

## Consideraciones Generales para la Terapia Cognitiva con Adolescentes

*Lic. Javier Mandil*

*Publicado originariamente en [depsicoterapias.com](http://www.depsicoterapias.com), julio del 2008.  
<http://www.depsicoterapias.com/articulo.asp?IdSeccion=11&IdArticulo=406>*

*Resumen: La Terapia Cognitivo Comportamental es un marco de trabajo eficaz para la comprensión y el abordaje de variados trastornos psicopatológicos en la población adolescente. Sin embargo, las transiciones críticas a niveles cognitivos y vinculares en esta etapa, requieren, al menos, dos importantes consideraciones al aplicar el modelo con esta población clínica: realizar operaciones que enriquezcan la alianza terapéutica a cada momento del proceso e incluir los poderosos determinantes contextuales en la conceptualización del caso y las estrategias de tratamiento.*

### 1) Introducción: De la teoría a la práctica en la TCC con Adolescentes

La terapia cognitiva aporta lineamientos epistemológicos y metodológicos óptimos para el abordaje y la comprensión de las problemáticas suscitadas en esta etapa crítica del desarrollo vital.

En cuanto al abordaje es uno de los marcos que provee protocolos basados en la evidencia para una multiplicidad de trastornos (Pérez Álvarez, Fernández Hermida, Fernández Rodríguez y Amigo Vázquez, 2003)

En cuanto a la comprensión ofrece conceptualizaciones actuales sustentadas en las teorías del procesamiento de la información y la construcción evolutiva del significado, claves para entender el desarrollo dinámico del self en relación a un entorno cambiante.

Desde esta perspectiva, el yo psicológico debe superar la dialéctica entre el cambio y la estabilidad en una etapa en que el cuerpo biológico se desarrolla sexualmente y adopta formas adultas, las relaciones sociales se expanden en diversidad y los valores y creencias constituidas a partir del grupo primario se contrastan con experiencias novedosas y múltiples relatos alternativos socialmente construidos.

Las necesidades del individuo evolucionan: ser aceptado por un grupo de referencia externo a la familia se hace imperioso, las expectativas de autoeficacia en áreas socialmente valoradas (estudio, deportes, habilidades de interacción) juegan un papel crítico y autovalorarse en relación al atractivo físico y sexual adquieren un papel clave.

Así mismo, la dependencia socio-afectiva y económica respecto a los padres aún se mantiene, al tiempo que las necesidades de exploración autónoma aceleradamente se acrecientan.

Esta importante paradoja constituye una conflictiva nodal que circunda a un amplio porcentaje de los motivos de consulta.

Desde los planteos de Beck (Beck; Rush, Shaw y Emery, 1979) revisados por Young (1994), entre otros, consideramos que la identidad se basa en creencias y supuestos nucleares que definen al si mismo en relación a los otros.

En pos de otorgar una consistencia mínima al universo de experiencia, estos supuestos básicos deben necesariamente ser incondicionales y poco cuestionables o rebatibles.

Ante los desafíos evolutivos de la adolescencia, la dialéctica entre el cambio y la estabilidad presente en todo ser humano (Mahoney, 1990) se desarrolla a partir de la confrontación cruenta de tésis y antítesis, procesando la experiencia a partir de filtros idiosincráticos como el pensamiento dicotómico, la abstracción selectiva, las generalizaciones, magnificaciones y minimizaciones cotidianamente observables en la clínica.

En un paralelismo con la teoría del conocimiento, desde la perspectiva de Lakatos (1983), se tratarían de heurísticas negativas, vale decir de operaciones destinadas a codificar como meras anomalías a las experiencias plausibles de contradecir los "núcleos duros epistémicos" de las teorías que auto definen al adolescente.

Los trastornos de mayor prevalencia en esta población abarcan áreas relativas a la conducta e impulsividad y al estado del ánimo (Lewinsohn, Hops, Roberts, Seeley y Andrews, 1993).

La etiología y manutención de los mismos están fuertemente determinadas por estrategias interpersonales de resolución de problemas desadaptativas y modalidades idiosincráticas de procesamiento de la información.

En estas situaciones el joven paciente presenta al clínico cognitivo una teoría frágil acerca de su self, que defiende encarnizadamente ante un contexto de transiciones críticas.

Por lo tanto, resultaría beneficioso que en su abordaje metodológico el terapeuta considerase los siguientes criterios:

-Realizar operaciones que fortalezcan la alianza, permitiendo establecer al terapeuta como un locus de cuestionamiento y diálogo confiable, no amenazante y emocionalmente significativo.

