre (2010) también mencionan la importancia de trabajar con las reacciones fisiológicas que existen en los pacientes, al momento de sentirse rebasados por una emoción, incluyendo la ansiedad. A este respecto, es importante que el terapeuta ayude al paciente a entender sus respuestas fisiológicas en situaciones en las que presentan pensamientos o sentimientos negativos. La *respiración diafragmática* ayuda a disminuir los síntomas fisiológicos de vigilancia (como palpitaciones, temblor o sudoración) y permite que el paciente vaya sintiéndose más relajado, al diferenciar la respiración profunda de la respiración agitada y superficial que se tiene cuando se está presentando ansiedad.

Novelo (2008) realizó un análisis con el fin de identificar los elementos responsables del cambio dentro de la psicoterapia integrativa en el tratamiento de trastornos de ansiedad. Se basó en tres direcciones para analizar el comportamiento de un paciente: psicoanalítica,

conductual y cognitiva. La dirección psicoanalítica tiene el objetivo de lograr el *insight* en el paciente, para poder entender sus conductas irracionales, a través del uso de mecanismos de defensa y otros procesos inconscientes. La dirección conductual empieza con desensibilización sistemática para cambiar la respuesta condicionada. Se identifican los pensamientos irracionales para posteriormente reestructurarlos y sustituirlos por otros más adaptativos. La dirección cognitiva en realidad es la aplicación de técnicas conductuales asociadas a técnicas cognitivas, al identificar la conducta y cambiar patrones conductuales para poder mantener las conductas adaptativas y mejorar el rendimiento en las actividades. Al tomar en cuenta estas direcciones principales, junto con sus elementos característicos, Novelo integró cada uno de estos elementos. El resultado se resume en la siguiente tabla:

Tabla 2.1. Categorías de análisis entre los enfoques psicoterapéuticos y su integración (Novelo, 2008)

Elementos	Psicoanálisis	Conductismo	Cognoscitividad	Integración para generar cambio
Concepto del ser humano	Instintos biológicos	Aprendizaje	Proceso de creación y renovación del conocimiento	Se consideran al mismo tiempo los instintos biológicos, los resultados en el aprendizaje y el proceso de creación y renovación del conocimiento de sí mismo.
Principales conceptos	Yo, ello, súper yo	Condicionamiento clásico, operante y modelamiento	Esquemas, operaciones cognitivas	Existe una unificación de conceptos en el paciente, ya que todas están presentes.
Desarrollo normal del ser humano	Tendencias infantiles, etapas de desarrollo	Premios y castigos	Reestructuración	Unión de las etapas de desarrollo, premios y castigos y reestructuración
Concepto de salud- enfermedad	Conflicto intrapsíquico	Conductas normales o anormales que se adquieren de igual forma	Reestructuración cognitiva de los esquemas	Integración de los conflictos intrapsíquicos, conductas normales o anormales y reestructuración cognitiva.
Proceso	Descubrir la	Modificación de la	Modificación de	Conjunto del

psicoterapéutico	naturaleza de los conflictos inconscientes	conducta inadecuada	las cogniciones	descubrimiento de conflictos inconscientes, de conductas inadecuadas y la modificación de las cogniciones
Nivel de intervención	Reconstrutivo	Aprendizaje y modificación	Reeducativo	Integración de reconstrucción, aprendizaje y reeducación
Metas de la psicoterapia	Alcance del <i>insight</i>	Modificación de la conducta inadapta	Reestructuración cognitiva	Las metas se logran por medio del alcance del <i>insight</i> , la modificación de la conducta inadapta y de la reestructuración cognitiva.
Papel del psicoterapeuta	Espejo que permita transferir contenidos inconscientes	Instruir al cliente	Guiar al cliente	Actúa como espejo, como instructor y como guía del cliente

Este análisis no propone un solo enfoque, sino la flexibilidad y apertura de canales de comunicación, con el objetivo de tener un conocimiento y desarrollo compartido mediante consensos. Esta integración se puede realizar desde la evaluación y valoración del problema hasta el tratamiento del paciente.

El presente capítulo tomó como eje central la psicoterapia integrativa. Son muchos los factores que pueden hacer que un paciente acuda a terapia y muchas las formas en las que se puede intervenir con ese paciente dependiendo de sus características, capacidades y posibilidades de trabajo. La psicoterapia integrativa ha adquirido mucho más importancia con el paso del tiempo y se sigue convirtiendo en una necesidad más que en una elección. Sin embargo, considero que los profesionales debemos tener muy claro el concepto real de integración, para no confundirlo con mero eclecticismo o diversidad de técnicas no relacionadas. De esta manera podemos demostrar nuestro trabajo de una forma clara y eficaz con el paciente y su familia. Todos los pacientes son distintos y por ello es imprescindible estar preparados para centrar el trabajo en las necesidades del paciente y no en las necesidades de un marco teórico específico. Para poder intervenir de una forma efectiva con los preadolescentes que presentan problemas como ansiedad y agresión es útil

tomar en cuenta los diferentes puntos de vista de estos conflictos y conceptualizar la forma de trabajo, al incluir las características y necesidades del paciente y poder establecer metas claras en el tratamiento.

CAPÍTULO 3. ALIANZA TERAPÉUTICA

Concepto e importancia en el proceso psicoterapéutico

Un terapeuta había tratado durante casi dos años a una cliente cuyo tratamiento se acercaba a su fin debido a que había mejorado significativamente y estaba bastante seguro de que había quedado satisfecha. Pensaba que obtener cierta información le podría ser útil en su trabajo con futuros clientes y durante la última sesión le preguntó: “En esta terapia, ¿qué le ha ayudado más a usted?”. Ella respondió: “Recuerda aquella ocasión en que un abejorro revoloteaba por la ventana?”. “Sí”, contestó él, visiblemente avergonzado. Era alérgico a las abejas y les tenía terror, por lo que la pregunta de ella le devolvió una imagen de sí mismo encogido de miedo debajo de la mesa, mientras ella ahuyentaba a la abeja y la hacía salir por la ventana. “Para mí, aquello marcó un cambio decisivo –continuó ella –, porque hasta ese momento yo le veía a usted como una persona perfecta, pero distante e inaccesible. No confiaba en que verdaderamente pudiera ayudarme o comprenderme; sin embargo, cuando me di cuenta de que usted también tenía temores y defectos, fue cuando decidí que había algo con lo que me podía identificar y entonces me abrí. A partir de ese entonces fue cuando empecé realmente a trabajar en las sesiones. Todo empezó a encajar” (Friedlander, Escudero & Heatherington, 2009, p.19).

La relación que se da entre el paciente y el terapeuta es crucial para el desarrollo correcto de un proceso de psicoterapia. Es posible que existan relaciones humanas que ayuden cuando existe un problema emocional, como por ejemplo los amigos o los familiares. Sin embargo, el tipo de relación entre un paciente y un terapeuta debe ser distinto, ya que para que esta relación sea terapéutica, debe ser diferente a otras relaciones en la vida del paciente (Feixas & Miró, 1993).

Dentro del espacio de la psicoterapia, existen emociones por parte del paciente, que generalmente son intensas y que el terapeuta debe estar preparado para asumir e incorporarlas de manera que pueda ayudar al paciente. Es natural que exista resistencia por parte del terapeuta para conectarse con el dolor y los problemas del paciente; sin embargo, es importante que el terapeuta tome en cuenta los sentimientos que le genera el paciente, para usarlos de manera constructiva en la interacción terapéutica. Esto puede significar un

reto, ya que la relación terapéutica contiene la combinación de expresiones emocionales profundas, tanto del paciente como del terapeuta (Maroda, 2010). La calidad de esta relación, será muy importante para el proceso, en la medida en la que exista una alianza entre ambos.

Lo que hace diferente a la relación terapéutica de cualquier otra relación del paciente es que, en primer lugar, es una relación de tipo profesional, no forma parte de relaciones interpersonales. En segundo lugar, una relación terapéutica es asimétrica, ya que está centrada en las necesidades del paciente (el paciente es quien solicita el servicio), el terapeuta recibe una paga por el servicio, ya que si fuera una actitud meramente altruista por parte del terapeuta, sería posible que el paciente desarrollara un sentimiento de deuda hacia él que no va de acuerdo a la salud mental esperada. En tercer lugar, en una relación terapéutica se requiere tener una estructura. Se establece un encuadre para establecer las reglas que se necesita seguir para el que el proceso psicoterapéutico se lleve de una forma clara y útil; este encuadre incluye la tarifa por el servicio, la frecuencia, horarios y duración de las sesiones. El encuadre ayuda a darle claridad a la relación y evitar la confusión de roles (Feixas & Miró, 1993).

Durante los últimos 25 años se han realizado validaciones empíricas de los tratamientos utilizados en psicoterapia, aceptando su efectividad en muchos de los casos. Este movimiento de los tratamientos empíricamente validados no tomó en consideración por mucho tiempo aspectos universales del proceso terapéutico como la relación entre el terapeuta y el paciente, que pueden ser aun más importantes que el tipo de técnicas utilizadas (Gomar, Labourt & Bunge, en Gomar, Mandil & Bunge, 2010).

La alianza de trabajo entre la persona que busca el cambio y el que se ofrece como agente de cambio es una de las claves, si no es que la más importante, del proceso de cambio. La alianza de trabajo puede ser definida y elaborada en términos que la hacen universalmente aplicable y que puede ser mostrada como valiosa para integrar el conocimiento. Una alianza de trabajo entre una persona que busca el cambio y el agente de cambio puede ocurrir en diversos ámbitos (entre estudiante y maestro, entre una comunidad y su líder o incluso entre un hijo y un padre), sin embargo la alianza de trabajo que existe en el ámbito de la psicoterapia es lo que se llama alianza terapéutica (Bordin, 1979).

La alianza terapéutica es la relación interpersonal que se da entre el terapeuta y el paciente dentro del espacio terapéutico. La calidad, tanto emocional como relacional de este vínculo

es una parte muy importante para el éxito del proceso de terapia. La alianza terapéutica se construye de manera conjunta entre el paciente y terapeuta, de manera que las ideas, expectativas y opiniones de ambos acerca del trabajo que están realizando, van construyendo la relación (Corbella & Botella, 2003). La alianza terapéutica es el conjunto de sentimientos y actitudes que los miembros de la terapia (paciente y terapeuta) tienen y la manera en la que los expresan (Gelso & Carter, 1985), es la relación de apoyo que se desarrolla entre el clínico y el paciente (Bickman, d Andrade, Lambert, Doucette, Sapyta, Boyd, Rumberger, Moore- Kurnot, McDonough & Rauktis, 2004).

La alianza terapéutica consiste tanto en un lazo positivo y de apoyo, como en los acuerdos y colaboración mutua entre terapeuta y paciente acerca de las tareas y objetivos del proceso. Esta relación ayuda a que el paciente se sienta motivado para trabajar en sus problemas, para asistir a terapia y cumpla con las tareas o actividades que se establecen (Hawley & Garland, 2008).

Los términos de la alianza terapéutica tienen sus orígenes en la teoría psicoanalítica, sin embargo es posible generalizarlos a todos los demás modelos de psicoterapia, puesto que existen aspectos del trabajo terapéutico que aplican para diferentes marcos de referencia. Bordin (1979) fue uno de los pioneros en tratar de separar el concepto de alianza terapéutica y el psicoanálisis, acercándolo más a un concepto universal que propio a un modelo terapéutico en específico, y menciona que existen tres aspectos indispensables en una alianza terapéutica sólida: un *acuerdo en las metas* a seguir, la *asignación de tareas* y el desarrollo de *lazos o apego*. Independientemente del modelo teórico que se tenga como referencia, en una relación terapéutica estos tres elementos jugarán siempre un papel vital para desarrollar una adecuada alianza de trabajo.

- a) *Acuerdo en las metas*: Las metas a seguir durante el proceso de terapia deben coincidir entre el paciente y el terapeuta, incluso algunas de estas metas pueden estar establecidas por el paciente desde antes de conocer al terapeuta, o pudieran formarse en conjunto con él a lo largo del proceso. Lo importante es que ambos estén enterados y de acuerdo con las metas a seguir.
- b) *Tareas*: Se trata de la colaboración entre paciente y terapeuta que incluye un acuerdo acerca de intercambios muy concretos entre ellos, como el que el paciente pague una tarifa establecida por el servicio. Pueden existir diferencias en las tareas dependiendo del marco teórico utilizado (por ejemplo en el psicoanálisis se habla de

la asociación libre en la que mientras el analista está fuera del centro de visión del paciente, éste busca dejar ir el flujo de la experiencia interna; en las terapias conductuales no le dan tanta importancia a la experiencia interna pero sí a reportar formas de comportamiento, como en la auto observación; en la Gestalt, la atención va más hacia la acción que al contenido. Independientemente del tipo de terapia, el terapeuta debe ligar las tareas asignadas con los objetivos, percepción del problema y deseos de cambio del paciente.

- c) *Lazos o apego*: Las metas establecidas están ligadas a la naturaleza de la relación entre el terapeuta y el paciente. No es lo mismo la relación que se da entre dos personas que saben que deben trabajar juntas por un periodo largo, a cuando saben que su colaboración será breve y sin tanta importancia. Para la relación terapéutica se requiere un nivel de confianza básico; sin embargo cuando la atención está dirigida a la experiencia interna, es necesario desarrollar lazos de confianza y un apego más profundos.

Las dimensiones de objetivos o metas, de las tareas y de los lazos de la alianza influyen unos con otros y se complementan. Por ejemplo, un acuerdo inicial entre paciente y terapeuta acerca de las tareas y objetivos puede asegurar la calidad del lazo que se forme, o bien si existe tensión acerca de los objetivos y tareas, la existencia de un lazo adecuado y sano puede ayudar al paciente y al terapeuta a negociar un acuerdo (Safran, 2013).

La actitud del terapeuta juega un papel muy importante en la alianza terapéutica. Hay actitudes que ayudan a que se desarrolle una alianza sólida; sin embargo, los diferentes modelos terapéuticos sugieren distintas visiones de lo que debe ser una adecuada relación terapéutica. Por ejemplo en el psicoanálisis, el terapeuta debe tener una actitud neutral para facilitar el proceso de transferencia; en el humanismo es muy importante la calidez personal y la empatía, consideración positiva y autenticidad del terapeuta; en el conductual se hace énfasis en el terapeuta como ayuda para modelar y reforzar las conductas apropiadas; en el modelo cognitivo el terapeuta funciona como guía u orientador; en el sistémico, el terapeuta es quien está posicionado en la misma distancia con todos los miembros de la familia. Independientemente de las actitudes del terapeuta que cada modelo considere necesarias, es un hecho que la calidad de la alianza terapéutica es un requisito indispensable para un proceso terapéutico efectivo (Feixas & Miró, 1993).

Otra característica importante de la alianza terapéutica es la escucha respetuosa y de ayuda de la narrativa del paciente. Esta escucha debe promover la participación activa del paciente al momento que va narrando su historia; el terapeuta debe ayudarlo a darse cuenta de que es él mismo quien mejor conoce su experiencia de vida. Desde el inicio, el terapeuta fomenta el establecimiento de una alianza terapéutica al poner especial atención, tanto a las experiencias emocionales subjetivas del paciente, como a sus propias reacciones de lo que el paciente dice y/o hace. Este discurso no necesariamente debe estar dominado por una perspectiva teórica en particular, sino de una escucha que, en vez de ser dominada por un experto, es empática y orientada hacia el paciente (Maltzberger, en Konrad & Jobes, 2011).

Dentro de la experiencia clínica, se sabe que trabajar con personas que tienen desequilibrio emocional es complicado. A pesar de que todos los pacientes tienen conflictos en el área emocional, hay pacientes con los que es más difícil trabajar que otros y en ocasiones hay terapeutas que trabajan mejor con pacientes que tienen ciertas características (Rogers, 1976). Se sabe también que hay ciertas características de pacientes que ayudan a que trabajen mejor en cierto tipo de terapia, por ejemplo en una terapia de corte psicoanalítico se requiere que la persona tenga cierto nivel educativo y económico para cumplir mejor con la continuidad de la terapia y con las tareas; el estilo que el terapeuta tenga para trabajar con ciertas técnicas también va a influir en el grado y la manera de colaboración del paciente.

Es muy importante entender el aspecto colaborativo de la alianza terapéutica como un proceso interactivo, recursivo y creativo, dirigido hacia metas en común; es la base del proceso terapéutico, en el que el terapeuta y el paciente se vuelven aliados contra la enfermedad mental y la angustia (Konrad, en Konrad & Jobes, 2011).

Tanto el terapeuta como el paciente tienen patrones de conducta relacionados al apego. Tomando esto en cuenta, es más fácil comprender que en una relación terapéutica existe el deseo mutuo de influenciarse uno al otro, de alguna manera. Debido a esto, es importante que exista una buena combinación entre las características del paciente y el terapeuta para que la alianza terapéutica se establezca, ya que si son extremadamente diferentes y no se relacionan fácilmente, la probabilidad de tener éxito en el proceso disminuye; por otro lado si el terapeuta se identifica en exceso con el paciente, es fácil que cometa el error de intentar influenciarlo basándose en sus propias necesidades y no en las del paciente. Una buena combinación se refiere a una compatibilidad de estilos suficiente para hacer una buena conexión, pero no demasiada como para nublar las diferencias entre ambos (Maroda, 2010).

Sin importar la orientación teórica del terapeuta, la relación terapéutica consiste en 3 elementos entrelazados: *una relación real, alianza de trabajo y una configuración de transferencia*, la cual se compone de la transferencia del paciente y la contratransferencia del terapeuta. Las raíces de estos tres componentes vienen de la teoría psicoanalítica; sin embargo, cada uno funciona de manera importante a través de diferentes perspectivas teóricas; puede haber momentos en donde un elemento destaque más que los demás. Estos tres elementos están presentes en la relación terapéutica, incluso desde antes de que haya contacto, en la forma de fantasías, tanto del paciente como del terapeuta (las expectativas que cada uno puede tener acerca del otro). Los elementos están tanto relacionados como separados y cada uno influye en el otro, así como en el proceso y en el resultado de éste. Esto forma el modelo tripartita de la relación terapéutica (Gelso, 2014).

En este modelo tripartita de la relación terapéutica, Gelso (2014) menciona que la relación real es la relación personal entre el terapeuta y el paciente, en la cual cada uno se comporta de forma genuina con el otro y percibe al otro de una forma realista, lo que hace que se correspondan. El terapeuta debe ser como es (genuino) y trabajar para percibir al paciente de una manera realista y de igual manera el paciente. Esto va a sentar la base de la relación.

El elemento de *alianza de trabajo* es lo que permite que el trabajo en la psicoterapia se realice. Una vez que la relación se da de manera realista y genuina, es posible que el terapeuta y el paciente se entiendan, se observen y hagan el trabajo a pesar de las dificultades emocionales o resistencias que puedan existir.

La *transferencia* es la experiencia del paciente y la percepción del terapeuta que se moldean, tanto por el pasado como por la estructura psicológica del paciente que incluyen desplazamientos al terapeuta de sentimientos actitudes y comportamientos que corresponden a relaciones significativas tempranas. Bajo este modelo, la transferencia es vista independientemente del modelo teórico bajo el cual se esté trabajando, ya que se puede ver de forma universal, en todas las relaciones de todas las psicoterapias.

Gelso y Hayes (2007) definen la *contratransferencia* como la mezcla de reacciones internas y externas del terapeuta que están moldeadas por su pasado y por sus conflictos emocionales del presente. Para hablar de contratransferencia, estas reacciones deben ser un reflejo de los asuntos no resueltos del terapeuta que son sacados a la luz o desencadenados por el paciente o por situaciones que se dan dentro del marco terapéutico.

El efecto de la contratransferencia depende de qué tan capaz sea el terapeuta de entender y manejar estas reacciones internas con el paciente, puesto que, llevadas de una buena forma, pueden ser usadas para entender mejor al paciente y saber el impacto que tiene en otros. Si no se pueden manejar con eficacia, las reacciones del terapeuta pueden escaparse en las sesiones, en forma de conductas que lejos de ayudar, pueden bloquear el proceso terapéutico.

Los siguientes son cinco elementos básicos del manejo de la contratransferencia (Gelso & Hayes, 2007):

1. La capacidad de *insight* del terapeuta durante las sesiones, tanto emocional como intelectual.
2. Qué tanto el terapeuta está emocionalmente integrado en la sesión, teniendo límites claros, aunque permeables con el paciente.
3. La capacidad empática del terapeuta durante las sesiones.
4. La habilidad del terapeuta para manejar la ansiedad experimentada en las sesiones.
5. El nivel de efectividad que tenga el terapeuta para conceptualizar la dinámica del paciente en el tratamiento, independientemente del modelo teórico que maneje.

Tanto la relación real, como la alianza de trabajo y la transferencia- contratransferencia se relacionan unas con otras y también se relacionan con el proceso y con el resultado del tratamiento, aunque también existen variables adicionales que pueden intervenir, ya que la práctica resulta ser más compleja que la teoría en la mayoría de los casos. No obstante, la alianza terapéutica es una pieza clave de un tratamiento psicológico (Gelso, 2014).

Como un antecedente al estudio de la alianza terapéutica se encuentra Sloan en 1975, cuando examinó a un conjunto de pacientes que habían recibido tratamiento psicoterapéutico con diferentes técnicas y encontró que todos los participantes identificaban las mismas razones para explicar el éxito del tratamiento: la personalidad del terapeuta, su capacidad para entender los problemas que los pacientes presentaban, el aliento que el terapeuta les daba para ayudarlos a enfrentar problemas, la capacidad del terapeuta para hablar con el paciente y la ayuda que los pacientes recibieron para aumentar la autocomprensión; todo esto independientemente del modelo y técnicas terapéuticas utilizadas (Fernández- Álvarez, 1992).

El cambio constructivo que realiza el paciente en el proceso psicoterapéutico depende de tres actitudes esenciales del terapeuta: congruencia en la relación, aceptación del paciente y

empatía hacia las experiencias del paciente. Estos factores tienen incluso mayor importancia que la orientación terapéutica del profesional, las técnicas que utiliza o la experiencia profesional que tenga (Rogers, 1965).

A pesar de los diferentes modelos terapéuticos y las diversas técnicas que se puedan utilizar, algo que es constante en una terapia psicológica es la relación terapéutica. El desarrollo de la alianza es la primera fase de una terapia efectiva y puede ser visto como una serie de retos y oportunidades de aprendizaje, que van disminuyendo en tamaño con cada sesión exitosa. La congruencia de las expectativas entre el paciente y el terapeuta es crítica; entre más discrepancia haya entre éstas, mayor dificultad habrá para desarrollar un marco de trabajo colaborativo (Konrad, en Konrad, 2011).

Karver, Shirk, Handelsman, Crisp, Gudmundsen y McMakin en 2008 hicieron un estudio con adolescentes en donde encontraron que existen comportamientos del terapeuta que contribuyen a un adecuado establecimiento de la alianza terapéutica como el rapport, la aceptación de los silencios y la conducta del adolescente y comportamientos de socialización. Estos mismos autores mencionan que al ignorar o minimizar las emociones del adolescente, se rompe la oportunidad de establecer una relación sana entre el paciente y el terapeuta.

Sin mencionarlo exactamente con el término de alianza terapéutica, Oaklander en una entrevista de Campbell (1993) menciona que la base de una terapia exitosa con niños y adolescentes es la relación que se establezca entre el paciente y el terapeuta, en donde ambos se perciben como iguales, el adulto tiene respeto por el paciente, es auténtico y no se posiciona como la autoridad. Pone límites cuando es necesario, pero mantiene su integridad y es empático con el paciente, aceptándolo tal cual es, debido a que el honor y el respeto son la base de esta relación. Ella menciona que en ocasiones, la relación por sí misma ya es terapéutica para el paciente.

Antes de pensar en que el paciente realice cambios es importante establecer una relación de confianza; esto se convierte en el primer objetivo de un tratamiento psicoterapéutico, ya que el paciente debe sentirse apoyado por el terapeuta, pero también debe saber que existen límites y un encuadre que respetar. Una vez que la alianza terapéutica se establece, se debe seguir fortaleciendo para demostrar que el terapeuta entiende y acepta al paciente como es y que las actividades que se realizan como parte del proceso están encaminadas a alcanzar los objetivos establecidos entre ambos (Tedeschi, 2010).

Tanto las habilidades de comunicación como las actitudes interpersonales afectan y a su vez son afectadas por el comportamiento del paciente; la interacción entre terapeuta y paciente forma la calidad de la relación terapéutica. Además, la calidad de la relación y cómo responda el paciente a las intervenciones del terapeuta influye en las elecciones que haga éste para intervenir, lo que al final fortalece o debilita la relación (Robertson, 1995).

Karver et, al. (2008) sugieren que la calidad de la alianza terapéutica es tan importante para el éxito del tratamiento, como el uso de técnicas y estrategias para lograr que el paciente logre sus objetivos dentro del proceso; sin embargo, es importante que la relación terapéutica se diferencie de las técnicas usadas en la psicoterapia y de los roles que juegan el terapeuta y el paciente, dependiendo del modelo teórico que se esté utilizando para trabajar. Estas técnicas o roles pueden reflejar la relación terapéutica pero no la definen, porque sólo son acciones implícitas en el modelo teórico o en los procedimientos que tiene el terapeuta para facilitar el cambio. La manera en cómo se relacionan el terapeuta y el paciente está más relacionado con la formación de la alianza; sin embargo, ambas partes interactúan y son influidas una por la otra: la alianza terapéutica va a influir en las técnicas que el terapeuta seleccione para trabajar con el paciente y la manera en la que va a utilizarlas y en la forma en la que el paciente reaccione a estas técnicas (Gelso, 2014).

Es importante formar la alianza terapéutica desde el inicio de tratamiento, ya que se ha encontrado que la alianza que se forma al inicio del tratamiento, predice en gran medida el patrón de alianza que va a continuar a lo largo del proceso terapéutico (Bickman et, al., 2004). La capacidad de desarrollar una alianza terapéutica sólida usualmente se desarrolla durante el entrenamiento del terapeuta, sin embargo se va mejorando con del tiempo a través del crecimiento de diversas habilidades de intervención y de la propia experiencia (Konrad, en Konrad & Jobes, 2011).

Robertson (1995) explica que la alianza terapéutica es el resultado de contribuciones que hace tanto el paciente como el terapeuta. El terapeuta contribuye con la comunicación o habilidades terapéuticas, las actitudes interpersonales, estrategias de intervención y su experiencia previa en cuanto a sus pacientes anteriores; el paciente contribuye a la relación con su motivación para resolver problemas, el compromiso para cooperar o colaborar con el profesional, la habilidad de entendimiento y la disposición de seguir con sugerencias y recomendaciones. De esta manera, ambos brindan sus respectivas historias interpersonales, las que en distintos momentos y niveles facilitan o debilitan la alianza de trabajo.

La alianza terapéutica es un aspecto significativo para el resultado del proceso terapéutico a través de distintos modelos de trabajo. Es una condición necesaria, más no suficiente para producir cambios en el contexto de terapia; es la fase inicial de la psicoterapia que puede predecir en gran medida el resultado del proceso. Ante esto, las propias valoraciones de los pacientes sobre la relación terapéutica tienden a predecir más el resultado del proceso, que el juicio o la perspectiva de esta relación por parte de los terapeutas. Una vez que se establece una base segura en la relación entre el terapeuta y el paciente el resultado será un lazo fuerte entre ellos que persistirá aunque el tratamiento termine y le permitirá al paciente salir adelante por sí mismo (Konrad, en Konrad & Jobes 2011).

Saltzman, Luetgert, Roth, Creaser y Howard (1976) propusieron una serie de dimensiones que son necesarias para la formación de la alianza terapéutica.

Las dimensiones en el paciente son las siguientes:

1. *Respeto*: la convicción del paciente de ser respetado como ser humano, sin importar de lo que hable.
2. *Entendimiento*: el terapeuta entiende al paciente y a su vez el paciente entiende al terapeuta.
3. *Apertura*: la habilidad del paciente para expresar pensamientos y sentimientos de manera abierta.
4. *Seguridad*: la confianza del paciente de que el terapeuta está, tanto comprometido como capacitado para ayudarlo, mientras la ayuda sea necesaria.
5. *Unicidad*: la relación terapéutica es diferente de cualquier otra relación.
6. *Continuidad*: la experiencia del paciente de estar dentro de una relación continua.
7. *Responsabilidad*: el reconocimiento y la aceptación del paciente de su responsabilidad de resolver los problemas y cambiar comportamientos, en vez de apoyarse en el terapeuta para hacerlo.
8. *Movimiento*: El sentimiento del paciente de ser capaz de enfrentarse a los problemas.

Las dimensiones del terapeuta son las siguientes:

1. *Respeto*: la capacidad del terapeuta para aceptar y respetar al paciente tal cual es.
2. *Entendimiento*: el sentimiento del terapeuta de entender lo que el paciente trata de transmitir.
3. *Apertura*: el terapeuta es capaz de expresar las cosas que desea comunicar.

4. *Involucramiento*: el sentido de cuidado y atención del terapeuta hacia el paciente y la participación activa del paciente.
5. *Continuidad*: la experiencia del terapeuta de estar involucrado en una relación terapéutica continua.
6. *Responsabilidad*: la asesoría del terapeuta acerca de qué tanto puede apoyarse el paciente del terapeuta para resolver los problemas.
7. *Movimiento*: la asesoría del terapeuta acerca de qué tanto el paciente es capaz de enfrentar sus problemas y progresar para resolverlos.

Konrad (en Konrad & Jobes 2011) distingue 5 condiciones que deben estar presentes para lograr formar y fortalecer la alianza terapéutica:

- a) *El reconocimiento de los propios pensamientos y sentimientos del paciente*. Es una característica muy importante en términos de alianza terapéutica. El entendimiento de la experiencia del paciente desde su propia perspectiva y el saber comunicarlo de una forma correcta requieren de empatía por parte del terapeuta. El terapeuta debe tener habilidades de empatía, con el fin de expresarse de una forma positiva y sin juicios. En la exploración de la propia experiencia del paciente, es él mismo quien debe ser considerado el experto en su propia historia. El terapeuta debe transmitir al paciente la seguridad de conocer su mundo interno, el cual ha sido moldeado por sus propias experiencias; por lo tanto, el terapeuta debe entrar en el mundo interno del paciente para poder tener un entendimiento empático. Las formas en las que se puede acceder al mundo intrapsíquico del paciente involucran la cognición, la emoción, las respuestas fisiológicas y el comportamiento.
- b) *El reconocimiento de las metas y la necesidad de autonomía del paciente*. La alianza terapéutica incluye metas compartidas entre el paciente y terapeuta, reconocimiento de las tareas que cada uno realiza en la relación y un lazo de apego. El terapeuta, junto con el paciente debe ir realizando una búsqueda minuciosa de lo que causa dolor emocional y frustración, para poder establecer metas de cambio. El paciente debe ser visto como un ser individual capaz de proponer metas en el tratamiento, sea de forma consciente o inconsciente. En el proceso de terapia, el paciente va describiendo de una forma cada vez más abierta sus experiencias y a su vez el terapeuta va integrando estas experiencias narradas por el paciente a su modelo de trabajo, formulando planes de tratamiento consistentes con sus características y con

sus metas. De esta manera, tanto el paciente como el terapeuta perciben y comprenden las acciones y palabras de cada uno a través de experiencias pasadas relevantes, creencias personales y conocimiento, con el fin de establecer un proceso dinámico con objetivos propuestos por ambos.

- c) *Trabajar en conjunto con esfuerzo.* Esto se puede lograr si se da un entendimiento mutuo de las necesidades del paciente, ya que una vez que su perspectiva es aceptada y entendida, el paciente se puede sentir seguro de explorar otros puntos de vista y desarrollar nuevas formas de entender sus problemas, en forma conjunta con el terapeuta. Si el paciente percibe que tanto él como el terapeuta están trabajando en una misma línea y en una actividad compartida, es posible que se desarrolle un sentido de apego acompañado de confianza, respeto, sentido de compromiso en común y entendimiento mutuos. De esta manera, una relación terapéutica colaborativa le brinda al paciente un ambiente seguro para explorar su self y desarrollarse de una forma más adaptativa.
- d) *Competencia y compromiso del terapeuta.* Es muy importante que en la relación terapéutica, el terapeuta sepa modular las reacciones emocionales que tiene ante el comportamiento, en ocasiones agresivo del paciente. Esto se va logrando con la práctica y bajo la observación del comportamiento del terapeuta en sesiones, utilizando video o audio para ser supervisado; las habilidades del terapeuta se refieren a formular metas terapéuticas mutuas y a usar intervenciones relacionadas a estas metas. El éxito en la terapia depende de la habilidad que tenga el terapeuta de influenciar, mas no controlar el proceso terapéutico; se trata de inducir el cambio o crear las condiciones propias para facilitarlos.
- e) *Transmitir esperanza.* Una parte muy importante dentro del proceso es la idea de recuperación y la positividad que transmita el terapeuta. Las expectativas del paciente y la sensibilidad del terapeuta hacia las metas del paciente son ingredientes básicos del cambio.

En una alianza terapéutica también pueden existir rupturas, en donde el terapeuta, el paciente o ambos, presenten problemas para realizar un trabajo profundo. Las rupturas en la alianza son periodos de tensión o falla en la colaboración o comunicación entre el paciente y el terapeuta. Estos periodos pueden variar en intensidad desde tensiones relativamente menores de las que uno o ambos pueden darse cuenta de manera vaga, a fallas mayores en

el entendimiento y comunicación que, de no ser adecuadamente canalizadas o dirigidas, pueden dar lugar a una terminación prematura o a un fracaso en el tratamiento (Safran, 2003).

Alianza terapéutica y eficacia en el tratamiento

Dentro de la psicoterapia, se ha investigado la relación entre distintas variables y el progreso en el tratamiento. Estas variables incluyen factores relacionados al paciente como la severidad, cronicidad y complejidad del problema, la presencia de problemas subyacentes de personalidad, así como el diagnóstico que tenga. También se han investigado factores fuera de la terapia, como eventos de vida negativos y apoyo social. Se ha relacionado un resultado positivo del tratamiento psicoterapéutico con factores comunes a la mayoría de los tratamientos como las expectativas de un resultado positivo por parte del paciente y el terapeuta, la motivación, la seguridad del paciente de trabajar con alguien capacitado para ayudarlo, la atención del terapeuta hacia el paciente y la relación terapéutica que haya entre ambos. Así como es importante el uso de diversas técnicas para cada uno de los problemas, la calidad de la relación terapéutica es uno de los aspectos centrales para explicar el cambio (Lambert & Simon en Hick & Bien, 2008).

Son diversos los estudios que han apoyado a que la formación de la alianza terapéutica ayuda a que los pacientes obtengan cambios a corto y largo plazo. Aunque se ha investigado más en adultos, se ha investigado la relación entre alianza terapéutica y en la mejora de síntomas dentro del proceso terapéutico y se ha encontrado que es un factor importante en este sentido (Anderson, Spence, Donovan, March, Prosser & Kenardy, 2012). Santibañez, Román y Vinet realizaron un estudio en el 2009 en donde relacionaron la alianza terapéutica y la efectividad en el proceso terapéutico. Encontraron que los pacientes que mostraron mejoría en sus procesos reportaron tener una alianza terapéutica sólida con los psicólogos que los atendieron.

La correlación entre alianza terapéutica y el resultado del tratamiento es moderada, pero significativa. Las evaluaciones de los pacientes tienden a predecir más los resultado del tratamiento que otras fuentes; una alianza sólida desde el inicio del tratamiento predice mejor el resultado que otras evaluaciones realizadas en seguimientos posteriores al proceso (Horvath, 2005).

Las primeras sesiones son pieza clave para construir y consolidar un vínculo sano y productivo dentro del espacio de la psicoterapia. La importancia de construir un lazo sólido para la relación terapéutica es importante no sólo para establecer un vínculo sano de trabajo y de colaboración, sino que es posible que la alianza ayude a que el paciente mejore los síntomas que presenta cuando inicia con la terapia. Los pacientes que reportan tener una alianza terapéutica fuerte son aquellos que tienden a permanecer más tiempo en terapia y aquellos en los que se reporta una alianza terapéutica menor, tienden a abandonar de forma prematura el proceso (Botella & Corbella, 2011).

El cambio terapéutico toma lugar como resultado de factores que, en vez de estar ligados al tipo de tratamiento específico, son comunes a todos los tipos de terapia, por ejemplo la confianza que se tenga en el terapeuta, el sentimiento de ser entendido por él y la expectativa de cambio por parte del paciente. Estos factores comunes forman parte de efectos inespecíficos de una la relación común entre cualquier terapeuta y paciente (Safran, 2003).

En los últimos años se ha encontrado que los adolescentes que presentan ansiedad y que desarrollan una alianza terapéutica sólida con sus terapeutas, logran disminuir en gran medida lo síntomas presentados al inicio de la terapia, debido a que muestran menores niveles de ansiedad según reportes de sus padres y muestran cambios positivos al finalizar la terapia, los cuales persisten aún después de 6 meses (Anderson et al., 2012).

Para evaluar la alianza terapéutica se realiza la observación de condiciones en el terapeuta que facilitan la interacción y condiciones en el paciente que facilitan su participación en el proceso de terapia. Es importante tomar en cuenta ambos puntos, ya que si únicamente se enfocara la atención en uno (paciente o terapeuta) no se tendría una visión completa de la alianza terapéutica y no podría relacionarse de manera correcta con el resultado de un proceso terapéutico (Lambert & Simon en Hick & Bien, 2008).

Botella y Corbella en el 2011 hacen dos afirmaciones importantes: la alianza terapéutica no explica totalmente el éxito terapéutico de un paciente. Si bien es importante para ayudar a generar cambios, no es posible darle todo el peso, ya que de ser así, estaríamos devaluando el trabajo psicoterapéutico (como las estrategias y procedimientos dentro del proceso). Por lo tanto, la alianza terapéutica constituye un elemento necesario, más no suficiente para generar cambios en paciente y obtener éxito en el proceso.

La segunda afirmación que realizan es que no es posible descartar una de las dos posturas que se han encontrado en debate sobre la alianza terapéutica. Existen posturas que afirman que a medida que el paciente comienza a eliminar o reducir los síntomas que le aquejan, comienza también a facilitarse la alianza terapéutica, y otras apoyan que el establecimiento de una alianza terapéutica sólida ayuda a la reducción de síntomas en el paciente. De cualquier forma, se sabe que la formación de la alianza terapéutica es un factor importante para facilitar el proceso terapéutico.

A pesar de que las condiciones óptimas, así como los factores específicos que forman y mantienen la alianza terapéutica todavía no se conocen completamente y no se puede confirmar con certeza que la alianza terapéutica sea el único factor que interviene de forma directa o indirecta para la mejora de los síntomas del paciente, sí se sabe que la relación establecida entre el paciente y el terapeuta tiene un impacto para el proceso terapéutico y que para este proceso es vital la relación humana.

Aunque el contenido del trabajo terapéutico varía de acuerdo a los modelos y los estilos del tratamiento, se presume que la relación entre alianza terapéutica y el resultado del proceso terapéutico está mediada por el involucramiento y compromiso del paciente en el trabajo y las tareas que implique el tratamiento (Shirk & Karver, en Norcross, 2011).

Existe una relación entre alianza terapéutica y el involucramiento del paciente en el tratamiento. Mientras más positiva sea la alianza terapéutica durante el inicio de la terapia (primeras tres sesiones), mayor involucramiento del paciente en el proceso, lo cual trae beneficios para el resultado del tratamiento en general, independientemente de la aproximación terapéutica que se use (Karver, et al., 2008). En este mismo estudio se encontró que hay comportamientos del terapeuta que se relacionan positivamente con la formación de una adecuada alianza terapéutica, como son el no forzar al paciente a hablar si no está listo, conductas de rapport y de socialización. Estos autores aportan información acerca de que un paciente, especialmente si es adolescente puede ser menos abierto con el terapeuta si éste lo fuerza a hablar cuando no se siente listo, y la posibilidad de llevar una relación sana entre el paciente y el terapeuta se pierde si el terapeuta no valida las emociones expresadas por el adolescente, ignora o minimiza las situaciones que le preocupan, critica, juzga o pierde atención en lo que el paciente está diciendo.

Shirk y Karver, en Norcross en 2011, realizaron un meta-análisis de estudios que relacionaban alianza terapéutica con el resultado de un proceso terapéutico en adolescentes

(edades entre 12 y 18 años). Encontraron una asociación media entre la alianza terapéutica y los resultados del proceso, especialmente en los estudios en donde la calidad de alianza terapéutica se midió estando el paciente dentro del proceso, ya que en algunos estudios se tomaron medidas de alianza terapéutica después de haber terminado el tratamiento. Esta asociación entre la alianza terapéutica y el resultado del tratamiento no varió con el tipo de tratamiento demostrando que la alianza terapéutica es un componente muy importante para explicar el resultado del tratamiento, independientemente de las técnicas o estrategias que se utilicen durante el proceso. También se encontró una asociación más fuerte entre alianza terapéutica y resultados en el tratamiento, en adolescentes con problemas externalizados que internalizados y los autores lo atribuyen a que la alianza terapéutica juega un papel crítico en el tratamiento de problemas disruptivos, posiblemente al contribuir para desarrollar una actitud empática hacia otros o facilitar la internalización de habilidades.

En este mismo meta-análisis Shirk y Karver encontraron que los resultados de los estudios muestran generalmente que adolescentes con mayor motivación, mayor reconocimiento de su problemática y con deseos de mejorar y comportarse de una forma diferente formaron una alianza terapéutica más sólida, a pesar de que la adolescencia representa un periodo difícil para establecer una adecuada alianza terapéutica. A este respecto, se analizaron diversos estudios que relacionaron variables interpersonales de los adolescentes con la facilidad de establecer una alianza terapéutica y se encontró que, en general, la calidad de las relaciones pasadas entre el adolescente con los adultos que lo rodean, predice de alguna forma la calidad de relación con el terapeuta. Es decir, si el adolescente ha estado expuesto a maltrato o ha tenido relaciones negativas con sus padres u otros adultos significativos en su vida, el establecimiento de la alianza terapéutica se complica.

Alianza terapéutica con preadolescentes

La alianza terapéutica ha sido un tema que se ha estudiado mucho más en adultos que en jóvenes, siendo una cantidad mínima los estudios que incluyen a los preadolescentes. Sin embargo, la investigación que se ha hecho en jóvenes, en donde se mencionan los términos alianza terapéutica y adolescencia, incluyen participantes en edad de preadolescencia (entre 10 y 14 años de edad) aunque no estén nombrados como preadolescentes específicamente (Anderson et.al, 2012; Bickman, Andrade, Athay, Chen, Nadai, Jordan- Arthur & Karver, 2012, Bickman et.al., 2004; Byers & Lutz, 2015; Karver, et.al, 2008; Kazdin, Whitley &

Marciano, 2006; Shirk & Karver, en Norcross, 2011; Ormhaug, Shirk & Wentzel- Larsen, 2015). Existe discrepancia entre las investigaciones de alianza terapéutica en adultos, en niños y en adolescentes, ya que los estudios respecto a estas poblaciones se han quedado atrás en contraparte a las de adultos, en diferentes áreas. A pesar de esto, existen algunos estudios que han encontrado de gran importancia la alianza que se forma entre un adolescente y el terapeuta, aunque muchas veces representa un reto para el profesional el comprometer a los adolescentes en el proceso terapéutico debido a que generalmente no están conscientes de la problemática y no son ellos quienes buscan la atención psicoterapéutica (Shirk & Karver, en Norcross, 2011).

A pesar de que el tema de alianza terapéutica ha sido menos estudiado en niños y adolescentes que en adultos, Anna Freud (1986) es un antecedente muy importante, ya que ella mencionaba que el análisis en los niños y adolescentes debía seguir un curso muy distinto al de los adultos, ya que los niños no presentaban los tres requisitos más importantes para comenzar un proceso con un adulto: consciencia de enfermedad, la confianza en el terapeuta y un deseo de cambio a través del análisis, y no los presentan porque son los padres o cuidadores los que perciben un problema y deciden acudir a solicitar la ayuda terapéutica. Sin embargo, esto no quiere decir que los niños y adolescentes no pueden llegar a estas tres nociones. El terapeuta puede ayudarlos a establecer esta consciencia de la enfermedad, infundirles la confianza en la terapia y en el terapeuta, así como fomentar un deseo de continuar con la terapia por obtener un cambio, y esto se hace a través de un periodo de introducción en la terapia que no es necesario tener con el adulto. Según Anna Freud (1986), en este periodo introductorio, el terapeuta debe ser muy sutil al ir preparando al niño para hacer este reconocimiento de la problemática y de la necesidad del tratamiento, utilizando herramientas que le permitan mostrarse disponible para el menor, y como un agente de ayuda ante sus dificultades. Ella explica que, en casos muy severos, en donde resulta muy complejo empezar por descubrir la necesidad del tratamiento y la existencia de una enfermedad, es mucho más conveniente comenzar por crear un vínculo lo suficientemente fuerte para sustentar el futuro trabajo terapéutico, la vinculación afectiva y la transferencia positiva son condiciones previas del trabajo posterior; de ahí la importancia en la calidad de relación entre el paciente y el terapeuta niño o adolescente.

Recordando la definición que hacen Corbella y Botella en 2003 de alianza terapéutica que se mencionó anteriormente, es importante hacer una distinción entre la calidad relacional y

emocional de la relación entre el terapeuta y el paciente, ya que la primera se detecta en la medida en la que el paciente colabore y trabaje en el proceso, mientras que la segunda es la relación emocional que se dé entre ambos. Funcionan de manera conjunta, ya que el vínculo emocional promueve que el paciente colabore mejor en el proceso; sin embargo, no significa que el vínculo emocional por sí mismo sea curativo, pero sí un catalizador para promover el trabajo terapéutico (Shirk & Karver, en Norcross, 2011).

West (2000), quien ha trabajado con niños y preadolescentes de 12 años de edad al momento del inicio de la terapia, menciona el papel que debe desempeñar el terapeuta dentro de la terapia centrada en el niño. Dentro de estas características del terapeuta, hay algunas que pueden rescatarse como facilitadoras de la formación de una adecuada alianza terapéutica: el terapeuta acepta al paciente tal cual es, valida sus emociones y conductas, independientemente de cuáles sean, no lo critica ni cuestiona, se maneja como un facilitador y no como evaluador y mantiene la seguridad y los límites terapéuticos.

En Estados Unidos se han desarrollado escalas que intentan medir los niveles o la calidad de alianza terapéutica con adolescentes. Muchos de ellos se han formado a partir de escalas hechas en adultos. Uno de ellos es la *Adolescent Therapeutic Alliance Scale (ATAS)* de Johnson, Hogue, Diamond, Leckrone & Liddle en 1998, que es un instrumento de puntuaciones, que lleva a cabo un observador, diseñado para medir dimensiones importantes de la alianza de trabajo entre el terapeuta y el adolescente en cualquier tipo de modelo psicoterapéutico. Los factores que se representan en esta escala son dos conceptualizaciones dimensionales para escalas de alianza: la contribución del paciente contra la contribución del paciente-terapeuta en la alianza y la teoría de Bordin de 1979 de lazo, tareas, y metas que comprenden el constructo de alianza (Faw, Hogue, Johnson, Diamond & Liddle, 2005). Otra escala que mide la alianza terapéutica es la *Therapeutic Alliance Scale for Children*, de Shirk & Saiz en 1992. Esta escala fue diseñada específicamente para el uso en niños y adolescentes (hasta los 16 años, por lo que también se incluye a los preadolescentes), le asigna aspectos positivos y negativos a la alianza terapéutica en una escala de 4 niveles que van desde lo negativo hasta lo positivo de cada situación (Faw, Hogue, Johnson, Diamond & Liddle, 2005).

Una limitación actual que hay para entender la alianza terapéutica en adolescentes es la falta de consenso conceptual que existe, ya que se han utilizado más de 20 escalas diferentes para medir la alianza del paciente, padres o cuidadores y familia con el terapeuta.

Esto representa un problema metodológico, debido a que muchas de las medidas usadas carecen de una base psicométrica establecida, no está claro qué aspectos específicos de la relación terapéutica mide cada escala y en qué medida estos aspectos se correlacionan unos con otros; la falta de acuerdos en las mediciones contribuye a tener poca claridad acerca del término de alianza terapéutica con adolescentes (Zack, Castonguay, L & Boswell 2007).

Karver, et al., (2008) encontraron algunos comportamientos que pueden evitar que se forme una alianza terapéutica sólida. Uno de ellos es que el terapeuta enfatice mucho la recapitulación de aspectos expresados en sesiones pasadas. Cuando un terapeuta recuerda de forma reiterativa algo que sucedió en sesiones previas, puede dejar de poner atención a lo que el adolescente quiere expresar en ese momento y de alguna forma se comunica que lo que quiere decir no es importante. Así mismo, si el terapeuta utiliza la información de sesiones previas para hacer notar contradicciones en el discurso o conducta del paciente, esto puede ser tomado como crítica hacia él, especialmente si esto ocurre durante las primeras sesiones de tratamiento.

Existen dos dimensiones en la alianza terapéutica que pueden ayudar a obtener resultados positivos en la terapia: el lazo que se forma entre el paciente y el terapeuta y la organización en las tareas. Si estas dos partes están presentes de la manera correcta (un lazo sano y sólido y buena organización en las tareas) los niños y adolescentes están más comprometidos en el proceso psicoterapéutico. Será más probable que un paciente se comprometa mejor con las actividades y tareas que promuevan el desarrollo de habilidades si se siente conectado con el terapeuta y motivado con el programa de intervención (Chiu, McLeod, Har & Wood, 2009).