-Debido a que la dialéctica entre estabilidad y cambio del self, se desarrolla en el pasaje crítico entre el grupo primario y los grupos sociales más amplios (que incluyen los pares, docentes, ídolos, modelos varios) se deben incluir los poderosos determinantes contextuales en el diagnóstico y la conceptualización del caso, e intervenir de ser necesario, apuntando a la inclusión y participación de figuras significativas clave en el proceso terapéutico.

## **2) La alianza terapéutica, una base segura**

Autores de diversas líneas teóricas coinciden en que el desarrollo y establecimiento de una buena alianza es, en el tratamiento con pacientes en esta etapa evolutiva, uno de los principales predictores de efectividad potencial. (Bertolino, 2006)

Si pensamos en la importancia que tiene para el modelo cognitivo la construcción de un vínculo colaborativo, que implique la participación activa del paciente y el acuerdo respecto a medios y objetivos de la terapia, de considerar a la alianza como un factor inespecífico deberíamos pensar las especificidades técnicas que el modelo cognitivo comportamental requiere para establecer con la población infanto juvenil una relación de empirismo colaborativo.

### *a) negociación de problemas, objetivos y medios:*

Generalmente el adolescente es enviado a terapia por los padres o instituciones encargadas de su educación y cuidado. La definición por parte de los adultos de lo que "no funciona" en

el paciente y lo que necesita lograr para mejorar, suele contrastar fuertemente con las preconcepciones del joven respecto a valores, metas y expectativas relacionales. Sin embargo, un saludable prejuicio terapéutico puede ser útil como piedra fundamental de una negociación:

Si los adultos a cargo lo atosigan con quejas, reprimendas y llegaron al punto crítico de inducirlo a concurrir a un terapeuta, algo de esta situación a nuestro interlocutor le debe molestar.

Preguntas como "más allá de lo que digan tus padres me gustaría saber que te molesta a vos o que querés lograr", la validación emocional seguida de preguntas acerca de una definición inicial externa del problema "debe ser un plomo todo este lío...que te traigan a un terapeuta a la fuerza...debe ser difícil convivir con tus padres en esa situación....¿cómo te afecta?" abre el camino inicial para ubicar al terapeuta como un aliado potencial que establece un intercambio empático y no amenazante. El adolescente traído a consulta, muchas veces llega desganado y/o molesto. Sintonizar al principio con la usual explicación externa de los eventos negativos (Seligman, 1998) , para luego dar paso a suaves reestructuraciones desarrolladas con cuidadoso timing, permite reubicar, en manera paulatina, el locus de control (Rotter, Chance y Phares, 1972).

El sucesivo cuestionamiento pragmático "y cómo enfrentás estas actitudes de tus papás", "qué te gustaría lograr", "lo lograrás de esa manera" establece el terreno, incluso, para un consenso inicial respecto a los medios de la terapia: "te gustaría que pensemos e investiguemos juntos otras maneras más exitosas para lograr lo que querés?".

Otras herramientas eficientes para construir en manera conjunta un objetivo a trabajar son las "preguntas del milagro" o las "preguntas de escala" descriptas por autores diversos en terapia breve (De Shazer, 1986; Selekman, 1996).

"Si esta noche mientras dormís ocurre un milagro ¿Qué cosas serían diferentes en tu vida cuando despertases?"

"¿Cómo está tu vida del 1 al 10? ¿X? ¿Qué tiene que pasar para llegar a X más 1?"

Si bien estas últimas estrategias fueron ampliamente descriptas en literatura propia del paradigma sistémico, su reconceptualización desde perspectivas referentes al procesamiento de la información es sencilla: amplifican la disonancia entre la descripción de un estado actual de situación y un estado deseado. Según Festinger (1957), dicha contradicción entre ideas, creencias, expectativas favorece la apertura a información novedosa, vale decir intensifica la motivación al cambio en los seres humanos.

Y las operatorias motivacionales se encuentran entre las principales motorizadoras de un proceso terapéutico con adolescentes.

#### *b) Humor, intereses y valores: la sintonía fina*

De acuerdo a Maturana y Verden Soller (1994), dado que los organismos complejos conservamos nuestra autonomía en una clausura operacional respecto al medio, para que se establezca el vínculo –o en palabras de los autores un “acople estructural”- con elementos significativos del contexto-, debe desarrollarse una coordinación recursiva en los patrones de interacción. Utilizando una metáfora cotidiana, las relaciones se desarrollan cuando las piezas del rompecabezas interactivo de un yo y un otro encajan.

El adolescente utiliza en sus vínculos cotidianos el humor, el desafío y la ironía. Argots característicos a su micro cultura, referencias a "tribus urbanas" que refuerzan su noción de pertenencia.

El terapeuta puede adoptar algunos de estos giros lingüísticos, conversar sobre intereses compartidos e indagar con curiosidad genuina respecto a formas sociales, costumbres y actividades que desconoce en pos de potenciar el encuentro.

En tanto la conversación terapéutica se sustenta en metáforas, imágenes y expresiones cercanas al universo de experiencia y/o fantasía del adolescente, la motivación del mismo para el intercambio se incrementa (Bunge, Gomar y Mandil, 2007).

Operaciones de elevado nivel de abstracción como la toma de perspectiva descentrada o el razonamiento consecuencial, pueden propiciarse a partir de exageraciones irreverentes o elementos fantásticos en el diálogo socrático:

-“Imaginate que es el año 2030, tu hijo de 15 te anuncia que se va de gira por dos días a la disco de moda en Rosario...¿lo tomarías con tranquilidad? ¿Te preocuparías?”

-“Imaginate que un cataclismo inter-dimensional te deposita en otra galaxia. Para volver a la tierra, los alienígenas te obligan a ejercer de psicóloga durante dos días. Te viene a ver una chica de 16 con problemas parecidos a los tuyos...¿vos que le recomendarías?”

-“Me parece fascinante tu valentía para poner en su lugar a los profes autoritarios sin importar las consecuencias. ¿Pensaste en enseñarle buenos modales a los hinchas de Boca cuando vas a la cancha?”

Que el terapeuta espeje el estilo interactivo del paciente, acrecienta el potencial inductivo e intensifica el vínculo (Grinder y Bandler, 1994). Dicho espejamiento ha de ser, sin embargo, parcial. Al adolescente no le pasa desapercibido que el terapeuta es un adulto, e inclusive espera encontrarse con uno en el lugar del consultor. Lo que suele producirse en las mejores alianzas terapéuticas es la posición co-construida del intermediario generacional: el terapeuta es un adulto que orienta pero no obliga; que señala ciertos límites pero que dialoga socráticamente respecto a los mismos; que sintoniza y comprende, hasta cierto punto, un estilo interpersonal y una visión del mundo en un nivel de disonancia óptimo para la experiencia reestructurante (Baringoltz, 2000)

### *c) Transparencia, autenticidad y aceptación radical*

Carl Rogers (1957) había descripto estas características del terapeuta como condiciones suficientes para que la auto actualización del consultante se desarrolle en proceso. En el trabajo con trastornos psicopatológicos, desde el modelo cognitivo comportamental, el terapeuta adquiere un rol más educativo y directivo en el tratamiento siendo, sin embargo, las condiciones establecidas por las perspectivas humanísticas un marco necesario para la intervención.

Aceptar al adolescente, desde el modelo cognitivo, implica la suspensión del juicio en base a categorías morales o normativas, respecto a sus conductas, pensamientos y emociones para ser valoradas respecto a su funcionalidad y utilidad pragmática.

De Giuseppe y Ellen Li (1999) plantean, en relación al tratamiento de niños y adolescentes impulsivos, que gran parte del cuestionamiento socrático debe orientarse a permitir que el paciente reevalúe las consecuencias inmediatas de sus actitudes.

En tanto los conceptos de justicia, convivencia y bien común apenas comienzan a establecerse en el estadio operatorio formal (Piaget e Inhelder, 1993), el adolescente suele evaluar las circunstancias interpersonales conflictivas a partir de criterios rígidos y dicotómicos. La recomendación de Di Giuseppe et al, podría por tanto reconsiderarse como un criterio general para orientar el dialogo en la mayor parte de los tratamientos con pacientes en esta franja evolutiva.

Nuestras preguntas deberían organizarse en torno al desarrollo del pensamiento consecuencial y la perspectiva descentrada: "que resultados obtuviste cuando reaccionaste así", "lograste lo que querías", "que te hubiese gustado lograr", "pensar en esas situaciones que tus amigos son falsos, que emoción te produce", "como te lleva a reaccionar esa emoción", "si vos estuvieses en el lugar de tu amigo, que sentirías ante semejante reacción", "y que harías en su lugar".

Los manuales de tratamiento para trastornos psicopatológicos en la adolescencia describen una secuencia de intervenciones validadas, pero el timing, ritmo y oportunidad de aplicación de las mismas sigue dependiendo de la evaluación del vínculo interpersonal realizada por el consultor a cada momento del proceso.