Características del terapeuta como autenticidad, empatía y consideraciones positivas y que no juzgan son pieza clave para el desarrollo de la terapia. El desarrollo y mantenimiento del vínculo emocional entre el paciente y el terapeuta facilitan los cambios emocionales y del comportamiento (Shirk & Karver, en Norcross, 2011).

La calidad de la alianza terapéutica predice la terminación prematura del tratamiento y la reducción de síntomas, independientemente del modelo de trabajo utilizado. Si se da una alianza terapéutica débil, es más probable que el proceso termine sin estar concluido o que la alianza terapéutica sólida ayude a que se concluya con éxito y se reduzcan síntomas. Adicional a esto, existen algunos factores que pueden influir en la alianza terapéutica, como

son el diagnóstico del paciente y las habilidades interpersonales del terapeuta (Zack et al., 2007).

A continuación se mencionan algunos de los hallazgos encontrados en el meta-análisis de Shirk y Karver, (en Norcross, 2011) que brindan información importante acerca del tema de alianza terapéutica en niños y en adolescentes:

- a) Las alianzas formadas entre el terapeuta y paciente y entre el terapeuta y los padres del paciente (o el cuidador principal del niño o adolescente) son predictoras del resultado del proceso terapéutico. El terapeuta debe atender a ambas alianzas, no sólo la alianza con el paciente, debido a que una alianza sólida entre el terapeuta y el padre ayuda a la continuación del tratamiento, mientras que una alianza sólida entre el paciente y el terapeuta ayuda al mejoramiento de los síntomas.
- b) El paciente y el padre pueden tener visiones distintas acerca de las metas del tratamiento. El reto del terapeuta es formar una alianza adecuada con cada uno que le permita hacer planes de tratamiento que se acomode a las necesidades, tanto del paciente, como de los padres.
- c) El mantenimiento de una alianza positiva en el tiempo predice buenos resultados en el proceso terapéutico. El terapeuta debe monitorear la calidad de la alianza durante todo el tratamiento, ya que la formación y mantenimiento de la alianza terapéutica es una cuestión continua que debe cuidarse en todo momento.
- d) Forzar al adolescente a hablar de sus emociones se relaciona negativamente con el fortalecimiento de la alianza terapéutica. El terapeuta debe actuar de forma gradual, comenzando a hablar con el paciente de emociones menos intensas o problemáticas, para poco a poco lograr hablar de aspectos más fuertes, sin forzar al paciente a hacer cosas con las que no se siente cómodo.
- e) El tratar de conectar con los adolescentes, buscando temas o gustos en común entre el paciente y el terapeuta de manera forzada puede resultar contraproducente y es mejor enfatizar la naturaleza colaborativa de la terapia para ir formando la alianza terapéutica.
- f) Atender a las experiencias y emociones del paciente son aspectos cruciales para el adecuado establecimiento de la alianza terapéutica, especialmente con adolescentes. El brindar la oportunidad de tener sesiones dirigidas más por el

paciente que por el terapeuta las primeras sesiones, parece ser el inicio del establecimiento de la interacción subsecuente entre ambos.

La alianza terapéutica con adolescentes y preadolescentes se puede conceptualizar como un constructo integrado, con tres aspectos clínicamente relevantes: lazo, objetivos y tareas. Estos aspectos están interrelacionados de manera que el terapeuta y el paciente colaboran para desarrollar una relación productiva de trabajo (Faw et al., 2005).

Se han encontrado resultados que enfatizan la importancia de los cambios dentro de la alianza terapéutica con la población adolescente. Bickman et al. en el 2012, encontraron que el cambio en la alianza terapéutica es un aspecto que predice cambios en el tratamiento y no el nivel de alianza terapéutica en sí mismo. El cambio en los niveles de alianza terapéutica reportada por los terapeutas se relacionó de manera negativa con la disminución en la severidad de los síntomas del paciente (esto reportado tanto por el paciente, como por su cuidador principal y por el mismo terapeuta). Esto sugiere que es importante que los terapeutas estén conscientes y atentos a los cambios en sus propios niveles de alianza terapéutica, ya que esto puede ser un factor que se relacione con la mejoría en los pacientes.

Por otra parte, dentro de la investigación también se ha encontrado que la alianza terapéutica en adolescentes alrededor de los 14 años de edad no tiene cambios significativos a lo largo del tratamiento, y tiende a permanecer estable desde el inicio hasta el final del proceso (Bickman et al., 2004).

Bickman et al. (2004) también encontraron que la percepción de la alianza terapéutica en los adolescentes y en los terapeutas, en muchas ocasiones no concordaba. Los terapeutas no estaban al tanto de la manera en la que los pacientes los percibían y este hecho sugiere que un factor que podría ayudar a la solidificación de la alianza terapéutica sería que los clínicos pudieran tener retroalimentación de los pacientes a lo largo del proceso, para saber cómo es que son vistos y lo que significa la terapia para ellos.

Continuando con los resultados obtenidos en la investigación de alianza terapéutica con preadolescentes, Chiu et al. (2009) encontraron que si, durante las primeras sesiones el terapeuta desarrollaba una relación cálida con el paciente caracterizada por la participación de ambos, podía promover una reducción significativa de los síntomas en niños con síntomas de ansiedad. Por otra parte Faw et al. (2005) encontraron que los lazos más

fuertes entre terapeuta y paciente promovían la construcción de nuevas relaciones en el ambiente escolar entre los preadolescentes.

Hablando de preadolescencia y adolescencia es importante tomar en cuenta la relación entre los padres o cuidadores del paciente y el terapeuta, ya que como se había comentado previamente, son los padres los que comúnmente solicitan la atención psicoterapéutica para sus hijos. La alianza del terapeuta con el o los padres del menor puede influir al sumar cumplimiento en la terapia y apoyo al tratamiento fuera del consultorio y también se puede asociar al cambio terapéutico. Mientras mayor sea la calidad de la relación entre el paciente y el terapeuta y también entre el terapeuta y el padre del menor, mayores son los cambios obtenidos durante y al final de la terapia. La calidad de la relación entre el padre o cuidador y el terapeuta también habla de un mejoramiento de habilidades parentales y de interacciones en el hogar (Kazdin, Whitley & Marciano, 2006). En los preadolescentes, la necesidad de la terapia y las metas que se persiguen son identificadas primeramente por los padres o cuidadores del menor. Esto hace que se introduzca una complejidad adicional a la alianza entre el terapeuta y el paciente para comenzar a trabajar con el problema y para darle continuidad a la intervención; por tal motivo debe prestarse atención a la calidad de la relación entre el adulto cuidador y el terapeuta (Zack et al., 2007). De esta manera, los tres ingredientes de los que se hablaba previamente como piezas clave para la alianza (objetivos, colaboración en tareas y vínculo o lazo positivo) deben extenderse también a los cuidadores del menor, y también a la institución o escuela, para un mayor beneficio en el niño, preadolescente o adolescente, ya que la escuela es un ámbito muy importante en cuanto al desarrollo no solo educativo, sino también social (Gomar, Labourt & Bunge, en Gomar, Mandil & Bunge, 2010).

A pesar de considerar importante tomar en cuenta la relación del terapeuta con el cuidador principal del paciente, también hay estudios que han encontrado que es aún más importante la calidad de la relación entre el paciente y el terapeuta, ya que esta alianza se asocia de manera significativa con el decremento de síntomas, el mejoramiento de relaciones familiares, el incremento del autoestima, con altos niveles de apoyo social percibido y de satisfacción de la terapia. A pesar de que la alianza entre terapeuta y cuidador se asocia significativamente con la disminución de síntomas externalizados, la alianza terapeuta-paciente está más relacionada a buenos resultados en la terapia que la alianza entre el terapeuta y el cuidador (Hawley & Garland, 2008).

Hawley & Weisz (2005) desarrollaron reactivos paralelos a la escala para niños y adolescentes *Therapeutic Alliance Scale for Children* de Shirk y Saiz con el objetivo de medir la alianza terapéutica entre el paciente y el terapeuta, así como también entre el cuidador y el terapeuta con el objetivo de evaluar si había relación con la continuidad, satisfacción y el desenlace (resultados) en la terapia. Encontraron que la alianza entre terapeuta y cuidador se relaciona de manera significativa con la continuidad en la terapia y con cada una de sus medidas (participación familiar, frecuencia de cancelaciones y faltas y asistencia del terapeuta) mientras que la continuidad no se relaciona significativamente con la alianza que haya entre el adolescente y el terapeuta, probablemente porque quien decide cuándo terminar la terapia, en caso de hacerlo antes de tiempo, es el padre de familia y es quien también lleva al paciente a las sesiones. Además, se encontró que una alianza terapéutica fuerte entre el paciente y terapeuta se asocia con la disminución de severidad de los síntomas, mostrando que es importante que haya adecuada alianza con los padres para que los pacientes sean llevados a terapia, pero que una alianza sólida entre el adolescente y el terapeuta es crítica para incrementar la motivación en el paciente que le ayude a realizar cambios, para tener una participación activa en el proceso, así como para adquirir y aplicar habilidades fuera del espacio de terapia. Finalmente en cuanto a la satisfacción, tanto la adecuada alianza de terapeuta- cuidador como la de terapeuta- paciente se relacionaron de forma significativa con la satisfacción que cada uno percibe en la terapia.

Karver, Handelsman, Fields y Bickman (2005) hicieron un modelo en el que se presenta cómo es que los constructos de la relación terapéutica interactúan para afectar o favorecer el desenlace de la terapia. Ellos conceptualizan el desenlace de la terapia con la disminución de la severidad de los síntomas de salud mental, el mejoramiento del nivel de funcionamiento, el desarrollo de fortalezas y de habilidades de afrontamiento y la disminución del nivel de angustia experimentado por el menor o los miembros de su familia. El modelo propone que las variables de la relación terapéutica pueden afectar el desenlace de la terapia, a través de procesos mediadores. La explicación del modelo es la siguiente:

El paciente tiene ciertas características al llegar al tratamiento (características pretratamiento) que afectan el nivel de receptividad que tiene hacia el terapeuta y hacia la terapia en sí; el terapeuta tiene ciertas características que influyen en las percepciones, emociones y expectativas que tenga sobre el paciente, esto último afecta el comportamiento del terapeuta hacia el paciente y a su vez, el comportamiento del terapeuta va a influir al

paciente cognitiva, afectiva y conductualmente. Con el fin de explicar a detalle el modelo, se describirán cada una de las variables mencionadas.

- a) *Características pretratamiento del paciente:* se refiere a características individuales del paciente, así como de los miembros de la familia y de los padres o cuidadores. Esto incluye los problemas que esté presentando el menor, edad, estado de desarrollo, funcionamiento interpersonal del paciente y de sus padres, salud mental e inteligencia de los padres, ambiente familiar, expectativas del paciente y padres acerca de la eficacia de la terapia y aceptación al tratamiento. El comportamiento del terapeuta depende en gran medida de las características de pretratamiento que tenga el paciente al inicio de la terapia.
- b) *Características pretratamiento del terapeuta:* las características del terapeuta como su orientación teórica, sus propias angustias, habilidades interpersonales o sus características de personalidad sin duda van a influir en el comportamiento que éste tenga en las sesiones.
- c) *Reacciones, percepciones y sentimientos del terapeuta:* las reacciones, percepciones y sentimientos o expectativas del terapeuta acerca del paciente son un vínculo mediador entre el terapeuta y las características de pretratamiento del paciente y entre el comportamiento del terapeuta. Las características del terapeuta influyen en la percepción que tiene del paciente; a esto se le llaman *señales situacionales*. Cuando los terapeutas perciben estas señales generan cogniciones sociales como atribuciones acerca del por qué los pacientes se comportan de cierta manera y así consideran o eligen opciones de tratamiento para influir en el comportamiento del paciente, así como formas para comprometerlo en la terapia. Estas cogniciones sociales dan lugar a reacciones afectivas del terapeuta, lo cual puede influir en su comportamiento con el paciente.
- d) *Habilidades interpersonales del terapeuta:* Las habilidades interpersonales del terapeuta representan constructos de la relación que proveen condiciones facilitativas. La combinación de condiciones de empatía, calidez, comportamiento genuino del terapeuta y confianza promueven el crecimiento y autodirección en los pacientes. El modelo vincula estas habilidades del terapeuta con el constructo de autonomía del paciente.

Sin duda es muy importante que el terapeuta se encuentre preparado profesionalmente para intervenir con un paciente, que tenga conocimiento sobre la problemática que le aqueja, y cuente con un marco de referencia científico que le permita saber cómo tratarlo para eliminar los síntomas y ayudarlo a superar los conflictos. Se ha mencionado ya acerca del uso de la psicoterapia integrativa para abarcar las necesidades del paciente y observar desde diversos puntos de vista una misma situación; sin embargo, la alianza terapéutica es un elemento clave para el trabajo con un paciente, especialmente con preadolescentes. Como se pudo explicar en el capítulo, los menores tienen poca o nula participación en la decisión de asistir a solicitar servicios psicológicos y en la mayoría de los casos, no tienen una conciencia de problemática que deba modificarse, por lo tanto el trabajo se complejiza. Considero que la conexión que pueda haber entre un paciente y un terapeuta es algo que no se aprende dentro de un salón de clases ni leyendo un libro sobre psicoterapia. Cada terapeuta lo va desarrollando a lo largo de su formación y experiencia, pero es muy importante para generar compromiso en la terapia y por consecuencia mayor éxito en el tratamiento. A lo largo de este capítulo se explicó el concepto y la importancia de la alianza terapéutica entre el paciente y terapeuta y se destacó la importancia también de la alianza con los padres o cuidadores, con quienes también es importante establecer una buena conexión, ya que de ellos depende que el menor continúe asistiendo. La calidad de la relación ayudará en gran parte a llegar a los objetivos propuestos y a mantener mayor apego y compromiso en el tratamiento.

CAPÍTULO 4: MÉTODO

Objetivo

Destacar la importancia de la alianza terapéutica, en el tratamiento de agresión y ansiedad con un preadolescente, para generar cambios y lograr una mayor regulación de la conducta y emociones, mediante el uso de la terapia integrativa.

Participante

Preadolescente que llega a consulta de 12 años de edad. Cursa primer año de secundaria en una escuela pública. Presenta conductas de agresión y ansiedad que lo llevan a tener problemas dentro del entorno familiar y escolar. Para fines de confidencialidad, el nombre que se usará para referirse al paciente es Alan.

Escenario

El escenario en donde se atendió este caso pertenece a los centros de atención de servicios psicológicos de la comunidad universitaria de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, en donde, a través de sesiones terapéuticas guiadas, se permite que los estudiantes se involucren en escenarios de práctica profesional, conjuntando el trabajo con pacientes, con el sustento teórico necesario. En este centro se atienden pacientes de todas las edades y se canalizan a los programas correspondientes dependiendo de la sintomatología que presentan. La supervisión la hacen por profesionales expertos en el área.

La residencia de psicoterapia infantil cuenta con un espacio fijo para atender a los pacientes y consta de un consultorio de dimensiones pequeñas, con una mesa y sillas para niños y un espacio para guardar algunos materiales que se pueden utilizar para las sesiones.

Preguntas clínicas

¿Es posible establecer una alianza terapéutica sólida con un paciente adolescente diagnosticado con agresión y ansiedad?

¿Es posible involucrar a los padres del menor cuando existe desacuerdo en iniciar un proceso de psicoterapia?

De no ser poder involucrar a los padres ¿se pueden generar cambios en el paciente trabajando únicamente con él?

¿Qué tan importante es la alianza terapéutica en el tratamiento de síntomas de agresión y ansiedad?

Procedimiento

Motivo de consulta

En la primera sesión se tuvo una entrevista únicamente con la madre del paciente, para conocer la problemática del caso y la segunda fue con el paciente. Alan presentaba conducta agresiva, que lo llevaba a tener problemas, tanto en la escuela, como en su hogar y con sus iguales. Sobre reaccionaba ante cualquier provocación, utilizando gritos, malas palabras y golpes. Se enojaba muy fácilmente y no controlaba lo que hacía o decía cuando estaba enojado. Peleaba con compañeros de la escuela, con primos, tíos y sobre todo con su padre. Respecto a esto, la relación con él era muy conflictiva: el padre lo insultaba, ridiculizaba y golpeaba cuando no hacía bien las cosas o cuando tenía problemas con otras personas. Cuando tenía peleas con su padre, Alan hacía comentarios negativos hacia él, como que le gustaría que se muriera, aunque después se sentía muy culpable por decir eso. Contaba con un bajo desempeño escolar y problemas con su maestro de clase y en general con figuras de autoridad.

Por otro lado, Alan presentaba comportamiento infantilizado y un rechazo muy fuerte a crecer. Mencionaba a sus padres que él siempre iba a ser un niño y que no quería crecer porque todos los adultos hacían cosas malas como mentir, robar y ser corruptos, a lo que los padres respondían con burlas o con regaños.

Alan presentaba algunas manifestaciones de ansiedad, como onicofagia y noctifobia, así como miedos específicos, como a ser secuestrado y a desastres naturales. Usualmente dormía con la luz encendida y en ocasiones iba a buscar a su madre a su cuarto para pedirle que durmiera con él porque tenía miedo. La madre lo regañaba, pero accedía a hacerlo.

La madre de Alan comentó que él había asistido a terapia psicológica en 5 ocasiones distintas y que no habían logrado ver cambios. Alan peleaba con los terapeutas, mencionaba que no quería asistir y los terapeutas terminaban el proceso al comentarle a la madre que Alan no cooperaba y no estaba interesado en poner de su parte para realizar cambios.

Comentó que en una ocasión golpeó a una terapeuta que tuvo, porque no estaba de acuerdo con ella y comentaba que lo único que hacían los adultos era criticarlo y regañarlo.

El padre de Alan no estaba interesado en formar parte del trabajo de terapia y no consideraba importante ni necesario que su hijo asistiera, por lo que desde el inicio la madre comentó que únicamente ella asistiría a las sesiones.

Desde el inicio, se le comentó a la madre que era muy importante solicitar una evaluación por parte de paidopsiquiatría, debido a las características con las que Alan llegó a consulta. Esto se comentó durante las sesiones de supervisión y posteriormente se le comentó a la madre de Alan, ya que parecía que no era capaz de controlar su conducta y estaba poniendo en peligro su seguridad, así como la de otros. Por ejemplo, la madre comentó que en una ocasión iban discutiendo por la calle y Alan se aventó a los coches que pasaban, pero ella logró detenerlo y comentó que en una ocasión golpeó a su terapeuta. Desde las primeras sesiones se le proporcionaron datos a la madre de Alan sobre opciones a donde podría llevarlo, pero tardó varios meses en asistir.

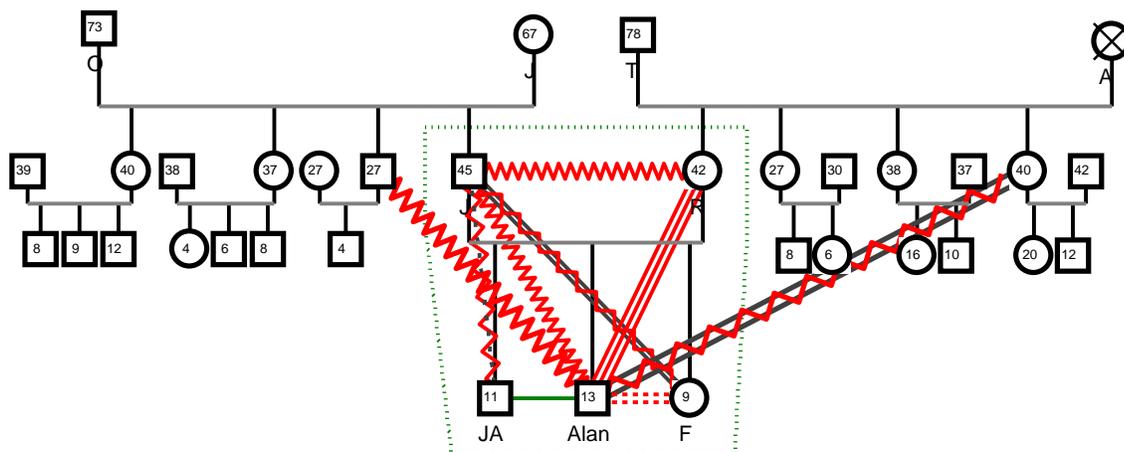
Descripción:

Alan: es un niño alto, robusto, su apariencia física no corresponde a la edad cronológica por su complexión y estatura, ya que aparenta ser de mayor edad; sin embargo, sus facciones corresponden a su edad cronológica. Su aliño e higiene son adecuados. Es amable, educado, insistió en llamarme de usted durante todo el proceso, porque comentaba que él no era irrespetuoso. La mayoría de las ocasiones se mostraba ansioso: movía pies y piernas al estar sentado, presenta onicofagia en la mayoría de las ocasiones, en algunas sesiones presentó tricotilomanía, aunque en su mayoría sucedía en casa, también presentaba diaforesis en las manos. Cuando se le pedía que realizara cosas, se mostraba dispuesto a hacerlo; sin embargo, necesitaba corroborar constantemente si lo hacía bien. Su lenguaje era adecuado para su edad; sin embargo le costaba trabajo expresarse verbalmente de forma ordenada y coherente.

Madre: es una mujer de complexión delgada, estatura baja. Se presentó a las sesiones en adecuadas condiciones de higiene y aliño. Ubicada en tiempo, espacio y persona. Su lenguaje es coherente y ordenado. Generalmente se le notaba muy angustiada, lloraba mucho y comentaba sentirse muy culpable por permitir que la familia tratara mal a su hijo.

Resultaba difícil terminar las sesiones porque descargaba muchas cosas. Resultaba difícil concluir a tiempo las sesiones porque descargaba muchas cosas. Tenía una fuerte necesidad de ser escuchada y se le dificultaba seguir las recomendaciones que se le daban.

Genograma y dinámica familiar



Alan es el hijo mayor de 3 hermanos. Al momento de comenzar el proceso psicoterapéutico su hermano tenía 11 años y su hermana 9 años.

La relación con su hermana era de conflicto, peleaban constantemente y Alan mencionaba que a su hermana le gustaba provocarlo. Con su hermano la relación era armoniosa. Peleaban muy pocas veces y Alan manifestó en varias ocasiones que admiraba mucho a su hermano menor, porque era un niño muy tranquilo y obediente. Compartieron recámara desde que Alan tenía 5 años y su hermano 3, cada quien dormía en una cama.

La relación de Alan con su padre era de violencia. La madre comentó que peleaban constantemente. El padre lo insultaba y golpeaba, Alan protestaba y le gritaba, después su padre lo golpeaba y él se sometía a lo que dijera el padre. Posteriormente Alan le comentaba a su madre que odiaba a su padre y que esperaba que se muriera; sin embargo, momentos después de arrepentía y lloraba porque decía que no quería que le pasara nada malo a su padre.

Alan y su madre tenían una relación fusionada, un tanto ambivalente. Ella le resolvía muchas cosas, él aceptaba dichas situaciones, pero si algo salía mal la culpaba por ello. El motivo principal de sus discusiones era porque hacía acuerdos con ella y cuando su padre no estaba de acuerdo, ella rompía el acuerdo y regañaba a Alan. Por otro lado, parecía ser la figura de

apoyo más importante para Alan, ya que en muchas ocasiones manifestó que a pesar de todo parecía ser la única persona dentro de la familia que se interesaba por él y que lo quería ayudar. En ocasiones su comunicación era estrecha, aunque la madre le comunicaba a él temas que no le correspondían (por ejemplo, peleas entre ella y el padre); esto daba la pauta a una serie de situaciones problemáticas, debido a que cuando se tenían problemas Alan la amenazaba con contar lo que ella le platicaba y ella decía que él era “injusto y traicionero” (sic.).

En general, el padre llevaba una mala relación con todos los miembros de la familia, también insultaba y golpeaba a sus hermanos, aunque con Alan era especialmente violento debido a que él le reclamaba y sus hermanos generalmente se quedaban callados. La madre comentó que la relación entre ella y el padre de Alan era muy negativa. Negó en todo momento que hubiera violencia física; sin embargo existía violencia psicológica entre ellos. Tanto la madre de Alan, como el propio paciente comentaron que el padre era una persona impulsiva, conflictiva y hostil ante los demás, y que esto lo llevaba a tener constantes problemas en su trabajo y con su familia extensa.

Respecto a la familia extensa, Alan tiene relación frecuente, tanto con la familia de su madre como de su padre. Desde pequeño Alan estuvo a cargo de la abuela paterna, ya que su madre trabajaba como comerciante en un mercado en la colonia donde vivían. El padre salía todo el día, también era comerciante y se dedicaba a vender material para construcción.

En la casa de los abuelos paternos Alan convivía con sus tíos, quienes asistían frecuentemente a comer ahí. Uno de los tíos golpeaba a Alan desde muy pequeño (desde los 2 años, aproximadamente) como forma de control, ya que comentaba que era inquieto y grosero. La madre de Alan recordaba haber llegado varias veces de trabajar y encontrarse con el tío dándole patadas en el piso, ella comentó que le molestaba esta situación, pero nunca dijo nada porque se sentía comprometida con la familia, ya que cuidaban a Alan todo el día.