Es fundamental, en el tratamiento de esta población pensar al movimiento terapéutico como un baile en dos pasos que se alternan constantemente: validación y resolución de problemas (Linehan, 1992 )

Existen momentos de alta activación emocional suscitados ante las crisis y conflictos típicos en esta etapa. La emisión de enunciados validantes provee un marco regulatorio interpersonal que abre el camino para subsiguientes intervenciones reestructurantes. Dichos enunciados abarcan desde la simple resonancia emocional "esto debe estar enojándote" hasta formulaciones más complejas en las que el terapeuta transmite una hipótesis de la perspectiva del paciente determinada por sus pensamientos, emociones, historia de aprendizajes y configuraciones relacionales en las que participa "si mis padres actuasen así, probablemente pensaría de esa manera y me daría miedo cambiar". Incluso las autorevelaciones, estratégicamente dosificadas, pueden ser un recurso óptimo en la transmisión de esta validación. Que el terapeuta comente la vivencia de dilemáticas semejantes a las del paciente en ciertos momentos de su vida, incrementa la percepción de aceptación por parte del paciente y favorece el modelado coping (Bandura, 1990), vale decir, ofrece al terapeuta como un modelo falible que aprende continuamente cometiendo errores inevitables.

El paciente, así mismo, se mantiene atento a los signos que confirmen o refuten el lugar de confianza adjudicado al terapeuta. Debido a que para la resolución de problemas habituales en este tipo de consultas, solemos necesitar trabajar junto al adolescente y su familia, corremos el peligro constante de suscribir a versiones parciales de discursos antagónicos (padres versus hijos) y compadecernos o sobreinvolucrarnos respecto a uno de los actores en la conflictiva. En el trabajo con los adolescentes y sus familias, las alianzas y coaliciones cruzadas, cuando se suscitan en manera impulsiva y automática, son un peligro fundamental que puede enrarecer el vínculo de trabajo.

El profesional tratante debe automonitorear sus pensamientos, conductas y emociones en circunstancias críticas del tratamiento, a fin de poder alternar su apoyo, ya sea hacia el adolescente o a uno o ambos padres o mantener posiciones neutrales en las conflictivas de acuerdo a las necesidades estratégicas del proceso. (Levy y Wilner, 2000).

En este sentido es importante mantener, en tanto sea posible, la confidencialidad respecto a los temas específicos tratados junto al joven.

Solamente en circunstancias en que la seguridad y/o la salud de nuestro paciente esté en juego, o en que la transmisión de ciertos contenidos pudiese optimizar la convivencia entre nuestro paciente y su familia, la información crítica ha de ser compartida con los adultos responsables. Pero aún en estas situaciones, discutir previamente con el adolescente la necesidad de esta transmisión, como condición de la continuidad de un trabajo eficaz, es una ratificación de la confianza fundamental que sustenta el proceso.

Si en terapia cognitiva con niños, los padres son co-capitanes del equipo terapéutico (Friedberg y Mc Clure, 2002) en el trabajo con adolescentes son estos últimos quienes acreditan la jefatura compartida.

Los adultos son, la mayor parte de las veces (con la excepción de casos que involucran graves conductas impulsivas y/o oposicionismo extremo), una suerte de asesores honorarios cuya participación en el proceso el joven paciente tiende a aceptar como necesaria.

### **3) Los personajes significativos y el terapeuta como intercomunicador contextual**

Resulta notable el hecho de que múltiples protocolos para el tratamiento de trastornos típicos en la adolescencia incorporen un módulo de entrenamiento en habilidades de negociación y resolución interpersonal de problemas.

Pueden destacarse en esta línea los orientados a Trastornos de Conducta (Barkley, Edwards y Robin, 1999; Greene y Ablon, 2006), el programa de Terapia Cognitivo Conductual para la Depresión en la Adolescencia (Clarke, Lewinsohn y Hyman, 1990), y la Terapia Interpersonal para adolescentes con Depresión (Mufson y Moreau, 1999)

Esto se debe a que, conceptualizado desde una perspectiva evolutiva y contextual, gran parte del malestar psicológico en esta población clínica se origina, al menos parcialmente, en el afrontamiento desadaptativo de conflictos interpersonales con padres y tutores, docentes y otras figuras de autoridad y miembros del grupo de pares. (Howard, Barton, Walsh y Lerner; Toth y Cicchetti, 1999).

Acordando con estos planteos, Mendez Carrillo y cols (2003), afirman: "Desde una perspectiva conductual, la reafirmación de la independencia complica la relación padres-adolescente. Por este motivo se deben entrenar habilidades de comunicación, negociación y resolución de conflictos".