Por parte de la familia materna, Allan convivía con las hermanas de la madre aproximadamente cada fin de semana, cuando comía con ellas. Vivían en la misma colonia que él y su familia. Tenía especial relación con la hermana mayor de la madre, ya que trabajaban en el mismo mercado y los últimos años Alan acompañaba en ocasiones a

trabajar a su mamá después de la escuela. Con esta tía la relación es cercana. hostil, ya que ella se mostraba disponible para él como figura de apoyo y diversión; sin embargo en momentos se burlaba de él, contaba lo que él le había confiado o lo ridiculizaba enfrente de otros.

Historia de desarrollo

Los padres de Alan tuvieron un noviazgo corto (de alrededor de 6 meses), ella quedó embarazada entonces. Fue un embarazo no planeado, aunque la madre comentó que cuando se enteró del mismo, lo deseó. A partir de ese momento ella le propuso al padre de Alan vivir juntos y más adelante casarse, sin embargo, él no le daba una respuesta. Ella comentó que meses después, se dio cuenta de que el padre no quería nada serio con ella, razón por la cual y decidió irse a vivir con una de sus hermanas. Cuando tenía 8 meses de embarazo, el padre de Alan la buscó para que se casaran y vivieran juntos. La madre comentó que ya no quería hacerlo, pero que “no tuvo más remedio” (sic.). y se fue con él. Desde que se casaron vivieron en una casa de la familia del padre, en la misma colonia donde viven ambas familias.

La madre de Alan refirió haber cursado un embarazo sin complicaciones. Alan nació a los 9 meses por parto natural. No estuvieron hospitalizados ni él ni su madre. La lactancia fue hasta los 8 meses de edad.

La madre comentó que desde que Alan nació, dormía en la misma cama que ella y su padre, debido a que ella ya no quería tener relaciones sexuales con el padre de Alan. A pesar de la renuencia de la madre, continuaban teniendo relaciones sexuales y 8 meses después del nacimiento de Alan su madre quedó embarazada de su segundo hijo. A partir de este momento, hubo algunos cambios importantes: la abuela paterna le prohibía cargar a Alan porque decía que esto le hacía daño al bebé que estaba por nacer, así como amamantarlo. La madre se escondía de ella para poder cargar a su hijo.

La madre refirió que Alan gateó a los 10 meses y caminó al año 2 meses. La madre también comentó que sus primeras palabras fueron “papá y agua”, aproximadamente a los 6 meses de edad. Controló esfínteres a los 2 años.

Las personas que se han hecho cargo del cuidado de Alan han sido sus padres y sus abuelos paternos (principalmente la abuela). Alan tiene dos nombres, el primero lo eligió la

abuela y ella puso el segundo, aunque nadie le dice por ese nombre. El padre no tuvo participación en este tema y dijo estar de acuerdo con los nombres elegidos para Alan.

Evaluación

En la tabla 4.1 se muestran los instrumentos y las técnicas utilizados para la evaluación de Alan. Se presentan el nombre del instrumento, así como el número de sesiones utilizadas en cada uno de ellos.

Tabla 4.1 Instrumentos de evaluación

Instrumento o técnica utilizada	No. De sesiones
Juego diagnóstico (Chazan, 2002)	1
Dibujo de la Figura Humana, indicadores de Koppitz (Esquivel, Heredia & Lucio, 2007)	1
Casa, Árbol, Persona (Buck & Warren, 1995)	1
Test de Apercepción Infantil (CAT-A) de Bellak (Esquivel, Heredia & Lucio, 2007)	1
Test de la familia (Corman, 1967)	1
Escala de Inteligencia de Weschler para Niños (WISC IV)	3
Juego familiar (Gil & Sobol, 2005)	2
Test de frases incompletas de Sacks (Sacks & Levy, 1967)	1
Cuestionario de estrés para niños (CEN) (Lucio, Durán & Heredia, 2009)	1
Escala infantil de afrontamiento (EIA) (Lucio, Durán & Heredia, 2014)	
Test Gestáltico Visomotor de Laretta Bender (criterios de Lacks y Hutt)	1

Nota: Se decidió calificar el Test de Bender con el método de calificación de Lacks y Hutt, debido a que al momento de la evaluación Alan ya no cumplía con la edad para realizar la calificación con los criterios de Koppitz (10 años). Se verificó en el manual de Lacks y Hutt que para niños a partir de los 12 años, era más conveniente realizar esta calificación, además de que se buscaba la posibilidad de encontrar indicadores de daño orgánico.

Dentro del área percepto-motora se pudo observar que Alan contaba con una adecuada coordinación motriz, no presentaba indicadores de daño orgánico. Demostró una adecuada capacidad de planeación y anticipación.

En el área cognitiva, su funcionamiento se encontraba dentro de los parámetros esperados para su edad (CI de 90). Alan tenía la facilidad para explorar, ordenar o discriminar información visual simple de forma rápida y eficaz. Contaba con memoria visual a corto plazo, atención y coordinación viso motora adecuadas. Alan trabajaba de una forma adecuada bajo presión, aunque se mostraba muy ansioso mientras realizaba estas actividades. A pesar de su ansiedad manifiesta cuando se le tomaba el tiempo en actividades, le era posible perseverar en una tarea. En cuanto a debilidades encontradas en el área cognitiva, Alan tenía dificultad para formar conceptos a partir de ideas, razonar de forma verbal y contaba con pocos recursos para obtener información del entorno y comportarse de acuerdo a normas sociales. Tenía dificultad para incorporar elementos nuevos del entorno y verbalizar sus ideas.

Para apoyarlo en esta área, era importante trabajar con él en actividades que promovieran la formación de conceptos y que permitieran la verbalización de sus emociones, para esto era importante proporcionarle la información necesaria para que la utilizara en los ambientes en los que se requiriera. Era importante también motivarlo para hacerle ver que a pesar de su ansiedad era persistente en las tareas y era capaz de lograr lo que se proponía.

Los resultados obtenidos dentro de esta área se relacionaban con el motivo de consulta, debido a que Alan presentaba poca confianza en lo que hacía, le costaba mucho trabajo darse cuenta de sus fortalezas y tenía un autoconcepto pobre de sí mismo.

En cuanto al área socio-afectiva, Alan presentaba baja autoestima, sentimientos de poca valía e inseguridad. Contaba con un yo pobremente integrado (había poca integración del esquema corporal en las figuras dibujadas, presentaba un discurso confuso y tenía dificultad para regular sus emociones). Tendía a reaccionar de forma impulsiva, debido a la dificultad

para regularse; así mismo, sus reacciones eran de tipo regresivo, por lo que tenía un comportamiento infantilizado. Tenía dificultades para diferenciar el enojo del resto de las emociones. La dificultad para verbalizar contribuía a la dificultad de identificación y expresión de emociones. Se pudo observar que contaba con pocos recursos psicológicos para enfrentar conflictos y una gran necesidad de pertenencia y de ser aceptado. Presentaba, además, temor al abandono.

Por otro lado, contaba con un adecuado contacto con la realidad y la capacidad de reconocer y aceptar sus errores, tenía un deseo de sobreponerse y mejorar, aunque percibía muchas dificultades para lograrlo.

En cuanto a su entorno, tenía dificultades en la adaptación, debido a su dificultad en el control de impulsos. Generalmente reaccionaba de forma violenta y después presentaba sentimientos de culpa. El entorno familiar no brindaba límites seguros ni contención, el ambiente era de hostilidad y violencia y en muchas ocasiones la familia tenía actitudes de burla o crítica hacia Alan que reforzaban que siguiera respondiendo de una forma agresiva. Presentaba conflicto con la autoridad y rechazo a crecer, ya que los modelos de adulto que tenía a su alrededor reforzaban la percepción negativa que él tenía acerca del mundo adulto como un mundo agresivo y violento. Los modelos adultos con los que contaba no eran gratificantes, percibía que el ser adulto significaba tener que hacerse cargo solo para resolver los problemas y esto le generaba mucha angustia, ya que se percibía incapaz de hacerlo. Mostraba un fuerte rechazo hacia su padre, aunque al mismo tiempo demostraba una gran necesidad de tener un contacto seguro con él. Alan percibía su hogar como inestable y conflictivo. Percibía a su madre como la única que podría darle el apoyo que necesitaba; sin embargo, la comunicación tampoco era sana y la relación era ambivalente.

La relación con sus iguales era compleja, debido a que tenía poca identificación con los niños de su edad. Temía involucrarse con sus iguales, debido a que tocaban temas que no le gustaban, de acuerdo a la edad (sexo, mujeres, temas de masturbación, etc). Alan rechazaba hablar de estos temas, decía que le daba asco y prefería no tocarlos y sus compañeros lo tomaban a burla. Se identificaba más con las figuras femeninas y tendía a defenderlas. En cuanto a la etapa psicosexual en la que se encontraba, no presentaba las características usuales de la misma (despertar de intereses de la sexualidad, formación de identidad personal, combinación del crecimiento del cuerpo y de la madurez psicosexual)

debido a que tenía mucho miedo a pertenecer al mundo de los adultos y manifestaba mucha ansiedad al darse cuenta que estaba comenzando a tener cambios físicos, o cuando su madre le decía que ya podía hacer cosas distintas a sus hermanos, como salir solo a la calle, comprar cosas, ayudar en casa, entre otras.

El entorno social en donde Alan se desarrollaba no lo ayudaba a sobreponerse ante las dificultades que presentaba. En un inicio, se sospechaba la presencia de daño orgánico o de alguna patología psiquiátrica severa, que pudiera explicar la dificultad que tenía para controlar sus impulsos y manejar la ansiedad. Sin embargo, a través de las pruebas realizadas no se encontraron indicadores para hablar de un daño de este tipo. Alan mostraba una buena capacidad para darse cuenta del entorno que le rodeaba e intentaba adaptarse al mismo. En ese momento, se consideró de gran importancia trabajar con la familia para hacerlos conscientes de las actitudes que, lejos de ayudarlo, provocaban mayor agresión y ansiedad en él. En la medida en la que el entorno de Alan fuera cambiando, él podría controlar mejor la ansiedad que presentaba. Sin embargo, hubo limitaciones importantes para poder trabajar con los miembros de la familia. Alan estaba continuamente expuesto a agresiones, ataques y burlas y esto hacía muy difícil que él pudiera generar cambios.

En la tabla 4.2 se presenta la formulación del caso clínico, reuniendo y estructurando la información obtenida en los resultados de la evaluación, incluyendo las hipótesis clínicas.

Tabla 4.2 Formulación del caso clínico

INTRAPSÍQUICO	Cognición: Habilidades cognitivas dentro de la norma para su edad (C.I 90) Facilidad para explorar, ordenar o discriminar información visual simple de forma rápida y eficaz. Adecuada atención sostenida y buena memoria visual a corto plazo. Dificultad para formar conceptos a partir de ideas.
	Distorsiones cognitivas: Catastrofismo, sobregeneralización, negativismo, pensamiento polarizado
	Psicofisiológico: Terror nocturnos, migraña. Diaforesis
	Emocional: Autoconcepto pobre, dificultad en reconocimiento y expresión de emociones, rechazo a crecer
	Conducta: Impulsividad, onicofagia, tricotilomanía Agresión verbal y física

<p>AMBIENTE/ FAMILIA</p>	<p>Antecedentes y consecuencias conductuales: A: Actitudes de los demás que lo provocan B: Emoción: Ira, sentimientos de rencor y pensamientos de venganza. C: Culpa, arrepentimiento y falta de control.</p> <p>Nivel sociocultural: Medio-bajo. Padres comerciantes. Comunidad violenta. La familia es representativa de la cultura de esta comunidad, ellos también son violentos.</p> <p>Contexto familiar: la dinámica en la familia de Alan en general es hostil y agresiva. La madre también golpea a los hijos, aunque con menor frecuencia que el padre. En general la familia se trata con insultos.</p> <p>Desarrollo y crianza: Desarrollo físico normo evolutivo. Alan ha estado bajo el cuidado de la familia paterna y ha sufrido maltrato por parte de sus tíos. Crianza a través de golpes e insultos, también por parte de los padres.</p>
<p>APEGO Y DESARROLLO PSICOSOCIAL</p>	<p>Tipo de apego: ansioso- evitativo</p> <p>Socialización: Pocos recursos para obtener información del entorno para comportarse de acuerdo a normas sociales. Dificultad en la relación con iguales. Dificultad con figuras de autoridad.</p> <p>Estadio de desarrollo psicosocial de Erikson: <u>Estadio: identidad versus confusión de roles: de 12 a 20 años:</u> Cumple con la dificultad para tener una identidad propia, lo cual va acorde con su edad; sin embargo no presenta identificación con iguales, no hay interés en la sexualidad, y en general, rechaza cualquier tema relacionado con el mundo de los adultos.</p>
<p>INCONSCIENTE</p>	<p>Yo debilitado, mecanismos de defensa como regresión, formación reactiva y somatización.</p>
<p>RECURSOS</p>	<p>Perseverante Capacidad de reconocer sus errores Compañerismo, sentimientos de protección hacia sí mismo y hacia los demás. Buenos recursos para comunicarse en el espacio de terapia. Adecuado contacto con la realidad.</p>
<p>HIPÓTESIS CLÍNICAS</p>	<p>Las reacciones de Alan se han formado con el tiempo, por el ambiente negativo al que ha estado expuesto. El rechazo a ser adulto responde a las características que ve en los adultos que lo rodean (incoherentes, violentos, maltratadores). Presenta sentimientos de culpa porque es capaz de darse cuenta que se provocó daño o que su conducta no es la adecuada. Utiliza la agresión como defensa ante el miedo y temor que presenta. La relación que hay entre los miembros de su familia es patológica.</p>

Fases de tratamiento

Después de la evaluación, comenzaron las sesiones de tratamiento, las cuales se daban una vez por semana con duración de una hora cada sesión. Al inicio del tratamiento se llevaron algunas sesiones con la madre de Alan y él en conjunto, La mayoría de las sesiones fueron individuales y también se incluyeron sesiones de orientación con la madre.

Es importante mencionar que Alan y su madre invertían 2 horas, 30 minutos aproximadamente en llegar al centro de servicios, por lo que ese día la madre abría muy poco tiempo su local de trabajo y Alan tenía que faltar a la escuela. Preferían el horario matutino debido al tránsito y para hacer menos tiempo de camino. Después de los primeros

meses de tratamiento se le sugirió a la madre de Alan que no lo dejara de llevar a la escuela, para que el día de sesión pudiera llegar a las 2 últimas horas de clase y no perdiera tanto tiempo; sin embargo, esta situación complicaba las actividades de Alan en la escuela y las de su madre en el trabajo.

En la tabla 4.3 se resume el trabajo terapéutico dividiendo el tipo de sesiones utilizadas:

Tabla 4.3 Sesiones de tratamiento

Número total de sesiones	Sesiones individuales	Sesiones con la madre	Sesiones con el paciente y la madre
38	29	4	5

Nota: Vienen incluidas las sesiones de evaluación

Fase 1: Trabajando con la agresión

Esta fase abarcó las primeras 20 sesiones (debido a que se alternaban las sesiones de evaluación y otros momentos de trabajo en el tema de la agresión). Durante esta fase, el objetivo fue trabajar con los síntomas de agresión, para que Alan comenzara a convivir mejor en su entorno, tanto en su casa como en la escuela. Con ayuda de la supervisión, se decidió comenzar a trabajar en sesiones de tipo individual, con el objetivo de empezar a establecer la alianza terapéutica, que Alan reconociera el espacio terapéutico como suyo, así como darle la contención que requería, ya que en la evaluación se encontró que era uno de los aspectos que más necesitaba y que su familia no le daba en casa.

La sesión de juego familiar proporcionó gran parte del material para contar con esta información, ya que permitió conocer la dinámica entre Alan y su madre y rescatar los puntos más importantes a tratar, tanto en sesiones individuales como en sesiones de orientación con su madre. A pesar de que el juego familiar se tomó en cuenta en la parte de evaluación, considero importante describirlo para mostrar la ventaja de utilizarlo, al obtener información clave para poder trabajar aspectos específicos de la relación familiar, aún cuando no se esté

utilizando como tratamiento. A pesar de que esta sesión se llevó a cabo únicamente con la madre de Alan y él, fue posible conocer información acerca de la relación familiar en general.

A continuación se presenta la viñeta de esta sesión junto con el análisis del juego familiar para mostrar la dinámica y los puntos que se consideraron los más importantes a tratar dentro de esta fase del tratamiento:

Viñeta 1. Sesión con Alan y su madre: Juego Familiar (sistema planetario, sesión #15)

Les di las indicaciones de la tarea. Usando la variedad de los materiales, cada quien tendría que realizar una parte de un sistema planetario, para posteriormente unir ambos productos y hacer uno sólo.

Desde el principio de la sesión, la relación entre ellos fue de conflicto. Cada uno intentaba platicar conmigo, hacer comentarios o preguntas acerca del material, incluso de cosas que les habían pasado en la semana, pero no hablaban entre ellos. Me mantuve al margen de la situación para permitir que ellos se comunicaran entre sí y no conmigo.

Discutieron por los materiales a utilizarse. Alan entendió la indicación de que cada quien haría una parte del planetario y después formarían uno solo, pero su mamá quiso hacer un planetario completo ella sola. Alan le dijo que así no era la indicación, que mejor se pusieran de acuerdo para que cada quien hiciera una parte y no se repitieran los elementos. Les repetí la instrucción. Él la miraba esperando respuesta, ella insistió en que él hiciera su propio planetario y ella el suyo, y que no importaba si se repetían porque era lo que cada quien había decidido hacer.

Necesitaron un poco más del tiempo acordado para realizar la parte individual y al momento de juntarlo volvieron a estar en conflicto. Alan le recordó que él sabía desde el principio que iban a tener que juntarlo y ella no le había hecho caso. Dijo que ahora había dos soles y muchos planetas y de eso no se trataba. Ella le dijo que lo podían solucionar si elegían partes de cada uno y las recortaban y las pegaban en una cartulina aparte. Él se negó y le dijo que no quería juntar lo hecho por él con lo del ella, porque la parte de ella no le había gustado para nada. Dijo que sólo le gustaba la parte que él había hecho y que ya no quería juntar nada, que si iban a hacer uno entre los dos, mejor rompieran lo que habían hecho y comenzaran con algo nuevo. La madre le dijo que no, que iban a juntar lo que ya habían realizado y cortó una parte de su planetario (quitando el sol) y la pegó en la cartulina que Alan había hecho. Quedó un hueco y Alan lo pintó a rayones de negro. Estaba enojado, se quejaba mucho de que estaba horrible, de que si ella le hubiera hecho caso hubiera salido mejor, “¿No escuchaste lo que dijo Martha? ¡Teníamos que hacer cada quien una parte, pero tú hiciste lo que quisiste!” (sic. paciente). Su madre no le respondía y continuaba uniendo las partes, a ratos sólo le decía: “ay ya cállate...”.

Cumplieron con el objetivo de unir ambas partes. Al preguntarles cómo se sintieron Alan dijo que enojado porque su mamá no le había hecho caso. Ella se rió de lo que dijo Alan. Les repetí que la instrucción era que unieran las partes y que yo se los había dicho desde el principio. La madre no dijo nada. Al comenzar con las preguntas de análisis Alan eligió ser los planetas. Dijo que estaban muy cerca del sol, los había elegido porque desde donde estaban podían ver todo. Al preguntarle si necesitaban algo dijo

que no y después hizo una pausa: “bueno, necesito vida... agua, tierra”. No quiso mandar ningún mensaje al resto del planetario.

Su mamá eligió “el fondo” (sic. madre), lo de color negro. Comentó que lo había elegido porque está en todas partes, “es lo más importante, pero los demás no lo ven, no le prestan atención” (sic. madre). Al preguntarle si necesitaba algo, dijo que necesita que le pongan más atención y que lo valoren, porque sin él no habría nada. Al preguntarle si quería mandar un mensaje al resto dijo: “que tengan cuidado, porque no saben lo que puede traer el fondo, es como un hoyo negro, y si no le hacen caso y se confían, un día puede tragarse todo”.

Análisis de la sesión

En cuanto al análisis de proceso y contenido de Gil y Sobol (2005) hubo un nivel bajo de entusiasmo, hay molestia, mal humor, mucha inconformidad por parte de Alan e indiferencia por la madre. Se les complicó mucho seguir la consigna, hacer algo juntos y organizarse. No hubo organización, la madre no escuchaba a su hijo y cuando se dio cuenta que él tenía razón, no lo aceptó, lo minimizó y al proponer una estrategia diferente él ya no accedió a comunicarse con ella. En cuanto a las estrategias utilizadas, cada quien utilizó diferentes, no lograron discutir las, aunque Alan hizo intentos por organizar, pero no lo llevaron a cabo. Ambos se quejaron mucho.

En cuanto al análisis de contenido el tema del juego manifiesto es el planetario: sol y planetas alrededor y un hoyo negro (fondo). El simbolismo dentro del juego es que Alan necesita “vida”, que lo escuchen, que lo apoyen y lo tomen en cuenta. Su madre también se siente anulada, hay mucho coraje dentro de ella y teme que pueda salir de la peor forma y arrepentirse de lo que haga. Está conteniendo muchas emociones. La imagen creada está unida, se veía pegada un tanto a la fuerza, el fondo no corresponde, no parece que sea un solo producto. Alan y su madre perciben el trabajo como feo, mal organizado, que no lo supieron hacer bien y con desagrado. Ante el significado del simbolismo la madre parecía entenderlo mejor, Alan estaba muy molesto y se cruzaba de brazos, casi no contestaba. Finalmente en cuanto a los intereses del juego, a ambos les gustaron los planetas, pero ya que lo hicieron juntos no les agradó lo que hicieron.

En la figura 1 se muestra el producto final realizado en esta sesión.

Figura 1. Sistema planetario



Dentro de esta primera fase también se utilizaron técnicas gestálticas para que Alan pudiera darle forma al enojo y hablar de las situaciones que lo hacían sentir así y cómo podía hacer para controlar sus reacciones. Al hablar de las emociones es posible entenderlas y así poder expresarlas de mejor manera (Oaklander, 1992).

Alan pudo dibujar cómo visualizaba su enojo, cómo y dónde lo sentía, las situaciones que lo hacían enojar y la manera en la que reaccionaba usualmente y cómo esto lejos de ayudarlo, lo metía en problemas de manera constante. El dibujo le permitió plasmar los pensamientos acerca del enojo, y hablar de ello permitió que fuera sintiéndose capaz de proponer alternativas a los comportamientos que tenía y posibles soluciones al momento de sentirse saturado por el enojo. El dibujo ayudó a liberar restricciones que impedían aceptar y expresar las emociones de una forma adaptativa (Oaklander, en Schaefer, 2012).

En la siguiente viñeta, se plasma el contenido de una sesión en la que se utilizó esta técnica, y se presenta el análisis de la misma para ejemplificar lo explicado anteriormente:

Viñeta 2. Sesión individual: Dibujando mi enojo (sesión #18)

Saqué hojas, colores, plumones y le pedí a Alan que dibujara su enojo, como si pudiera verlo como es. Dijo que muchas veces se lo había imaginado y que sabía exactamente cómo era, pero que había un problema: no sabía dibujar personas, no el cuerpo, sólo su cara. Le dije que en este espacio yo no evaluaba la calidad de sus dibujos, lo importante era que intentara dibujarlo tal y como se lo imaginaba.

Dibujó a una persona, el cuerpo de frente, pero la cara un tanto de lado, con cabellos parados, largos, ojos grandes, abiertos y con la pupila como si estuviera muy dilatada. Para hacer el cabello borró mucho y me pidió si podía buscarle alguna imagen de una persona, para poder hacer el cabello, porque no le salía, le dije que sí podía, pero que era mejor que él lo hiciera justo como se lo imaginaba, para que fuera creado por él y no copiad. No insistió.

Dibujó a una persona con nariz pequeña, boca muy grande, abierta, enseñando los dientes. Espalda ancha, brazos anchos, con una playera entallada y con una calavera en medio, con la boca abierta y enseñando los dientes, dijo “es como una persona maldita”.

Cuando describimos su dibujo y le dije que parecía que la boca la tenía abierta, me dijo que no, que la tenía cerrada y estaba sonriendo. Tomó la goma, borró la boca que tenía antes e hizo una que también parecía abierta, pero sin dientes. Me dijo que es porque no sabe cómo hacer los labios, y por eso la hacía así, pero que no quería que estuviera sacando los dientes.

Tituló su dibujo “El enojo de Alan”

Comenzamos a hablar de las cosas que lo hacían sentirse enojado. Él me comentaba, mientras yo anotaba lo que me decía en forma de lista, atrás de su dibujo. Logró identificar varias cosas: “que me digan gordo, que me digan qué flaco estás, como de burla, que me griten, que me critiquen a mis espaldas, que me peguen y que critiquen mi cuerpo” (sic.).

Le dije que, ahora que podía ver a su enojo frente a frente le diera un mensaje, el que él quisiera, le pregunté qué le diría. Alan dijo: “le diría que está bien, que se quede así como está, porque mucha gente me molesta, así que me ayuda a defenderme. Si los demás se calman y me dejan en paz, entonces que se calme, pero si no, entonces que les rompa la cara”. Yo le dije que me parecía que el enojo era útil, porque nos ayuda a identificar cuando algo no nos gusta o no nos parece y así podemos hacerle saber a otros que lo que está ocurriendo no es de nuestro agrado, pero que pensaba que el enojo era la única forma a la que él recurría para defenderse, y que lo importante era cómo se actuaba el enojo, saber cuándo es importante hacer o decir cosas, y cuándo es mejor retirarse y buscar calmarnos de otra manera. Me dijo que estaba de acuerdo, porque a veces era demasiado enojo y cuando se enoja grita, golpea y dice groserías y por eso lo regañan, comentó que desearía que no fuera tanto.

Hablamos de dónde sentía Alan el enojo en el cuerpo. Me dijo que a veces lo sentía en el estómago y que también le dolía la cabeza. Describió cómo era su dolor. Lo dibujó. Le dije que si con todo ese dolor y esas molestias, le seguiría diciendo a su enojo que se quedara así como estaba. Me dijo que no, pero que no se fuera por completo, que se quedara si alguien insistía en no dejarlo en paz. Hablamos de que las emociones no pueden desaparecer, ya que todos nos enojamos alguna vez, y las emociones nos ayudan a expresarnos. Le pregunté qué iba a pasar si la gente que lo rodeaba no lo dejaba en paz. Dijo “bueno, si todos, todos siguieran igual, pues creo que sería mejor que no les hiciera caso, que los ignorara”. Platicamos que es muy cansado estar respondiendo con agresión todo el tiempo, además de que te mete en problemas. Me dijo que hay gente que dice que los que se enojan demasiado les da cáncer, le dije que hay enfermedades que se dan por estrés, y que enojarse agota mucho, pero también es una emoción natural, como la tristeza, el miedo, o la alegría.

Permaneció un momento en silencio y luego dijo que a veces tiene mucho miedo de muchas cosas. Por ejemplo, que se acabara el mundo, porque desde hace mucho tiempo la gente está diciendo que se va a acabar, pero no ha pasado. Comentamos que son cosas que la gente puede decir y que no necesariamente pasan. Me dijo que eso le da miedo y que no lo había comentado con nadie. Hablamos de que cuando estamos muy centrados en una emoción, podemos olvidarnos de encontrar formas para expresar otras emociones que se presentan en nosotros.

Análisis de la sesión

Alan pudo identificar y destacar qué era lo que más lo hacía enojar. A este respecto, lo que más le molestaba es que le hicieran críticas hacia su físico y que le gritaran y lo golpearan, lo cual son ejemplos de descalificación y devaluación hacia su persona. Estas conductas eran las que más predominaban en su propia familia: las burlas y las críticas de cómo se veía, sobre sus gustos y especialmente su padre se dirigía a él con gritos e insultos.

Al realizar el dibujo y darle un mensaje al enojo, Alan pudo hablar de él como una emoción útil que permite comunicar cuando algo nos desagrade y como algo que es sano que permanezca, debido a que también lo protege; sin embargo, también fue consciente de que lo que puede traer problemas es la manera en como reaccionamos ante el enojo.

Al identificar cómo y en dónde sentía el enojo, Alan logró estar más en contacto con esta emoción, conocerla desde dentro y así poder hablar más fácilmente de ella. Esto le permitió darse cuenta de que estar en una posición desafiante y defensiva en todo momento llega a ser cansado para él y no le agrada del todo. Pudo concluir que si el entorno no cambiara, una buena estrategia sería no responder a las agresiones.

El dibujo ayuda al paciente a expresar su yo y el hecho de que entable una conversación con lo dibujado le va dando herramientas para establecer su propia identidad y provee una vía de expresión para los sentimientos (Oaklander, 1992).

Finalmente, el hecho de hablar del enojo, aceptarlo y estar más en contacto con esta emoción le permitió desenmascarar otras emociones que también predominaban en él, como era el miedo, ya que pudo aceptar que había muchas cosas que le daban miedo, reconociendo que era algo importante a trabajar.

En la figura 2 se muestra el dibujo realizado en esta sesión.

Figura 2 El enojo de Alan



En esta fase la madre reportaba que la agresión de Alan comenzaba a disminuir, pero aceptaba también que ella tenía mucho conflicto al lidiar con el comportamiento de Alan, ya que muchas veces, en vez de ayudarlo sentía que le hacía daño (por ejemplo, cuando él le comentaba sobre peleas con familiares y ella lo cacheteaba o le decía “loco”, pero comentaba que no sabía de qué otra forma responder y se sentía impotente. En las sesiones de orientación con ella se habló de la importancia de poner límites a los demás miembros de la familia cuando ella se percatara de que agredían a Alan, ya que en muchas de las ocasiones ella estaba presente cuando comenzaban las agresiones en su contra y no decía nada, por lo que Alan se enojaba mucho con ella. Desde este momento se le comentó que era muy importante que ella tratara de buscar un espacio terapéutico individual, con el fin de ayudar más a su hijo.

Desde el inicio se pudo observar que Alan tenía buena disposición para hablar sobre sus problemas y que tenía los deseos de cambiar, aunque lo veía muy difícil. El establecimiento de la alianza terapéutica se dio de manera sencilla y rápida en gran parte porque mi actitud, en vez de juzgarlo, cuestionarlo o criticarlo como lo venían haciendo la mayoría de los adultos que lo rodeaban, fue de facilitadora (West, 2000). El hecho de que se haya dado

una actitud auténtica, empática y con consideraciones positivas por mi parte desde un inicio (Shirk & Karver, en Norcross, 2011) ayudó a que Alan pudiera sentir la confianza necesaria para trabajar de una forma satisfactoria.

Fase 2. Aumento de ansiedad

Esta fase incluyó de la sesión 21 a la sesión 32. Las conductas de agresión comenzaron a disminuir. La madre de Alan reportaba que él ya no explotaba como antes lo hacía ante las provocaciones de los demás, en la escuela las maestras reportaban que tenía menos conflictos con sus compañeros y que cuando le decían algo que no le gustaba o se enojaba con ellos, simplemente les decía que no quería discutir y trataba de apartarse. En casa, comentaba que su padre lo buscaba para reclamarle sobre algunas situaciones y Alan lo escuchaba, pero le decía que las cosas no eran como él las veía y que mejor prefería no contestarle para no discutir. Muchas veces su padre lo seguía para gritarle y Alan se metía a su cuarto y trataba de permanecer tranquilo. Alan mencionaba que ya había entendido que las personas no cambian, y que iban a seguir tratando de molestarlo, pero que él ya no creía conveniente seguir peleando con ellos de todo, a menos de que lo agredieran de una forma más fuerte o “lo sacaran de sus casillas” (sic.). Sin embargo durante esta fase del tratamiento, comenzaron a aparecer síntomas de ansiedad más acentuados. La madre de Alan reportaba que en casa lo notaba nervioso, queriéndose asegurar de que nada se le olvidara, preocupado porque algo malo fuera a ocurrir, muy alerta cuando iban caminando por las calles y que notaba que la tricotilomanía había aumentado. Alan reportaba sentirse preocupado y nervioso de muchos temas, como los asaltos, los desastres naturales, las enfermedades y ciertos riesgos que él podía correr, como que fuera rastreado por internet o pudieran localizarlo a través de su celular.

En esta fase la madre finalmente lo llevó con un paidopsiquiatra, quien lo diagnosticó con ansiedad generalizada y le mandó tratamiento farmacológico, teniendo citas mensuales.

En la siguiente viñeta se muestran los temas que él consideraba más importantes y cómo es que se empezó a trabajar con los miedos que presentaba:

Viñeta 3. Hablar sobre los miedos (sesión # 24)

Su mamá comentó que tiene muchos miedos. En su casa lo notaba nervioso, le preguntaba qué es lo que le pasaba y Alan le decía que tenía miedo de que ocurriera algo malo, pero no le sabía decir qué.

Sus primos le dijeron que si come mucho le puede dar un infarto, por lo que cada que comía algo le preguntaba a su mamá si eso le podía provocar un infarto y en cuánto tiempo. Ella le contestaba que no dijera tonterías. Por las noches se levantaba diciendo que tenía pesadillas e iba al cuarto de su mamá para decirle que tenía miedo. La mamá lo mandaba de regreso a su cuarto, o a veces se iba con él a dormir.

En la sesión, Alan comentó que sigue sintiendo mucho miedo por muchas cosas. Comentó sobre un incidente que tuvo esta semana al salir de la escuela, en donde iba caminando en la calle con una compañera y ella se dio cuenta de que una camioneta los estaba siguiendo. Le dijo a Alan, él se puso muy nervioso y quería correr, pero ella le dijo que mejor se metieran a una tienda y esperaran a que la camioneta se fuera. Así lo hicieron y finalmente la camioneta se fue, pero él tenía mucho miedo de que regresaran por ellos o que los buscaran por no haber podido hacerles algo en esa ocasión. Reconocí mucho lo adecuado de la reacción que tuvieron él y su amiga, ya que quedarse en un lugar público es lo mejor que se puede hacer en caso de que notemos que algo puede ocurrirnos. En una hoja, fuimos anotando qué otras cosas podía hacer en caso de notar algún peligro en la calle, escribió: “no ir escuchando música o distraído con el celular, tratar de cambiar tu ruta de vez en cuando para no ir por el mismo lugar siempre, si ves que te están siguiendo, quedarte donde hay gente”, etc.

Le pedí que, así como hizo el dibujo de cómo veía al enojo si el enojo tuviera una forma, esta vez lo hiciera con miedo.

Tomó los materiales y dibujó a una persona (dijo que era él mismo) con expresión de miedo. En la parte del pecho dibujó a la Llorona, y que a la vez representa a Chucky y a los personajes de terror que le dan miedo, o los videos de youtube de terror que le dan curiosidad pero a la vez mucho miedo. En la parte de arriba, saliendo de la cabeza, salen nubecitas de pensamientos que tienen varias temáticas: las computadoras (el internet y el gps), la camioneta que los iba siguiendo, un tsunami (dijo que le angustia ir a la playa por pensar en eso), la obscuridad y un vagabundo que hay en su colonia.

Al inicio platicamos sobre cada uno de estos miedos, sobre cómo fue que empezó a darles tanta importancia y qué tan probable es que estos miedos lleguen a representar un peligro real (por ejemplo, la probabilidad que hay de que llegara un tsunami a la Ciudad de México, o que una banda de secuestradores encontrara su teléfono y lo espieran). También platicamos acerca de que es muy raro que las cosas sucedan en los extremos en que él las percibe (por ejemplo, si un asaltante no pudo cumplir el objetivo de quitarte cosas regresara por él cuando tuviera oportunidad).

Posteriormente hablamos de la función adaptativa del miedo, para qué nos sirve y de qué nos puede proteger. Hablamos de que es una emoción que nos ayuda a prevenir peligro o a buscar protegernos de algo que no nos gusta o que nos amenaza. Destaqué la importancia de no dejar que el miedo controle nuestra conducta, porque finalmente en vez de ayudar, nos limita.

Análisis de la sesión:

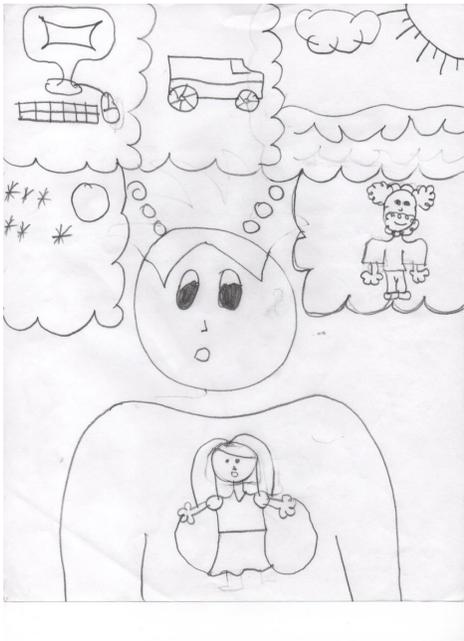
Para Alan era muy importante expresar los miedos que percibía dentro de su ambiente. El hecho de ir trabajando su enojo le ayudó a entender que no era la única emoción que sentía, ya que antes todo lo canalizaba a través de esta emoción. Los reportes de él y su madre estaban encaminados hacia “el miedo”, sin embargo, lo que Alan estaba presentando eran síntomas de ansiedad, ya que en vez de tener reacciones de preparación ante peligros bien identificados y reales, se anticipaba ante la posibilidad, aunque remota, de situaciones amenazantes. Las reacciones del miedo terminan en el momento en el que el riesgo desaparece o cuando ya no son necesarias (Solloa, 2006), mientras que los síntomas de ansiedad son persistentes, generalizados y contienen un afecto negativo considerable (Rachman, 2004). Conforme Alan fue aprendiendo a controlar sus reacciones impulsivas, se fue dando cuenta de que había muchas cosas que le preocupaban y que no sabía cómo expresar. En su casa las respuestas que tenía cuando él expresaba sus miedos eran de desaprobación e incluso de burla; a los primos les gustaba asustarlo al decirle que si engordaba le daría un infarto y los adultos no lo contenían cuando lo necesitaba ni le proporcionaban información que le ayudara a entender y procesar las cosas de forma sana. La madre le contestaba que estaba loco, que dejara de pensar en esas cosas y que si le daba miedo, mejor no hablara de ellas. Esto no lo ayudaba a descargar y entender sus preocupaciones y hacía que se volvieran más intensas. El poder hablarlo hizo que el sentimiento fuera menos intenso y lo ayudó a entender que había cosas que ni siquiera eran posibles. Ayudó mucho el investigar, leer información acerca de ciertos temas (como la tecnología, los desastres naturales) para que pudiera entender que la probabilidad de que ocurrieran muchos de sus miedos era muy baja.

La ansiedad aparece cuando se tiene la percepción de un peligro que amenaza la supervivencia (Fitzpatrick, 2015); en el caso de Alan, el ambiente que lo rodeaba era hostil y representaba peligro para él, de manera que sus reacciones estaban encaminadas a tratar de protegerse contra las amenazas percibidas; sin embargo sus respuestas no eran adaptativas y tenía una conducta de vigilancia y de malestar generalizados. En esta fase, se remarcó mucho con la madre de Alan la importancia de validar sus emociones y hablar con él sobre lo que generaba las reacciones de ansiedad; sin embargo, la madre no lo hacía y se molestaba con Alan cuando él le comentaba que hablaba conmigo sobre eso y que en ocasiones leíamos o investigábamos sobre esos temas. Incluso en una ocasión me pidió que

dejara de hacerlo, porque lo único que lograba era “hacer que se volviera más necio con esos temas” (sic.).

En la figura 2 se muestra el dibujo realizado en esta sesión.

Figura 2. Dibujando mis miedos



Dentro de esta misma fase, se aplicaron técnicas de terapia narrativa para que Alan pudiera separarse del problema de la ansiedad y no lo viviera como una característica suya, sino como algo que le estaba causando conflicto y que podía trabajar.

El uso de técnicas narrativas ayuda a que la mente pueda representar los problemas de una forma distinta (Galarce, 2003) y el trabajar con cartas ayudó a que Alan pudiera empoderarse ante los problemas y que comenzara a generar distintas estrategias de solución. En la siguiente viñeta se muestra el trabajo que se realizó en una sesión en donde Alan redactó una carta hablando de la ansiedad.

Viñeta 4. Carta a la ansiedad (sesión # 28)

Alan comentó que se siente un poco más relajado. En esta semana no tuvo episodios fuertes de ansiedad y cuando se sintió ansioso aplicó la respiración diafragmática, y le fue bien.

Comentó que ha tenido problemas con su familia, porque se burlan de él, por la ansiedad que presenta. Una tía le dijo que esas supuestas crisis se le quitaban “con una buena golpiza” y que dejara de “hacerse

el loco” (sic. tía) y las personas que estaban en la reunión se rieron. Alan tuvo una discusión con ella delante de todos porque le dijo que no tenía idea de lo que estaba diciendo y que ojalá a ella nunca le pasara lo que a él porque se sentía muy feo. Que era algo que podía ser de familia, así que mejor se callara porque no tenía ningún derecho de criticarlo. Ella comenzó a insultarlo y todos seguían riéndose. La madre estaba presente. Alan se apartó del grupo e hizo las respiraciones, comentó que se sintió mejor después de eso y regresó a su casa.

Platicamos de cómo las reacciones de su familia lo provocan y logran hacerlo enojar, pero al momento en el que él responde con groserías o con gritos, todos piensan que él quien tiene un problema. Comentamos que es importante que ponga límites, como lo hizo en esta ocasión, pero que no responda con agresión para no tener problemas con ellos, tomar tiempo fuera y tratar de relajarse, de pensar que esos comentarios los dicen porque no saben lo que él realmente siente, y no se trata de que él los convenza de que es cierto, porque hay cosas que son suyas y no toda la gente las va a entender, pero él debe aprender a retirarse y no responderles, porque la atención se centra solo en lo que él dice, no en lo que los demás dicen. Me dijo que le da mucho coraje que no lo apoyen y que se burlen de él, cuando ni siquiera son buenas personas, porque ellos también pelean con mucha gente y entre ellos.

Saqué una hoja, y le pedí que le escribiera una carta a eso que siente. Lo nombré “ansiedad”. Le pedí que visualizara la ansiedad como algo físico, como una persona, por ejemplo, y que se dirigiera a ella de esa forma, y le dijera lo que siente de tenerla con él, cómo cree que la puede vencer o dominar, qué piensa acerca de ella, etc.

Después me pidió que yo leyera la carta en voz alta, porque él no quería hacerlo. Una vez que la leí, fuimos destacando diferentes puntos: que está dentro de él y a veces causa problemas, sabe que puede ser heredado y que otras personas pueden padecer lo mismo, él no es el único, considera injusto que tenga que pasar por las cosas que pasa cuando siente ansiedad, ha llegado a pensar que está loco pero se da cuenta de que sólo es un problema que tiene, identifica que cuando se enoja es cuando comienza a sentir los síntomas más fuertes, sabe que no vale la pena permitir que los demás lo hagan enojar. Después le pedí que escribiera los síntomas que le hacían saber cuando estaba ansioso y las estrategias que él podía tener para atacar a la ansiedad. Escribió que podía intentar relajarse e intentar no enojarse o no ponerse triste. Hablamos de las emociones y de cómo no pueden evitarse, sino modularse y controlar las reacciones que provoquen, ya sea retirándonos un momento para calmarnos, buscar a una persona con la que nos sintamos apoyados, escribir, y aplicar las técnicas que hemos conocido aquí. Escribió los nombres de las personas en las que se apoya cuando se siente mal y que pueden ayudarlo.

Análisis de la sesión

A pesar de que Alan ya reconocía que la ansiedad era un problema que presentaba, que no era culpa suya y que podía hacer cosas para controlarlo, el ejercicio de la redacción de la carta a la ansiedad le permitió poner distancia entre su problema y él mismo, así como

distinguir que no era algo que en todo momento lo metía en problemas, como antes pensaba, sino que esto ocurría en algunas ocasiones y cuando él no lograba controlar las reacciones que tenía ante los demás. También pudo reconocer y expresar que no es la única persona a la que le sucede esto, que incluso puede ser un problema que se hereda y aún así que él puede ser capaz de realizar acciones para controlarlo y mejorar. Al escribir, Alan pudo mirar el problema desde otra perspectiva, pudiendo expresar que a veces no le parece justo que tenga que pasar por los problemas que pasa, y que en ocasiones ha sentido que está mal sentirse como se siente, pero reconociendo que es un problema que tiene solución. Así, cuando se escribe sobre los problemas, es posible tener una nueva dimensión de ellos, debido a que el lenguaje escrito proporciona esta nueva perspectiva (White & Epston, 1993) y esto permite que se den nuevas representaciones del problema, que generalmente son más positivas que las que se tenían en un inicio. El escribir le permitió tener un relato alternativo al que siempre escuchaba en su casa (como que las reacciones que tenía eran de un “loco” o que las fingía para llamar la atención), incluso a identificar a las personas que más podían ayudarle en caso de estar pasando por momentos difíciles (su mamá, dependiendo del humor en el que se encontraba, su abuela, una amiga y yo). El tener un nuevo significado de algo, da la posibilidad de tener nuevas representaciones de lo que se vive. Al poderse separar un poco de su problema, fue capaz de darse cuenta de que la ansiedad no es lo que lo define como persona, y esto lo empoderó para generar estrategias con las que podía ser capaz de enfrentarla.

En esta etapa del tratamiento, Alan ya era capaz de reaccionar de una forma diferente cuando alguien lo agredía o trataba de provocarlo. Podía reconocer en primer lugar, que no era el único que actuaba de manera agresiva en su familia, sino que era una forma en la que se comunicaban y se relacionaban, aunque el resto de la familia no lo percibiera de esa forma. Esto le ayudó a darse cuenta poco a poco que él podía decidir cómo reaccionar y que era válido poner distancia cuando se sentía rebasado, ya que esto ayudaba más que si se quedaba tratando de hacer cambiar de postura a alguien o simplemente discutiendo.

En esta fase la madre de Alan comenzó a sabotear el proceso, reportando en cada sesión que lo veía igual que antes, que no notaba cambios y que sentía que estaban perdiendo el tiempo. Incluso comenzaron a llegar tarde a la mayoría de las sesiones y hubo algunas faltas injustificadas. En una sesión la madre llegó diciendo que solo iban a despedirse, porque ya no quería continuar llevando a Alan, ya que no notaba mejoría. Alan estaba muy molesto

porque le decía que no lo tomaba en cuenta para tomar esa decisión y que él sí notaba que la terapia le estaba ayudando. Hablé con ambos de esta situación y le comenté a la madre que la decisión de irse estaba en sus manos; sin embargo interrumpir la terapia en ese momento los colocaba en el riesgo de arrastrar los problemas a donde fueran, y que de alguna manera Alan estaba mejorando y necesitaba de un espacio terapéutico, ya fuera en este lugar o en otro. Le pedí que lo considerara y que la siguiente sesión tomara la decisión y comentó que la verdad es que sí notaba mejoría, pero que a veces se desesperaba mucho, ya que cargaba con los problemas de toda la familia, principalmente los de su esposo y ella como pareja. En esta parte se le recomendó nuevamente la posibilidad de tener un proceso individual, ya que era necesario que ella trabajara en ella misma para poder ayudar a su hijo. Comentó que comenzaría a tomarlo más en cuenta y que lo comunicaría más adelante.

En esta fase se puede ver que la alianza terapéutica entre Alan y yo estaba bien consolidada y que, de hecho, Alan me percibía como un agente de apoyo que podía ayudarlo cuando lo necesitara. Incluso cuando su madre comentó que quería dejar de llevarlo porque no percibía cambios, es él quien comentó que consideraba que era una decisión que a él también le correspondía tomar. Para este momento del proceso, fue posible observar que Alan contaba con los requisitos que Anna Freud (1986) mencionaba como piezas clave para el trabajo terapéutico con un menor: consciencia de la problemática, confianza en el terapeuta y deseo de cambio. Él expresó que necesitaba el espacio, que le había ayudado mucho hasta el momento y en varias ocasiones mostró tener la confianza suficiente conmigo para hablar de sus conflictos y proponer soluciones.

Fase 3: Crecer y cambiar

Esta fase abarcó de la sesión 33 a la 38. Conforme Alan fue controlando sus reacciones agresivas y los síntomas de ansiedad, comenzó a darse el espacio para centrar su atención en temas importantes para su edad, de los que antes no hablaba. Uno de ellos era con respecto a crecer y a vivir situaciones distintas a las que viven los niños pequeños. También dentro de esta fase comenzó a hablar sobre cambios, desde físicos hasta la toma de decisiones que él en algún momento podía hacer, pese a que fueran distintas a las que su familia esperaba. En la siguiente viñeta se plasma el contenido de una sesión en la que hizo mucho énfasis en estos temas.

Viñeta 5. “Me crees capaz de lograrlo?” (sesión # 35)

Comentó que desde hace mucho tiempo su papá le había dicho que tenía ganas de enviarlo a un internado porque se porta mal y no lo soporta. Dijo que últimamente había pensado mucho en eso y que creía que en realidad no sería tan malo que fuera verdad, porque si estuviera lejos de su familia estaría más tranquilo. Comentó que sabía que en los internados tenías que lavar tu ropa, preparar tus cosas, y a veces hacer quehaceres, pero que no le importaría porque podría hacer sus cosas sin que lo molestaran. Le comenté que algo importante a considerar era que mientras él no cumpliera la mayoría de edad, tendría que seguir dependiendo de las decisiones de sus padres, y que también el entrar a un internado ahora tendría que ser decisión de ellos. Me dijo que sabía que eso era cierto, pero me pidió que lo ayudara a investigar sobre internados. Le pregunté si pensaba que sus padres realmente quisieran meterlo a alguno, o si pensaba que sólo lo decían como amenaza para asustarlo. Dijo que él le había dicho a su papá que se lo cumpliera y que lo llevara y que el padre le dijo que lo haría cuando menos lo esperara, pero que la verdad creía que sólo lo decía por amenazarlo, porque no creía que lo hiciera. Comentó que en la semana peleó con su papá y se fue a su cuarto a escribir una carta en donde anotó todo lo que sentía y escribió que si se fuera a un internado pediría que su familia no lo pudiera ir a visitar. No le entregó a nadie la carta y la guardó. Hablamos de cómo es que la carta le ayudó a descargar lo que sentía y a sentirse mejor. Mencionó que lo que no le gustaría si se fuera a un internado, era dejar de ver a sus hermanos y dejar de ir a terapia.

Preguntó si en esta sesión realizaríamos una actividad en especial. Le pregunté por qué tenía esa duda y comentó que le gustaría dibujar y platicar de cosas importantes. Le dije que me parecía una buena idea y sacamos los materiales de dibujo. Mientras dibujábamos, comentó que ha estado pensando también en qué es lo que quería ser cuando creciera, y que lo que más le llama la atención era ser cantante. Dijo que lo comentó en su casa y todos se burlaron, y que le dijo a su mamá que en una ocasión yo le dije que él podría hacer y ser lo que él quisiera mientras tuviera disciplina y la convicción de hacerlo. Su mamá le contestó que seguramente yo había dicho eso para burlarme de él. Me preguntó si era cierto que yo sólo me estaba burlando. Le pregunté que si cuando se lo dije, él había percibido algún tipo de burla de mi parte. Me contestó que no, pero que eso era lo que le había dicho su mamá, por lo que necesitaba que yo le respondiera. Contesté que realmente creía que era una persona capaz de alcanzar los objetivos que se propusiera, mientras le gustara lo que hacía y se esforzara para ello.

Comentó que estaba contento porque su amiga lo escuchó cantar en una ocasión y le dijo que lo hacía muy bien y que debería hacer casting en algún concurso de canto. Dijo que sabe que ella lo decía en serio. Varias veces me preguntó “¿Tú sí me crees capaz de lograrlo?”

Hablamos también de lo que él pensaba. Me dijo que se ha escuchado y que sí suena bien.

Me dijo que sabía que en los castings tenía que ir con una persona mayor de edad y me preguntó si yo podría llevarlo, ya que no creía que su mamá aceptaría. Hablamos sobre la relación terapéutica y que para que realmente funcione, no puede existir otro tipo de relación entre el paciente y el terapeuta, pero que tal vez pueda encontrar a alguien que lo pueda acompañar. Comentó que le iba a decir a un primo.

Después comentó que si no pudiera ser cantante le gustaría ser médico, abogado o psicólogo.

Análisis de la sesión

En esta sesión Alan expresó que desearía poder estar lejos de su familia para poder estar más tranquilo. Esto comunica que él entendió que es capaz de estar mejor y que el problema no lo tenía únicamente él, sino la familia y que a veces alejarse era preferible, a seguir intentando convencer a los demás de algo o intentar defenderse en todo momento, así como lo experimentó cuando decidió tomar tiempo fuera cuando se sentía muy rebasado por el enojo o la ansiedad. Además, Alan para este momento del proceso ya no sólo conocía estrategias o herramientas para aplicar cuando las necesitaba, sino que ya podía ponerlas en práctica, como lo hizo con la carta que escribió cuando peleó con su padre. Cuando dentro de la terapia se pueden organizar adecuadamente las tareas y se genera un lazo lo suficientemente sólido para generar confianza en el paciente, es posible obtener resultados de una forma más rápida (Chiu, et al., 2009); Alan generó una adherencia terapéutica que ayudó a que las estrategias aprendidas dentro del consultorio, pudieran ser llevadas a su vida en el momento en el que él las requiera.

Para este momento del proceso Alan logró poner una distancia entre él y su familia, incluso poder ver la opción del internado como algo sano y no como un castigo impuesto por el padre. Esta distancia que logró poner con su familia no estaba al principio del proceso y por ello, se angustiaba mucho con las descalificaciones y críticas, al estar inmerso en este ambiente hostil. También es importante destacar que, aunque el discurso de la madre tenía aún fuerza en él (al dudar en si yo le había dicho o no la verdad), tuvo la capacidad de preguntarme si era cierto lo que ella le había dicho, y logró quitarle credibilidad, al pedirme que le diera una respuesta y creer lo que yo le dijera.

Considero que en esta fase y especialmente en esta sesión, la calidad de alianza terapéutica establecida con Alan pudo observarse de una forma muy clara, ya que él hizo referencia a la terapia como algo que le ayudaba y que no le gustaría dejar, y muestra la importancia que tenía para él la terapia al darse cuenta de que podía cambiar y dedicarse a lo que él quería. También el que haya comentado sobre la posibilidad de acompañarlo al casting habla de que me percibía como un adulto que podía apoyarlo y animarlo cuando lo necesitaba; sin embargo entendió adecuadamente el tipo de relación que se tenía en terapia y que para ayudarlo adecuadamente no podía existir otro tipo de relación.

El hecho de tener la flexibilidad de permitirle elegir las actividades a realizar dentro del espacio de terapia, ayudó a establecer la alianza terapéutica (Shirk & Karver, en Norcross, 2011) y abrió paso para que aparecieran temas importantes, como en este caso lo era el tema del internado y la posibilidad de cambiar y estar tranquilo, poniendo distancia con su familia, que si bien, no era posible que lo hiciera en ese momento, hablaba de una nueva forma de ver las cosas en Alan y de la posibilidad para él de ser diferente.

También fue posible observar que la calidad relacional y emocional de la que hablan Corbella y Botella (2003) estaban bien establecidas, ya que él era capaz de actuar de forma diferente cuando algo empezaba a molestarlo o a ponerlo ansioso (como eran las discusiones con su padre), no reaccionando de la misma forma que antes, mientras que la calidad emocional de la relación terapéutica se mostraba como positiva, al poder identificar el espacio y a la terapeuta como ayuda y como la oportunidad de cambio y de mejora.

Se tuvieron dos sesiones adicionales a esta y en ellas continuaron los temas relacionados a crecer, a ser una persona diferente, a tomar sus propias decisiones, e incluso de cambios más físicos que había decidido hacer (como pintar y redecorar su cuarto, hacer ejercicio y bajar de peso, hablar sobre las niñas que le gustaban, etc.).

Posteriormente dejaron de llevar a Alan a la terapia, sin comunicar sus faltas y sin la posibilidad de establecer la comunicación con la madre. Dos meses después se logró contactar a la madre, para saber qué es lo que iba a suceder con el proceso de Alan y comentó que no les era posible continuar asistiendo debido al tiempo que invertían trasladándose y por el trabajo de la madre. Le comenté que era importante entonces tener una sesión de cierre con Alan, para poder hablar sobre esto. Tardaron 2 semanas en asistir, pero se logró tener esta sesión de cierre, en la que aparecieron aspectos importantes sobre lo que significó el proceso de terapia para él. En la viñeta 6 se plasma el contenido de esta sesión.

Viñeta 6. (sesión # 38)

Comenzamos hablando sobre la razón por la que no podrá continuar asistiendo a la terapia. Alan comentó que no estaba de acuerdo, y que le enojaba que su mamá no le hubiera consultado acerca de esto. Dijo que si por él fuera, podría venir solo, pero que su mamá no le daba permiso. Le dije que esta era una decisión que él no podía tomar por sí mismo por el momento; sin embargo, cuando fuera mayor podría decidir si quiere retomar un proceso terapéutico por él mismo. Comentó que probablemente lo haría porque le había ayudado mucho, dijo que extrañaría mucho no asistir más. Comentó que no le

gustan las despedidas, que un día antes de esta sesión le dijo a su mamá que mejor no asistieran y ella pensó que era porque estaba enojado, pero en realidad dijo eso porque no quería ponerse triste. Hablamos de que más que una despedida, en la sesión de hoy hablaríamos de lo que aprendió aquí, qué se lleva y qué le puede ser útil para su vida. Saqué materiales de dibujo, hicimos un sobre de papel que decoró y en diferentes papelitos le pedí que fuera escribiendo lo que aprendió, lo que va a extrañar y lo que ganaba después de este proceso psicoterapéutico.

“Aprendí a tranquilizarme, a calmar el enojo, la ira... aprendí a no obsesionarme por las cosas, aprendí a perder” (sic.), comentó que cuando jugábamos a algo y él perdía, le daba mucho coraje pero trataba de controlarse para no demostrarlo. “Pero, dejé de sentirlo cuando empecé a hacer los dibujos, como el del enojo” (sic.). Comenté que es importante saber perder, porque a veces se pierden cosas más importantes que un juego, comentó que eso era cierto y que “se sentía muy feo” (sic.). Le dije que cuando uno crece pierde algunas cosas, como jugar con juguetes de niño o la inocencia pero al crecer ganabas muchas otras, como aprendizaje, amigos, novios o novias, y que eso también es agradable. “¿Le digo algo? Yo he tenido algunas novias, pero las corto al día siguiente porque siento... como muy bonito, en la panza, pero luego no sé qué hacer con eso y mejor las corto” (sic.). Hablamos de que al crecer, a veces no sabemos qué hacer con los cambios que sentimos, pero hablarlo ayuda a que se vayan entendiendo mejor y permitirnos experimentarlos nos ayuda a acostumbrarnos.

“Voy a extrañar las enseñanzas, como aprender a controlar el enojo y la ansiedad con las respiraciones, o las cartas, o los dibujos, voy a extrañar venir aquí. Lo que gané... gané su confianza, porque usted no pensaba como todos los demás, que yo estaba loco. Gané amigos, porque a veces les hablaba a los que estaban aquí en la sala de espera. Gané conocimiento. Había veces que llegaba sin saber muchas cosas, como lo del internet, las aplicaciones, los tsunamis y me asustaba mucho, pero aquí leíamos o investigábamos cosas y eso me ayudó” (sic.).

Me preguntó cómo me sentía, si también estaba triste como él. Le dije que me sentía un poco triste porque sabía que ya no lo iba a ver, pero al mismo tiempo estaba feliz porque trabajamos muy bien juntos, y cambiaron muchas cosas en él a pesar de que hay cosas que en su casa no cambiaban. Le dije que me sentía contenta de que él pudiera decir lo que había aprendido y de que le hubiera servido este espacio para expresarse, así como hacer cosas y pensar de forma diferente. “A veces podemos pensar que si no estamos físicamente en un lugar o con una persona no estamos y nos podemos sentir tristes, pero al recordar podemos recuperar eso que aprendimos, por eso es que te vas a llevar este sobre, para que lo puedas leer cuando tú quieras y recordar que puedes ser de una forma diferente si te lo propones” (sic.).

Análisis de la sesión

En esta sesión fue posible ver cómo es que Alan aprovechó el espacio de terapia, pudiendo expresar sus temores y problemas, así como aprender herramientas que le servirían en un

futuro. Desafortunadamente el proceso fue interrumpido, y no era posible que Alan pudiera asistir por sus propios medios, sin embargo en la sesión de cierre, así como a lo largo del proceso terapéutico, se pudo ver que Alan fue capaz de hacer cambios considerables en su conducta e incluso en su pensamiento. Para este punto, él ya era capaz de hablar acerca de crecer y de los cambios que estaba presentando, que lo confundían y llegaba a asustarlo, porque no sabía qué hacer con lo que sentía. Expresó también que técnicas como la respiración diafragmática, la redacción de cartas o la realización de dibujos lo ayudaron a tranquilizarse cuando presentaba ansiedad, y también el que pudiera conocer e investigar acerca de los temas que le preocupaban, ya que muchas veces le asustaban cosas por no conocer acerca de ellas lo suficiente. El hecho de que esas herramientas las pudiera llevar a la práctica en su vida cotidiana promovió que se sintiera capaz de ayudarse a sí mismo, en vez de reaccionar de manera impulsiva.

También es importante rescatar que mi actitud como terapeuta fue una pieza clave para generar una sólida alianza terapéutica con el paciente. Alan venía etiquetado como un paciente agresivo y hasta cierto punto peligroso. Si yo hubiera puesto demasiada atención a estas advertencias y hubiera generado expectativas negativas acerca del paciente, hubiera sido probable que él se percatara de eso, y continuara actuando de forma defensiva, ya que era lo que estaba acostumbrado a hacer con los adultos que le rodeaban. Sin embargo, el hecho de que yo me presentara ante él como alguien empática, actuando de manera auténtica y sin juzgar su conducta como los demás lo hacían, le proporcionó a Alan mucha seguridad y la oportunidad de darse cuenta de que a pesar de que él estaba inmerso en un ambiente familiar muy negativo, no todos los adultos se manejaban de la misma forma. Finalmente se pudo observar que para este punto del proceso Alan estaba más empoderado para hacer cambios en su vida y que a través del proceso de terapia pudo conocer aspectos en él mismo que antes no conocía y pudo generar en él la posibilidad de cambio, que antes no consideraba posible.

Discusión y conclusiones

La preadolescencia es una etapa poco explorada de manera independiente, ya que en la mayoría de los estudios se maneja como adolescencia desde las edades en donde va comenzando la preadolescencia, y se engloban las características emocionales, sociales y conductuales, como una sola etapa de desarrollo. Cuando Alan llegó a consulta, ya se encontraba en la etapa de la preadolescencia, sin embargo no tenía las características de acuerdo a la edad que presentaba (Krauskopf, 2003), No contaba con una autoconsciencia sobre sus deseos o necesidades, debido a que era constantemente criticado por el ambiente que lo rodeaba y esto no permitía que él fuera descubriendo sus propias características y potencialidades. La identificación con las personas del mismo sexo era algo que tampoco se encontraba, debido a que presentaba rechazo ante la figura masculina, muy probablemente por los conflictos y la relación que mantenía con su padre y en general, con la actitud que percibía de los hombres adultos que lo rodeaban, por lo que él se identificaba mucho más con personas del sexo opuesto, con quienes tenía mejor comunicación, dentro de sus dificultades. La relación con su madre era más positiva que con su padre, sin embargo también existía ambivalencia y dependencia, por lo cual Alan no era un menor que buscara tener autonomía, sino que seguía dependiendo mucho de la ayuda que le pudiera darle su madre.

Para Alan era muy difícil hablar sobre temas sexuales y los rechazaba porque lo confrontaban con los impulsos sexuales de una manera explícita y él tenía mucha dificultad para controlar impulsos, por lo que su reacción era de angustia al sentir que estos impulsos tampoco podría controlarlos. De ahí que dijera que sí estaba interesado en las niñas y en tener novias, pero terminaba con ellas porque no sabía qué hacer con “eso bonito que sentía” (sic.pac.).

El ambiente hostil y poco respetuoso en su hogar, así como las actitudes autoritarias y violentas seguían promoviendo la agresión reactiva que Alan presentaba, ya que reaccionaba de forma defensiva ante ellos y también ante las personas con las que convivía en general.

Alan contaba con mucha dificultad para explorar sus propias capacidades, ya que su autoconcepto estaba muy empobrecido y no conocía otra forma de manejar las emociones, sino únicamente a través del enojo.

Como mencionan Pudney & Whitehouse (2014) en esta etapa es necesario que los padres vayan cediendo poder a los preadolescentes con el fin de que se vayan fortaleciendo y haciendo responsables de sus decisiones y de su comportamiento. En el caso de Alan, no existía un apoyo por parte de sus padres para escucharlo y contenerlo cuando lo necesitaba y en vez de eso era atacado constantemente por no responder como ellos pensaban que era correcto, y tratado de una forma en la que se pretendía únicamente controlar su comportamiento, antes que comunicarse con él de una forma positiva. Dentro del ambiente familiar existía conflicto y agresión constante, y pocas posibilidades de aprender cómo regularse, ya que los adultos que lo rodeaban tampoco lo hacían, por lo que Alan contaba con muy poca capacidad para regular sus emociones.

Existen posturas diversas acerca del cambio que presentan los preadolescentes cuando llegan a esta etapa, comparados con las características de la infancia (Freud, 1992; Monahan & Steinberg, 2011). En el caso de Alan, su madre reportaba que desde pequeño era impulsivo y conflictivo, y tendía a pelear mucho con sus hermanos (principalmente con su hermana) y con compañeros de clase, además de que presentaba características de ansiedad como la onicofagia y noctifobia. Sin embargo, estas características se acentuaron con la llegada de la preadolescencia; la diferencia era que en la infancia, los padres lograban controlar un poco más el comportamiento de Alan porque lo podían forzar a que hiciera cosas o lo sometían con golpes. A los 12 años, Alan se defendía, y ya no era tan fácil que logran controlar su comportamiento, lo cual hizo que la madre buscara ayuda psicológica. Las características probablemente eran las mismas, sin embargo los padres ya no podían ejercer el mismo control sobre él.

Cuando Alan llegó a consulta, por las características que mencionaba su madre en la entrevista inicial, parecía que presentaba agresión de tipo proactiva (Dodge et al., 1997; Little, et al., 2003); sin embargo, una vez que se comenzó a trabajar se pudo observar que las conductas que presentaba eran de agresión reactiva, ya que las reacciones que generalmente tenía se daban como respuesta a provocaciones o burlas de los demás, reaccionaba con enojo, de manera impulsiva, con hostilidad y también presentaba ansiedad y baja tolerancia a la frustración. Alan respondía con agresión, pero no era el único agresivo, vivía en un ambiente de agresión constante, por lo tanto, las respuestas que tenía estaban relacionadas con ese ambiente al que estaba expuesto. La mayoría de las veces respondía a provocaciones de la familia, debido a que constantemente se burlaban de él o lo criticaban,

y esta actitud hostil y defensiva la llevaba al ambiente escolar, en donde en muchas ocasiones se adelantaba a pensar que lo que le decían era por burlarse o para dejarlo en ridículo, aunque esto no fuera totalmente cierto, y le hacía tener problemas frecuentemente. Como mencionan Vítaro, Brendgen y Barker (2006), cuando un menor presenta agresión reactiva es conveniente trabajar el manejo del enojo, el reforzamiento de habilidades sociales e intervenir en la manera en la que el paciente atribuye las señales de su ambiente. Por esta razón, la primera fase del tratamiento estuvo encaminada a trabajar la parte agresiva y era necesario hacerlo reconociendo al enojo como modo de expresión.

Alan contaba con un autoconcepto muy pobre, con deseos de cambio, pero con muy pocas capacidades percibidas para lograrlo. Esto contribuía para que presentara comportamiento agresivo, ya que contaba con pocas habilidades sociales. El autoconcepto negativo daba paso a estados emocionales aversivos y al incremento de la agresión, para tratar de compensar la percepción negativa que tenía de sí mismo (Berkowitz, 1993).

Al trabajar la agresión, la técnica Gestalt sobre dibujar las emociones fue muy útil, ya que le permitió distinguir y evaluar la forma en la que estaba reaccionado, permitiendo proponer respuestas alternativas y más adaptativas (Oaklander en Schaefer, 2012).

Mientras se estuvo trabajando con las reacciones de agresión y se realizaron técnicas para poder reconocer y canalizar el enojo en Alan, estas conductas empezaron a disminuir, y esto se fue observando tras los reportes de la madre y del paciente mismo. Al centrar la atención en el trabajo de la agresión, se fue permitiendo que Alan reconociera otras emociones que también estaban en juego al momento de percibir los estímulos, ya que en un inicio parecía que la única emoción clara que tenía y que identificaba era el enojo, como si solo a través de esta emoción pudiera identificarse y reaccionar. Al momento de trabajar el enojo y el comportamiento agresivo, comenzaron a distinguirse de una forma más clara los miedos que él tenía y con ello, los síntomas de ansiedad, como si el miedo estuviera enmascarado tras el enojo. Se sabe que los menores que presentan agresión reactiva tienden a presentar problemas de tipo internalizado, entre ellos ansiedad (Andreu. Peña & Ramírez, 2009).

Alan y su madre reportaban que él presentaba miedo a muchas cosas; sin embargo, al trabajar en sesiones se pudo ver que eran claras manifestaciones de ansiedad, ya que en vez de ser amenazas específicas, que aparecían en situaciones reales de peligro o que tuvieran una calidad racional o relacionada con la amenaza, Alan presentaba reacciones de vigilancia sobre amenazas vagas, poco claras, en donde la fuente principal era difícil de

observar (Rachman, 2004). La ansiedad provocaba que presentara diversos problemas conductuales y síntomas fisiológicos (Fitzpatrick, 2015) como sobre reaccionar fácilmente, irritabilidad, sensación de no poder respirar fácilmente y náusea. Para los síntomas de tipo fisiológico las técnicas cognitivo conductuales le ayudaron mucho, debido a que él aprendió a aplicar la respiración diafragmática cuando comenzaba a percibir los síntomas y a relajar su cuerpo, de manera que pudiera pensar más antes de responder de la misma forma que antes. Esta técnica la llevó al ambiente escolar y al de casa y la utilizaba en los momentos en donde sentía que podía ser rebasado por la ansiedad (Pearlman, Schwalbe y Cloltre, 2010). El hecho de poder reconocer las manifestaciones de ansiedad que presentaba y de distinguir los pensamientos acerca de las situaciones que le preocupaban y que le causaban ansiedad, facilitó que pudiera controlarlas más que antes, ya que al momento de detectar señales corporales de ansiedad podía utilizar herramientas para relajarse y evaluar de forma diferente las experiencias (Solloa, 2006). Muchas de las situaciones que le causaban ansiedad eran aspectos de los que él no tenía información, e incluso que no conocía (por ejemplo, los tsunamis o el uso del celular) y ayudó mucho el que se pudiera dar información acerca de estos aspectos e investigar sobre ellos. Esto se relaciona directamente con los resultados obtenidos en la evaluación en cuanto al área cognitiva, debido a que Alan contaba con dificultades para formar conceptos a partir de ideas, por no contar con la suficiente información del entorno para integrarla a su día a día. Él necesitaba de esta información para poder incorporarla y procesarla de manera que le ayudara a sacar conclusiones distintas a las que él tenía con anterioridad (por ejemplo, cambiar el pensamiento de “no uso redes sociales ni correo electrónico porque te secuestran” a “se puede utilizar una red social o correo siempre y cuando se elija qué es lo que se comparte y con quiénes”).

En el caso de Alan existían muchos factores que contribuían a los problemas conductuales y emocionales que él tenía. Por una parte, el ambiente agresivo al que estaba expuesto en casa y en la colonia donde vivía, así como en la escuela, la poca capacidad que tenía su madre para leer sus emociones y contenerlo cuando lo necesitaba, la actitud autoritaria y agresiva que tenía su padre hacia él, las burlas constantes que hacía el resto de la familia, el autoconcepto pobre que tenía y la dificultad para reconocer y expresar sus emociones; las reacciones agresivas y la ansiedad que presentaba ante varios temas, el modelo tan negativo que tenía de la mayoría de los adultos que lo rodeaban y que generaban en él este

rechazo a crecer y a ser adulto. Eran muchos los factores que reforzaban la conducta y los conflictos con Alan, por lo tanto el uso del modelo integrativo constituyó una oportunidad para explorar mejor estos puntos, ya que este modelo considera la amplia gama de factores que intervienen en la problemática humana, no únicamente mezclando distintas técnicas, sino integrando aportaciones dentro de una estructura teórica y clínica con un sistema flexible y abierto (Corsi, 2005). Considero que es muy importante formar una estructura lógica de trabajo que se adecue a las necesidades del paciente, más que adecuar al paciente al modelo para que encaje dentro de la teoría que se pretende utilizar. En este caso era necesario abarcar aspectos conductuales, cognitivos y emocionales para permitir que Alan pudiera conocerse y fortalecerse de una forma alternativa. Como mencionaban Feixas & Miró (1993) no se trata de evaluar qué modelo responde mejor en cada situación, sino integrar las teorías y técnicas que se necesiten utilizar para lograr crear armonía y adaptarse a las necesidades del paciente.

A medida que fue avanzando el proceso terapéutico Alan pudo entenderse mejor, identificar y reconocer sus reacciones ante las dificultades, y de esta manera ser más capaz de medirlas y controlarlas.

Considero que la calidad de la alianza terapéutica que se formó con Alan a lo largo del proceso fue un factor clave para lograr avances importantes, pese a las dificultades percibidas cuando se recibió el caso. Como se mencionó previamente, Alan tenía un concepto muy negativo de los adultos que lo rodeaban (padres, familiares y maestros), por lo que se percibía complicada la interacción con él. Incluso había estado en terapia anteriormente y había tenido conflicto con sus anteriores terapeutas porque los consideraba injustos. Era necesario que en mí pudiera ver una persona que no lo criticara ni juzgara y que tuviera confianza en él. El hecho de que en mí haya encontrado una imagen distinta de la que tenía de los adultos en su entorno permitió que fuera abriéndose y comprometiéndose con el proceso, aceptando que era necesario para él y que había aspectos que necesitaba cambiar; era necesario que esta imagen distinta se diera desde la primera sesión, debido a que para él era muy importante no ser juzgado y esto ayudó a consolidar un vínculo sano y productivo con él (Corbella & Botella, 2011).

El modelo de Bordín (1979) me parece que plasma de una forma muy completa los aspectos más importantes a cubrir con un paciente para poder establecer y fortalecer la alianza terapéutica. Con Alan, a lo largo del proceso se fueron ajustando y fortaleciendo cada uno

de los puntos. En cuanto a los acuerdos en las metas a seguir, cuando él llegó no percibía tener un objetivo claro ni una meta en la terapia. Llegó comentando que él no tenía nada que cambiar ni algún problema, porque todo lo que hacía era para defenderse. Conforme fuimos trabajando, se fue dando cuenta de que había aspectos que él también tenía que controlar y que la terapia era importante para aprender a conocerse y entenderse mejor, para así reaccionar de una forma diferente. Este punto es más tardado de lograr con los niños y con los adolescentes, ya que generalmente no son ellos quienes buscan el servicio sino sus padres o cuidadores, y los objetivos de la terapia son menos claros para ellos e incluso, en ocasiones no son conscientes del problema que tienen (Shirk & Karver, en Norcross, 2011). Sin embargo, fue posible generar una alianza sólida con Alan, a pesar de estar rodeado de relaciones autoritarias con los adultos (Clark, 2013).

En el aspecto de tareas, a medida que fue avanzando el proceso, se fue comprometiendo más en las actividades. Sobre todo empezó a verles utilidad, ya que al inicio si se dejaba algo para que hiciera en casa, como escribir o hacer listas de chequeo, comúnmente lo olvidaba o no le daba importancia. Conforme fueron transcurriendo las sesiones y principalmente a partir de la segunda fase de tratamiento, comenzó a hacer algunas de las actividades que se proponían dentro del consultorio en casa, cuando lo sentía necesario (como escribir cuando se sentía muy enojado o realizar las respiraciones cuando comenzaban los síntomas de ansiedad); al momento del cierre reconoció que el implementar estas tareas en casa lo ayudó a sentirse más seguro y capaz de poder controlarse, aunque no estuviera en el espacio de terapia. Una característica importante de las tareas que se realizaron dentro del espacio terapéutico era su flexibilidad, ya que en ocasiones él tenía la necesidad de hablar sobre ciertos temas, y las tareas o actividades se ajustaban a esto.

Finalmente en cuanto al aspecto del lazo, desde el inicio se estableció una relación positiva entre Alan y yo. No me comporté de la forma en la que los adultos que lo rodeaban lo hacían y esto generó confianza en él. Además, existió desde el inicio un respeto de mí hacia él, una actitud empática y auténtica y el objetivo no era que me percibiera como una autoridad con la que tenía que comportarse de cierta forma, sino que, dentro de un marco de respeto, él se manejara también de una forma auténtica e identificara el espacio terapéutico como suyo (Oaklander, en Campbell, 1993).

En general, el lazo que hubo entre ambos permitió que Alan fuera expresándose de una forma honesta y que estuviera dispuesto a hablar de lo que le preocupaba o sobre lo que le

generaba conflicto. Bickman, et al. (2004) establecen que la alianza terapéutica no cambia a lo largo del proceso y esto aplica para este caso en la parte del lazo, ya que desde un inicio se estableció de una forma adecuada y continuó de esta manera hasta el final del tratamiento.

Además de las técnicas utilizadas para trabajar la ansiedad y la agresión, considero que fue muy importante el hecho de que yo mantuviera una actitud neutra hacia Alan y hacia su madre, sin juzgar a alguno de los dos o mantenerme de parte de alguien en particular. En muchas ocasiones la madre pretendía que yo regañara o reprobara la conducta que Alan mantenía, mientras que Alan buscaba que le reclamara cosas a su mamá o que abogara por él para que le diera ciertos permisos. A lo largo del proceso ambos entendieron que yo no estaba de parte de alguno de los dos y que lo que hacía era ayudarlos a comunicarse un poco mejor y a intentar reaccionar de forma distinta ante los conflictos.

Otro punto importante que considero que ayudó mucho al desarrollo y fortalecimiento de la alianza terapéutica entre Alan y yo fue el validar sus emociones y hacerle devoluciones a las situaciones de las que él hablaba en las sesiones. Permitirle hablar de lo que necesitaba en ciertos momentos y proponer actividades, ya que todo esto le permitió expresarse más y tener mayor claridad sobre sí mismo.

El cambio que hubo a lo largo del proceso en cuanto a las expectativas fue de gran importancia, debido a que al inicio Alan contaba con deseos de cambio; sin embargo, sus expectativas eran bajas en cuanto a que no se sentía capaz de cambiar, y lo tomaba como algo que no iba a ocurrir y que hasta cierto punto debía aceptar y conformarse. Algo que considero que funcionó en cuanto a mi actitud es que en vez de forzarlo o intentar convencerlo de que eso no era cierto, respeté esta forma de ver las cosas y siempre le externé que mis expectativas eran distintas y que yo sí lo creía capaz de realizar los cambios que quisiera hacer. A medida que transcurrió el trabajo terapéutico y Alan se fue dando cuenta de que era capaz y que tenía más cualidades de las que conocía, sus expectativas fueron modificándose, hasta saberse capaz de cambiar los aspectos que necesitaba. Esta congruencia en expectativas entre el paciente y terapeuta es crítica para desarrollar un trabajo colaborativo (Konrad, en Konrad, 2011).

Alan logró ir disminuyendo los síntomas de agresión y posteriormente de ansiedad y esto se puede relacionar con la calidad de alianza terapéutica, ya que se ha encontrado que una sólida alianza terapéutica con un adolescente y el desarrollo de una relación cálida desde las

primeras sesiones puede ayudar a que los síntomas de ansiedad disminuyan y que los cambios que se presenten sean a largo plazo (Anderson et al., 2012; Chiu et al., 2009).

Un aspecto muy importante dentro del proceso y que se relaciona con la terminación abrupta del tratamiento fue el comportamiento de la madre de Alan. Al inicio de la terapia mostraba tener la disposición para generar cambios, recibir recomendaciones, y tratar de colaborar para ayudar a Alan; sin embargo, debido a sus propias limitaciones, en la segunda fase del tratamiento comenzó a sabotear el proceso, comentando que Alan no presentaba ningún cambio, diciendo en reiteradas ocasiones delante de él que era una pérdida de tiempo el estar yendo a las sesiones, que ella tenía mucho trabajo y que a veces creía que su hijo “era un caso perdido” (sic. madre).

Fue importante observar la calidad del trabajo y los cambios cuando la madre trataba de sabotear, ya que se sabe que la relación que exista entre el terapeuta y los cuidadores principales es algo que se suma al cumplimiento de la terapia y a los cambios realizados fuera del consultorio, así como al mejoramiento de habilidades parentales y en general, de la comunicación que se tenga con el menor (Kadzin, Whitley & Marciano, 2006); sin embargo, a pesar de esta actitud de la madre Alan fue capaz de realizar cambios.

Para la madre también era muy difícil regularse, ya que sus actitudes y su pensamiento también eran polarizados, como los de Alan. Por ejemplo, cuando en la historia de desarrollo se habló de la adquisición del lenguaje ella comentó que Alan dijo sus primeras palabras a los 6 meses de edad, lo cual es prematuro. Es muy probable que la madre no haya tenido claridad en cuanto a la información, no sólo de Alan, sino también del resto de sus hijos, por lo agobiada que se sentía ante los conflictos con el padre y con la situación de Alan, o que simplemente no lo recordara y que hubiera dado la respuesta sin pensarla bien.

Para el final de la primera fase de tratamiento buscó poner límites a la familia para que ya no se burlaran y maltrataran a Alan, pero lo hizo de una forma agresiva y radical (como gritar, insultarlos y decirles que iba a llevarse a Alan de ahí y nunca los iba a volver a ver, cuando ella sabía que esto era muy complicado y no contaba con los medios para hacerlo). La madre de Alan necesitó de mucha contención de mi parte, ya que en la mayoría de las sesiones llegaba muy rebasada por los conflictos de casa y considero que esto fue muy importante para crear un lazo adecuado con ella. Desafortunadamente, las dificultades de la madre no le permitieron darse cuenta de los cambios que Alan presentaba durante la segunda fase del tratamiento. Fue en esta fase cuando comenzaron las faltas y también

cuando la madre comentó que se daba cuenta que no podía dejar al padre de Alan, porque cerca de él tenía su trabajo, su casa y todo lo que necesitaba, por lo que “no le convenía estar en contra de él” (sic. madre). Considero que cuando la madre llegó al punto de darse cuenta que la separación con el padre sería muy difícil, y al no darse cuenta de los cambios que Alan había tenido durante el proceso psicoterapéutico concluyó que lo mejor era dejar de asistir.

Las limitaciones que se dieron en este trabajo terapéutico se relacionan en parte con el motivo por el cual fue interrumpido. Era una realidad que la distancia y el tiempo invertido para asistir a las sesiones implicaban muchos cambios en las actividades de Alan y su madre, ya que ese día Alan tenía que llegar tarde a la escuela, vivían muy lejos y ocupaban mucho tiempo en trasladarse, y finalmente es algo que en cualquier caso impacta y puede llegar a generar dificultades para dar continuidad a la terapia. Se trató siempre de ajustarse a los horarios en los que él podía asistir, sin embargo fue algo que al final impactó mucho en el tratamiento. Sumado a esto, las propias limitaciones de la madre de Alan hicieron difícil el trabajo terapéutico. A lo largo de todo el proceso se le recomendó a la madre tener un proceso terapéutico individual, con el fin de trabajar en ella y lograr más y mejores avances en Alan, y aunque hubo momentos en los que ella aceptó que era necesario, finalmente decidió no hacerlo. Tal vez si se hubiera establecido una alianza terapéutica más sólida con ella, se hubiera logrado observar cambios más contundentes en cuanto a la dinámica familiar, o simplemente en la relación entre ella y Alan. Aunque es cierto también que para poder hacer esto, se requerían más sesiones de orientación con la madre y para Alan era muy importante su espacio.

Otra limitación es que se utilizaron muchas sesiones para la evaluación de Alan; sin embargo considero que se realizaron las pruebas necesarias para tener un marco completo del paciente y la información obtenida fue de gran utilidad para el proceso. Durante la supervisión de este caso se comentó que, por su complejidad, hubiera sido necesario ver más de una vez por semana a Alan y a su madre; sin embargo era algo que estaba totalmente fuera de sus posibilidades, por muchas razones. De esta manera, se decidió que el trabajo se concentrara en el fortalecimiento del paciente y a pesar de las dificultades y desventajas de no trabajar con su familia, al final del proceso se obtuvieron cambios importantes y hubo una diferencia en Alan al terminar este trabajo terapéutico.

Este caso representó para mí un gran aprendizaje en muchos sentidos: me ayudó a aprender a controlar mi propia ansiedad ante las expectativas de un caso complejo, a no juzgar al paciente antes de tratarlo y darme la oportunidad de conocerlo sin etiquetarlo o adelantar un resultado. Me enseñó a conocer la fortaleza que puede tener un preadolescente que, al parecer tiene todo en contra, y que a pesar de eso logra sobreponerse y no sólo actuar, sino pensar de una forma diferente. Finalmente, considero que un psicólogo clínico debe prepararse, conocer sobre la teoría y las técnicas que mejor funcionan para diferentes pacientes, sin embargo la construcción de la relación terapéutica, más que aprenderse en un libro, es algo que se vive, y a mi parecer, es una de las partes más enriquecedoras del trabajo psicoterapéutico.

Referencias

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Anderson, R., Spence, S., Donovan, C., March, S., Prosser, S. & Kernardy, J. (2012). Working Alliance in Online Cognitive Behavior Therapy for Anxiety Disorders in Youth: Comparison with Clinic Delivery and Its Role in Predicting Outcome. *Journal of Medical Internet Research*, 14, (3). doi:10.2196/jmir.1848
- Andreu, J., Peña, E. & Ramírez, J. (2009). Cuestionario de agresión reactiva y proactiva. Un instrumento de medida de la agresión en adolescentes. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 14, (1), 37-49.
- Atkins, M. & Stoff, D. (1993). Instrumental and Hostile Aggression in Childhood Disruptive Behavior Disorders. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 21, (2), 165-178.
- Beidel, D & Alfano, C., (2011). *Child Anxiety Disorders: a guide to research and treatment*. New York : Brunner-Routledge.
- Berkowitz, L. (1993). *Aggression: It's causes, Consequences and Control*. Boston: McGraw-Hill.
- Bickman, L., Andrade, A., Athay, M., Chen, J., Nadai, A., Jordan-Arthur, B. & Karver, M. (2012). The Relationship Between Change in Therapeutic Alliance Ratings and Improvement in Youth Symptom Severity: Whose Ratings Matter the Most? *Administration and Policy in Mental Health Services Research*, 39, (1), 78-89.
- Bickman, L., De Andrade, A., Lambert, E., Doucette, A., Sapyta, J., Boyd, Rumberger, D., Moore-Kurnot, J., McDonough, L. & Rauktis, M. (2004). Youth Therapeutic Alliance in Intensive Treatment Settings. *Journal of Behavioral Health Services and Research*, 31, (2), 134-148.

- Bilbao, A. (2010). *Gestalt para la ansiedad*. México: Alfaomega.
- Bordin, E. (1979). The Generalizability of the Psychoanalytical Concept of the Working Alliance. *Psychotherapy; Theory, Research and Practice*, 16, (3), 252-260.
- Botella, L. & Corbella, S. (2011). Alianza terapéutica evaluada por el paciente y mejora sintomática a lo largo del proceso terapéutico. *Boletín de psicología*, 101, 21-34.
- Browning, D. (2008). *Adolescent Identities. A Collection of Readings*. USA: The Analytic Press.
- Buck, J. & Warren, W. (1995). *Manual y guía de interpretación de la técnica de dibujo proyectivo*. HTP. México: Manual Moderno.
- Buelga, S., Musitu, G., Murgui, S. & Pons, J. (2008). Reputation, Loneliness, Satisfaction with Life and Aggressive Behavior in Adolescence. *The Spanish Journal of Psychology*, 11, (1), 192-200.
- Byers, A. & Lutz, D. (2015). Therapeutic Alliance with Youth in Residential Care: Challenges and Recommendations. *Residential Treatment for Children and Youth*, 32, (1), 1-18.
- Campbell, C. (1993). Interview with Violet Oaklander, Author of "Windows to Our Children". *Elementary School Guidance and Counseling*, 28, (1), 52-61.
- Chagas, R. (2012). La teoría de la agresividad en Donald W. Winnicott. *Perfiles Educativos*, 34(138), 29-37. Recuperado en http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S018526982012000400018&script=sci_arttext
- Chaux, E. (2002). Buscando pistas para prevenir la violencia urbana en Colombia. Conflictos y agresión entre niños y adolescentes en Bogotá. *Revista de Estudios Sociales*, 12, 43-53.

- Chazan, S. (2002). *Profiles of play assesing and observing structure and process in play therapy*. New York: Jessica Kingsley Publishers.
- Chiu, A., McLeod, B., Har, K. & Wood, J. (2009). Child-Therapist Alliance and Clinical Outcome in Cognitive Behavioral Therapy for Child Anxiety Disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 50, (6), 751-758.
- Corbella, S. & Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de la psicología*, 19 (2), 205-221.
- Corman, L. (1967). *El test del dibujo de la familia*. Buenos Aires: Kapelusz.
- Corsi, J. (2005). *Psicoterapia integrativa multidimensional*. Buenos Aires: Paidós.
- Da Dalt, E. & Regner, E. (2009). *Autoconcepto y habilidades sociales en adolescentes marginales*. Trabajo presentado en el I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, Buenos Aires, Argentina. Resumen recuperado en <http://www.aacademica.org/000-020/484>
- De la Torre Cruz, M., García, M., Carpio, M. & Casanova, P. (2008). Relaciones entre violencia escolar y autoconcepto multidimensional en adolescentes de educación secundaria obligatoria. *European Journal of Education and Psychology*, 1 (2), 57-70.
- Dodge, K., Lochman, J., Harrish, J., Bates, J. & Pettit, G. (1997). Reactive and Proactive Aggression in School Children and Psychiatrically Impaired Chonically Assaultive Youth. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 37-51
- Drewes, A., Bratton, S. & Schaefer, C. (2011). *Integrative Play Therapy*. New Jersey: Wiley.
- Esquivel, F., Heredia M.,& Lucio, E. (2007). 3ª edición. *Psicodiagnóstico clínico del niño*. México: Manual Moderno.

- Faw, L., Hogue, A., Johnson, S., Diamond, G. & Liddle, H. (2005). The Adolescent Therapeutic Alliance Scale (ATAS): Initial Psychometrics and Prediction of Outcome in Family-Based Substance Abuse Prevention Counseling. *Psychotherapy Research*, 15, (1-2), 141-154.
- Feixas, G. & Miró, T. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos*. España: Paidós.
- Fernández- Álvarez, H. (1992). *Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia*. México: Paidós.
- Fernández- Álvarez, H. & Opazo, R. (2004). *La integración en psicoterapia. Manual Práctico*. España: Paidós.
- Fitzpatrick, C. (2015). *A Short Introduction to Helping Young People Manage Anxiety*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Freud, A. (1986). *El psicoanálisis infantil y la clínica*. México: Paidós.
- Freud, A. (1992). *Psicoanálisis del desarrollo del niño y del adolescente*. México: Paidós.
- Friedlander, M., Escudero, V. & Heatherington, L. (2009). *La Alianza terapéutica*. Barcelona: Paidós.
- Galarce, E. (2003). Psicología Narrativa-Una revisión de sus aspectos teóricos y sus alcances terapéuticos. *Tesinas de Belgrano*, 85, 5-22. Recuperado en <http://repositorio.ub.edu.ar:8080/xmlui/handle/123456789/1610>
- García- Grau, P., Ayora, D., Calabuig, F. & Prado- Gascó, V. (2014). Self concept in Preadolescence: A Brief Description of AFS Scale. *Motriz*, 20 (2), 151-157.

- Gelso, C. (2014). A Tripartite Model of the Therapeutic Relationship: Theory, Research and Practice. *Psychotherapy Research*, 24, (2), 117-131.
- Gelso, C. & Carter, J. (1985). The Real Relationship in Counseling and Psychotherapy: Components, Consequences and Theoretical Antecedents. *The Counseling Psychologist*, 13, 155-244- doi: 10.1177/0011000085132001.
- Gelso, C. & Hayes, J. (2007). *Countertransference and the Therapist Inner Experience: Perils and Possibilities*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Gil, E. & Sobol, B. (2005). *Engaging Families in Therapeutic Play*. USA: Guilford.
- Gomar, M., Mandil, J. & Bunge, E. (2010). *Manual de terapia cognitiva comportamental para niños y adolescentes*. Buenos Aires: Polemos.
- Hawley, K. & Garland, A. (2008). Working Alliance in Adolescent Outpatient Therapy: Youth, Patient and Therapist Reports and Associations with Therapy Outcomes. *Child and Youth Care Forum*, 37, 59-74.
- Hawley, K. & Weiz, J. (2005). Youth Versus Parent Working Alliance in Usual Clinical Care: Distinctive Association with Retention, Satisfaction and Treatment. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34, 117-128.
- Heredia, M., Hidalgo, A., & Rocha, M. (2011). *Test Gestáltico Visomotor de Bender Métodos de Evaluación de Hutt y Lacks Adolescentes y Adultos*. Monografía no publicada, Material de la Facultad de psicología, UNAM.
- Hick, S. & Bien, T. (2008). *Mindfulness and the Therapeutic Relationship*. Nueva York: The Guilford Press.
- Horvath, A. (2005). The Therapeutic Relationship: Research and Theory. An Introduction to the Special Issue. *Psychotherapy Research*, 15, (1-2), 3-7.

- Hubbard, J., McAuliffe, M., Morrow, M. & Romano, L. (2010). Reactive and Proactive Agresion in Childhood and Adolescence: Precursors, Outcomes, Processes, Experiences and Measurement. *Journal of Personality*, 78, 95-118.
- Karver, M., Handelsman, J., Fields, S. & Bickman, L. A Theoretical Model of Common Process Factors in Youth and Family Therapy. *Mental Health Services Research*, 7, (1), 35-51.
- Karver, M., Shirk, S., Handelsman, J., Fields, S., Crisp, H., Gudmundsen, G. & McMakin, D. (2008). Relationship Processes in Youth Psychotherapy: Measuring Alliance, Alliance-Building Behaviors, and Client Involvement. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 16, (1), 15-28.
- Kazdin, A., Whitley, M. & Marciano, P. (2006). Child-Therapist Alliance and Parent-Therapist Alliance and Therapeutic Change in the Treatment of Children Referred for Oppositional, Aggressive and Antisocial Behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, (5), 436-445.
- Kerig, P., Schulz, M., & Hauser, S. (2012). *Adolescence and Beyond: Family Processes and Development*. Oxford: Scholarship Online.
doi:10.1093/acprof:oso/9780199736546.001.000
- Klein, M. (1934). Contribución a la psicogénesis de los estados maniáco-depresivos. En Melanie Klein (Ed.), *Obras completas* (267-295). Recuperado en <http://bibliotecadigital.apa.org.ar/greenstone/collect/revapa/index/assoc/19470403p0508.dir/REVAPA19470403p0508Klein.pdf>
- Konrad, M. & Jobes, D. (2011). *Building a Therapeutic Alliance with the Suicidal Patient*. Washington: American Psychological Association.
- Krauskopf, D. (2003). Los derechos y características de la preadolescencia y adolescencia. Costa Rica: UNFPA.

- Little, T., Henrich, C., Jones, S. & Hawley, P. (2003). Disentangling the “Whys” and the “Whats” of Aggressive Behavior. *International Journal of Behavior Development*, 27, (2), 122-133.
- López- Romero, L., González- Iglesias, B. (2011). Delimitando la agresión adolescente: Estudio diferencial de los patrones de agresión reactiva y proactiva. *Revista Española de Investigación Criminológica: REIC*, 9, 2-29.
- Lucio, E., Durán, C. & Heredia, M. (2014). Cuestionario de estrés para niños (CEN). Segunda versión. Material inédito.
- Lucio, E., Durán, C. & Heredia, M. (2015). Escala infantil de afrontamiento (EIA). Tercera versión. Material Inédito.
- Maroda, K. (2010). *Psychodynamic Techniques. Working with Emotion in the Therapeutic Relationship*. Nueva York: The Guildford Press.
- Megargee, E., Hokanson, J. (1976) *Dinámica de la agresión*. México: Trillas.
- Méndez, F. (2013). *Miedos y temores en la infancia. Ayudar a los niños a superarlos*. Madrid: Pirámide.
- Monahan, K. & Steinberg, L. (2011). Accentuation of Individual Differences in Social Competence During the Transition to Adolescence. *Journal of Research on Adolescence*, 21 (3), 576-585.
- Moreno, D., Ramos, M., Martínez, B. & Musitu, G. (2010). Agresión manifiesta y ajuste psicosocial en la adolescencia. *Summa Psicológica, UST*, 7 (2), 45-54.
- Norcross, J. (2011). *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness*. Oxford: University Press.

- Novelo, G. (2008). La psicoterapia integrativa multidimensional en el tratamiento de los trastornos de ansiedad. *Psicología Iberoamericana*, 16, (1), 44-51.
- Oaklander, V. (1992). *Ventanas a nuestros niños*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.
- Opazo, R. (2001). *Psicoterapia integrativa. Delimitación clínica*. Chile: Ediciones ICPSI.
- Ormhaug, S., Shirk, S. & Wentzel- Larsen, T. (2015). Therapist and Client Perspectives on the Alliance in the Treatment of Traumatized Adolescents. *European Journal of Psychotraumatology*, 6. doi: 10.3402/ejpt.v6.27705
- Ramírez, J. & Andreu, J. (2006). Agression and Some Related Psychological Constructs (Angry, Hostility and Impulsivity). *Neuroscience an Biobehavioral Reviews*, 30, 276-291.
- Pearlman, M., Schwalbe, K. & Cloltre, M. (2010). *Grief in Childhood: Fundamentals of Treatment in Clinical Practice*. Washington, D.C: American Psychological Association.
- Perner, J. (1991). *Understanding the representational mind*. Cambridge: The MIT Press.
- Pudney, W. & Whitehouse, E. (2014). *Adolescent Volcanoes. Helping Adolescents and their Parents to Deal with Anger*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Rachman, S. (2004). *Anxiety*. New York: Psychology Press.
- Robertson, M. (1995). *Psychotherapy Education and Training: An Integrative Perspective*. USA: International Universities Press, Inc.
- Rogers, C. (1965). The Therapeutic Relationship: Recent Theory and Research. *Australian Journal of Psychology*, 17, (2), 75-108. doi: 10.1080/00049536508255531.

- Rogers, C. (1976). *The Therapeutic Relationship and its Impact*. USA: Greenwood Press Publishers.
- Sacks, J. & Levy, S. (1967). *El test de frases incompletas*. Bellak Psicología Proyectiva.
- Safran, J. (2003). The Relational Turn, the Therapeutic Alliance and Psychotherapy Research. *Contemporary Psychoanalysis*, 39, (3), 449-475.
- Saltzman, C., Luetgert, M., Roth, C., Creaser, J. & Howard, L. (1976). Formation of a Therapeutic Relationship: Experiences during the Initial Phase of Psychotherapy as Predictors of Treatment Duration and Outcome. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 4, 546-555.
- Santibañez, P., Román, M. & Vinet, R. (2009). Efectividad de la psicoterapia y su relación con la alianza terapéutica. *Interdisciplinaria*, 26 (2), 267-287.
- Schaefer, C. (2012). *Fundamentos de terapia de juego*. México: Manual Moderno.
- Smith, S., Lochman, J., & Daunic A. (2005). Cognitive-Behavioral Interventions. *Behavioral Disorders* , 30(3), 227-240.
- Solloa, L. (2006). Los trastornos psicológicos en el niño: etiología, características, diagnóstico y tratamiento. México: Trillas.
- Tedeschi, R. (2010). *Psychotherapy: Goals and Techniques*. USA: Salem Press, Inc.
- Vítaro, F., Brendgen, M. & Barker, E. (2006). Subtypes of Aggressive Behavior. A Developmental Perspective. *International Journal of Behavioral Development*, 30 (1), 12-19.
- Wechsler, D. (2003). *Wechsler Intelligence Scale for Children WISC-IV*. USA: Psychological Corporation

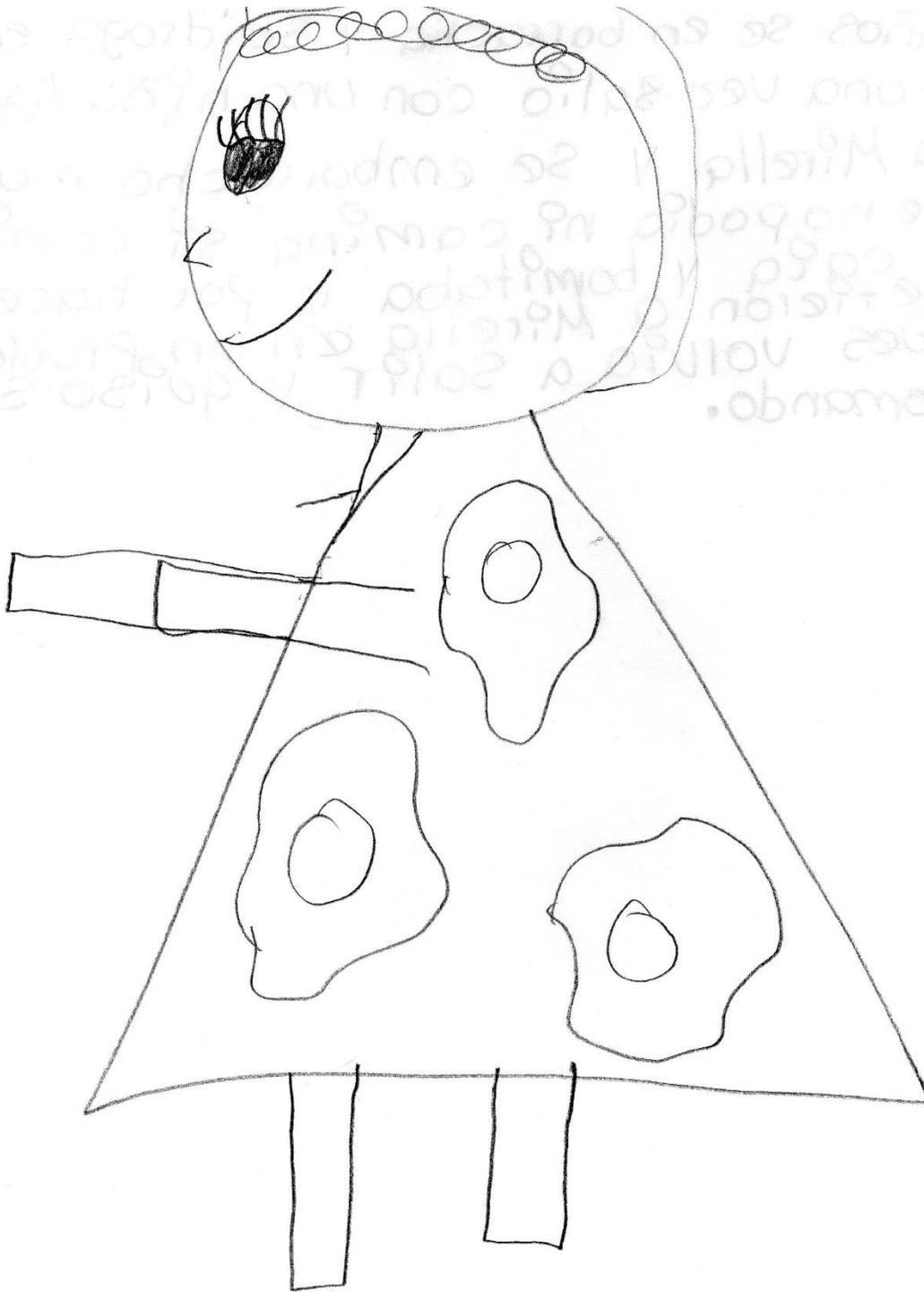
Weierstall, R., Hinsberger, M., Kaminer, D., Holtzhausen, L., Madikone, S. & Elbert, T. (2013). Appetitive Agression and Adaptation to a Violent Environment Among Youth Offenders. *Peace and Conflict: Journal of Peace Psychology*, 19, (2), 138-149

West, J. (2000). *Terapia de juego centrada en el niño*. México: Manual Moderno.

White, M. & Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós Ibérica.

Zack, S., Castonguay, L. & Boswell, J. (2007). Youth Working Alliance: A Care Clinical Construct in Need of Empirical Maturity. *Harvard Review of Psychiatry*. 15, 278-285.

ANEXOS



DFH



Árbol, Casa, Persona



Test de la Familia

Test de frases incompletas de Sacks

1. Carlitos era feliz cuando...
Cuando le hacían caso.
2. Nada le gustaba tanto como la...
La familia
3. Cuando Pancho sintió venir su maestro...
Le dio miedo.
4. Lo que más le agradaba a Roberto era...
Era... era... leer.
5. Lo que más quería Miguel era...
Jugar.
6. La hermana de Juan...
(Silencio)... La hermana de Juan... es grosera.
7. Memo se enoja cuando...
Le ponemos apodos.
8. Le tengo miedo a...
A nada... ¡Ah si! A todo.
9. Cuando le dijeron a Enrique que se fuera a su lugar...
Se enojó.
10. Lo que a Tomás le molestaba más era...
Que lo regañaran.
11. Yo quisiera ser como...
Mhhh.. como nadie.
12. Enrique está muy enojado porque...
Lo regañaron. ¡Ah! Lo sentaron en su lugar.
13. Pepe está intranquilo porque...
Porque... ¿presintió algo?
14. Juanito pensó con desagrado...
Con desagrado, ¿cómo? Con albur, o... (*le digo, con molestia, con enojo...*) Pensó con desagrado cuando le dijeron de cosas.
15. El motivo de que no se supiera lo que le preguntaban...
Silencio... secretos.
16. Pedrito piensa que los niños...
Son... groseros.
17. Cuando Juanito se da cuenta que lo hacen mejor que él...
Se enoja.
18. Cuando Rafael se daba cuenta de que lo hacían a un lado en las fiestas...

- Se sentía mal.
19. Cuando era chiquito...
Lo maltrataron.
20. Yo siempre traté...
De componerme.
21. Dándose cuenta que nadie lo iba a ayudar no...
No quiso poner él de su parte, tampoco.
22. Lo que más me ha ayudado hasta ahora...
Venir acá, a la UNAM. ¿No? A terapia.
23. Cuando Juanito hace algo mal...
Se pone al tú por tú... si lo regañan.
24. La familia de Alberto...
Mmmhh... es... más o menos.
25. Cuando estoy descansando me gusta...
Oír música.
26. Roberto sabe que le fue mal por...
Porque no trabajó y se portó mal.
27. Yo me siento...
Mmmhh.. de ninguna manera, bueno todas las veces al mismo tiempo.
28. Ramón gusta de...
Todo.
29. Nada es tan triste como...
Como... no sé como... nada es más triste como... la semana santa (*le pregunto qué es lo triste de la semana santa, me dice que le da miedo, porque su papá les hace ver la Pasión de Cristo el viernes santo y esa película está bien fea*).
30. No sabía cómo hacerle para...
Para estudiar, para componerme.
31. Federico no hubiera hecho nada por...
Por ayudarme a componerme.
32. Juanito sufría...
Mucho.
33. Beto hubiera podido haberlo hecho sin...
Ayuda.
34. Mi papá...
Es malo.
35. Jorge quedó triste después de...
De nada... de la semana santa... es que no sé...
36. Lo que más le gustaba a ella era...

- Oír música.
37. Siempre que decía algo que dice Roberto...
Silencio. ¿Cómo? (*Le repito la frase*) Algo de... de alguien, ¿No? Mmmhh.. se peleaban.
38. Mi mamá...
Es buena.
39. Se burlan de él porque su hermano...
Porque su hermano tiene síndrome de algo.
40. El estudio que más le gustaba era...
Todo.
41. Siempre deseaba...
Nada.
42. Se siente apoyado cuando...
Mmhh, cuando estoy con mi madre. Bueno, cuando está con su madre...
43. Juanito una vez se puso a pensar que él era muy..
Muy agresivo.
44. Ni saber que era peligroso...
Lo que estaba haciendo.
45. Pero no sabía que...
La agresión es mala.
46. No quiso decididamente hacer...
Nada.
47. Lalo quiere estar con...
Su mamá.
48. Es molesto...
Que te critiquen.
49. Rogelio teme...
A todo.
50. Juan quiere olvidar.
Nada.
51. Mi mayor preocupación...
Este... que pase algo malo.
52. Si yo...
Si yo... si yo me portara bien, ya hubiéramos cambiado (*le pregunto quiénes*), bueno, ya hubiera cambiado.
53. Juanito era mandado por...
Su padre.
54. Me gusta...
Todo... excepto el internet, porque también es peligroso.

55. La mayoría de mi amigos no saben que yo...

Tengo un problema.

56. Es penoso...

Decirlo... ¡Ah no! Nada.

57. Yo preferiría...

Decirlo.

58. No sé cómo llegué a ...

Mundo.

59. Lo peor de todo es que...

Mmmhhh....fui querido y maltratado.

60. Me sentía feliz cuando...

Estaba chiquito.

Si pudieras volver a nacer, y ser otra cosa (menos un ser humano) ¿qué serías y por qué?

Un animal... un elefante. Me gustan mucho.

¿Qué es lo que te gusta de los elefantes?

Todo. Su físico.

¿Cómo son los elefantes?

Color gris o plateado, grandotes, con 5 trompas, digo, 5 patas, y ya. Y porque están padres, y son bonitos. Mi animal favorito es el elefante.

WISC-IV

Escala Wechsler de Inteligencia para Niños-IV

Nombre del niño: _____

Examinador: Martha Barkley

Estimación de la edad del niño

	Año	Mes	Día
Fecha de evaluación	2014	11	26
Fecha de nacimiento	2002	02	15
Edad a la evaluación	12	9	11

Conversiones de puntuación natural total a puntuación escalar

Subprueba	Puntuación natural	Puntuaciones escalares			
Diseño con cubos	26	7	7	7	7
Similitudes	17	6	6	6	6
Retención de dígitos	16	9	9	9	9
Conceptos con dibujos	18	10	10	10	10
Claves	59	12	12	12	12
Vocabulario	31	8	8	8	8
Sucesión de números y letras	18	10	10	10	10
Matrices	22	9	9	9	9
Comprensión	20	8	8	8	8
Búsqueda de símbolos	23	9	9	9	9
(Figuras incompletas)	23	9	9	9	9
(Registros)	83	10	10	10	10
(Información)	17	9	9	9	9
(Aritmética)	25	12	12	12	12
Palabras en contexto (Pistas)					

Suma de puntuaciones escalares **22 26 19 21 88**

88

	Comprensión verbal	Razonamiento perceptual	Memoria de trabajo	Velocidad de procesamiento	Escala Total
Suma de puntuaciones escalares	22	26	19	21	88
Número de subpruebas	+10	+3	+3	+3	
Puntuación media	7.3	8.6			

* La media total se calcula a partir de las 10 subpruebas esenciales.

Cálculo de puntuaciones índice

Escala	Suma de puntuaciones escalares	Índice compuesto	Rango percentil	Intervalo de confianza de 95 %
Comprensión verbal	22	85	16	71-93
Razonamiento perceptual	26	92	30	83-100
Memoria de trabajo	19	97	42	90-108
Velocidad de procesamiento	21	88	25	74-102
Escala Total	88	90	25	85-95

Manual Moderno

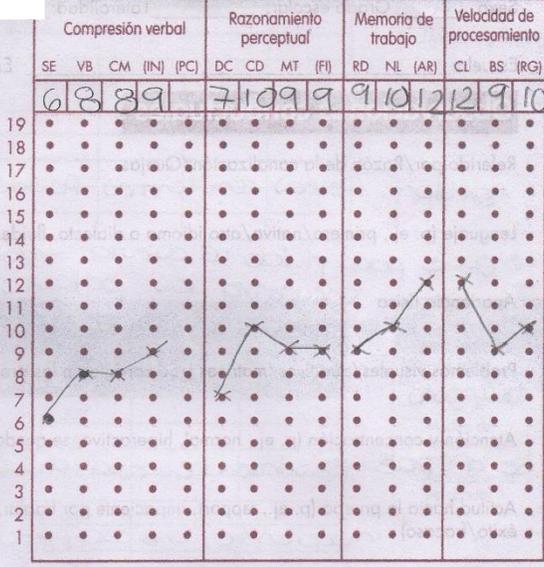
Traducción y adaptado con permiso. Copyright © 2003 por The Psychological Corporation, U.S.A. Traducción al Español copyright © 2005 por The Psychological Corporation, U.S.A. Elementos originales en Español Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V., México. D.R. © 2007 por Editorial Manual Moderno, S.A. de C.V., México. Todos los derechos reservados.

Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, almacenada en sistema alguno de tarjetas perforadas o transmitida por otro medio electrónico, mecánico, fotocopiado, registrado, escríptor o cualquier otro medio sin el consentimiento escrito de la Editorial.

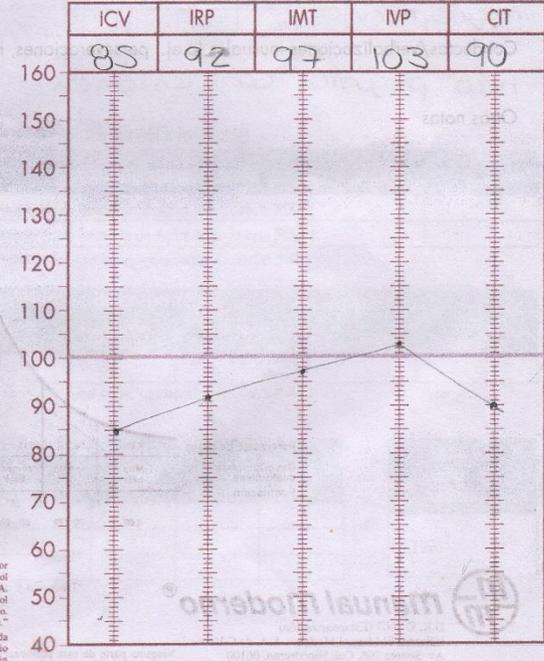
ISBN 970-729-262-8 (Protocolo de registro)
ISBN 970-729-261-X (Prueba completa)

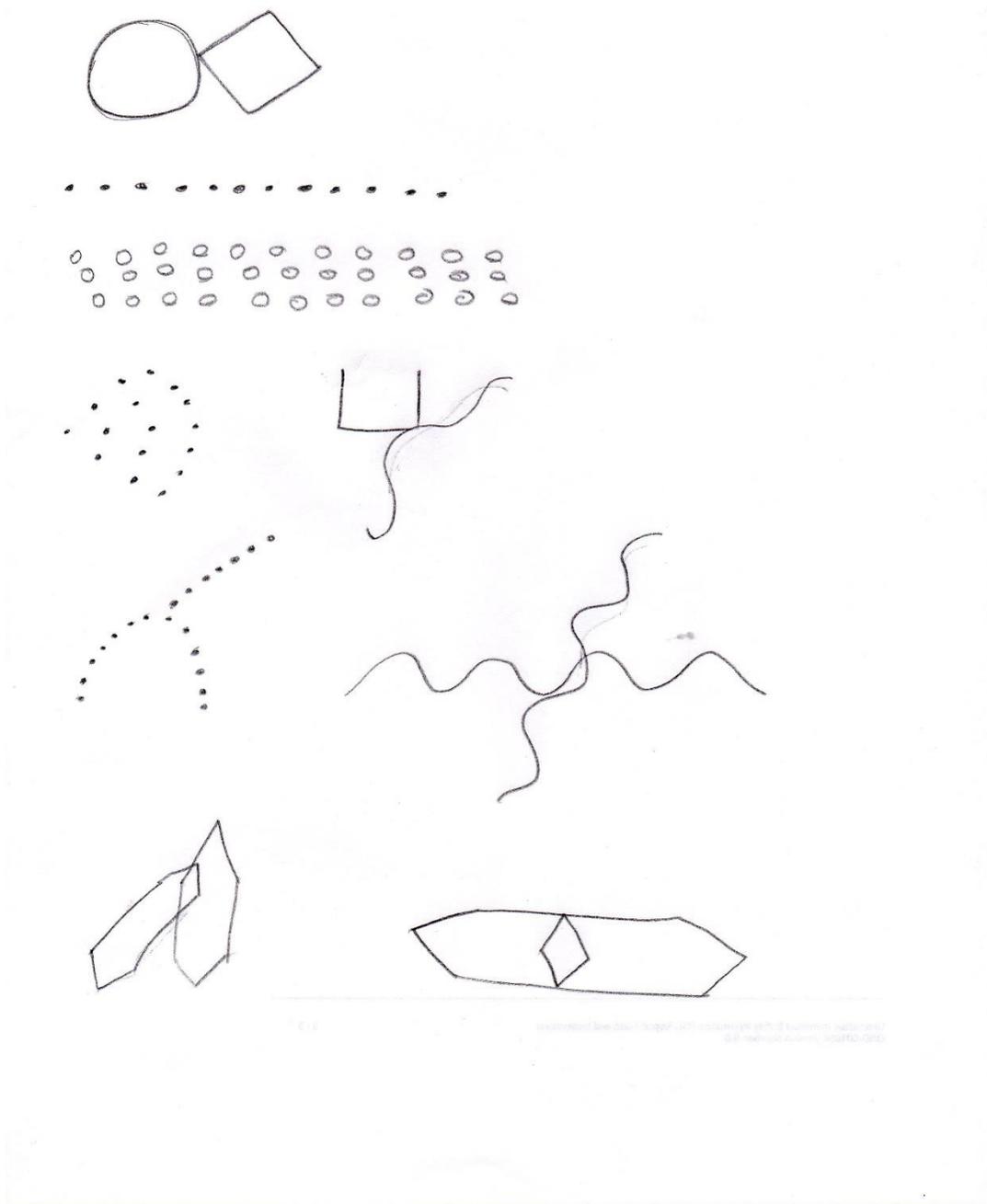
Protocolo de registro

Perfil de puntuaciones escalares de subprueba



Perfil de puntuaciones compuestas





Test Gestáltico Visomotor de Bender

PROTOCOLO DE EVALUACIÓN DE LA PRUEBA DE BENDER
SISTEMA DE LA DRA. PATRICIA LACKS

Nombre: _____ Edad: 13 Sexo: Masculino
Escolaridad: 8 Secundaria Ocupación: Estudiante

OBSERVACIONES CONDUCTUALES:

- Evidencia de fatiga
- Insuficiente atención a los estímulos
- Ejecución excesivamente rápida y descuidada
- Cuidado y reflexión extremas
- Expresa insatisfacción por haber realizado malas reproducciones, o intentos repetidos por corregir los errores (sin lograrlo)
- Pobre coordinación motora o temblor de manos
- Rotación de la tarjeta (En las figuras) _____
- Se aprecia que el evaluado tiene dificultad para ver las figuras

Otros comentarios: Menos ansioso de lo usual. Comentarios de que era sencillo.

Tiempo de Realización: 7 minutos

LISTA DE INDICADORES:

- 1. Rotación
- 2. Dificultad en la Superposición
- 3. Simplificación
- 4. Fragmentación
- 5. Regresión
- 6. Perseveración
- 7. Colisión o Tendencia a la Colisión
- 8. Impotencia
- 9. Dificultad en el Cierre
- 10. Incoordinación Motora
- 11. Dificultad en la Angulación
- 12. Cohesión

Tiempo de realización: mayor a 15 minutos

Puntaje Total |

Diagnóstico

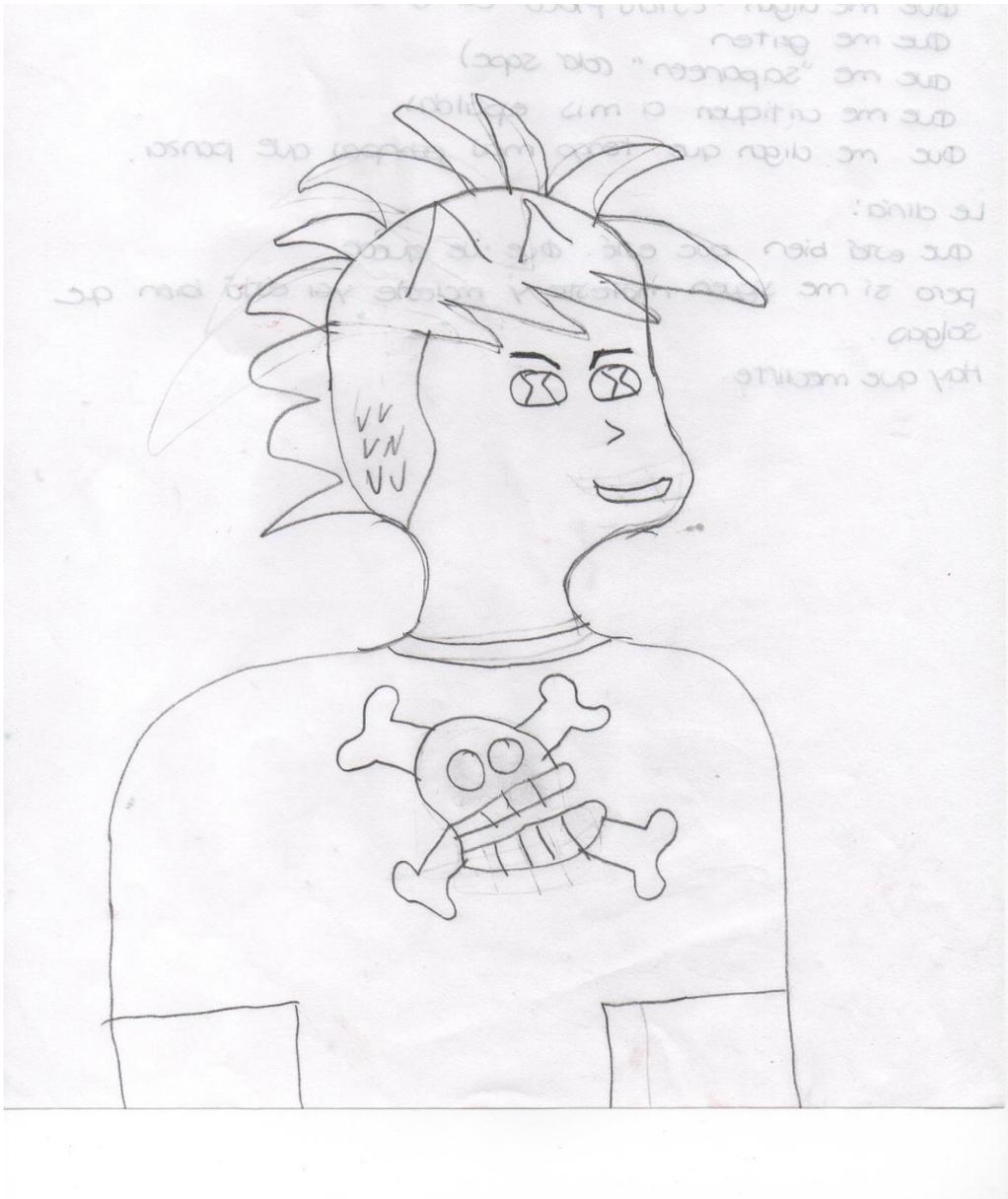
Elaboró: Patricia Alicia Berkeley Zuñiga

Fecha: 20/May/2015

No cumple con indicadores de daño orgánico.
No hay penalización por tiempo.



Sistema Planetario: Juego Familiar



Dibujo: El enojo de Alan



Dibujo: Los miedos de Alan