Estos datos sugieren que, ante el pedido de consulta por parte de pacientes en esta franja evolutiva, el clínico debe considerar, en la conceptualización del caso:

¿hasta que punto determinadas figuras significativas en los contextos de referencia colaboran, mediante estrategias comunicacionales desadaptativas, en la manutención de los problemas?

En pos de optimizar resultados, generalizar el entrenamiento en habilidades comunicacionales a los familiares y otras personas significativas, aumenta las probabilidades de éxito terapéutico.

Ensayar, por ejemplo, la negociación de alternativas ante un desacuerdo concreto en la entrevista con padres e hijos, abre el camino hacia oportunidades experienciales de cambio. Con mis compañeros del Equipo de Terapia Cognitiva Infanto juvenil, en una adaptación del tratamiento para chicos explosivos (Greene y Ablon, 2006), habíamos agrupado bajo el acrónimo *E.P.A.!* los pasos de negociación que solemos entrenar en familias con el objetivo de favorecer la resolución de conflictos interpersonales. (Bunge, Gomar y Mandil, 2008)

En un breve resumen podemos destacarlos para la ocasión:

**Empatía:** que el adulto comience el diálogo transmitiendo descripciones empáticas en las que apunta a reflejar el estado emocional que afecta al adolescente al momento del conflicto, provee un efecto regulador que establece la temperatura emocional adecuada para la negociación. "Entiendo que esto te enoja..."

**Problemas:** definir la inquietud, preocupación o contrariedad percibida por cada una de las partes, a la manera de conductas y/o eventos situados en el presente, específicos y

concretos, favorece el consenso operativo respecto a una dificultad plausible de ser resuelta en manera cooperativa.

"me preocupa que dejes para ultima hora el estudio porque hacia la noche rendís menos"

Alternativas: Invitar al adolescente a participar en un brainstorming de opciones y posibles cursos de acción, que satisfagan al menos parcialmente a ambas partes, abre el camino para la consolidación de acuerdos.

"Se me ocurre que partamos la diferencia: una hora de estudio y luego tele...¿se te ocurre alguna otra alternativa?"

Greene y Ablon (2006) destacan que, si bien este paquete de habilidades está demostrando su eficacia en el tratamiento de las reacciones explosivas en la población infanto juvenil, la investigación de su utilidad en el trabajo con otro tipo de problemáticas se encuentra en curso.

Entre tanto, numerosos reportes clínicos sugieren que, a medida que el adolescente, su familia y otros personajes significativos incorporan estas estrategias, las expectativas de autoeficacia y los recursos de autorregulación emocional del paciente tienden a incrementarse.

Incluso, en los casos más exitosos, el adolescente llega a participar como un activo negociador en la programación de contingencias comportamentales entendiendo que, por ejemplo, el incremento de sus privilegios y libertades guarda una relación directa con el desarrollo de conductas más responsables.

#### **4) Caso Clínico: La Hinchada de Mateo**

Carolina (39), acude a consulta junto a su pareja, Juan Carlos (52), debido a que desde hace aproximadamente cuatro años su hijo Mateo (13) presenta dificultades escolares y accesos de enojo en los cuales llega, incluso, a atacar a golpes a sus familiares.

Desde muy pequeño manifestaba síntomas de inatención, hiperactividad y desorden.

Así mismo, oscilaciones anímicas esporádicas, a partir de las cuales alternaba episodios de abulia, disforia y aislamiento con períodos eutímicos.

La madre me requeriría la recomendación de un nuevo psiquiatra tratante.

Realizo la derivación a un profesional con el que suelo trabajar, quien me ayuda a precisar el diagnóstico presuntivo: Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.

El joven transitó por diversos tratamientos psiquiátricos y psicoterapéuticos sin lograr demasiados resultados: Al inicio del tratamiento con el nuevo equipo, en el colegio se llevaba la casi totalidad de materias y estaba a punto de ser suspendido por sus múltiples peleas a golpes con los compañeros.

El padre biológico de Mateo, Rodrigo (37) es deportista profesional, lo ve de manera esporádica y sostiene serios conflictos con Carolina, en los que median instancias judiciales, por desacuerdos respecto a la cuota alimentaria y el régimen de visitas.

Al momento de la consulta, Mateo había presentado un episodio de agresividad hacia su madre, a quien le propinó una patada momentos después de una discusión.

Al realizar un análisis conductual y contextual de los determinantes de este ultimo episodio se descubre que Mateo, ese día, había tenido un encuentro con el padre. Rodrigo le contó lo que a su criterio era "la verdad sobre la relación entre mamá y papá".

En esta versión, había descripto a la madre como una esposa desinteresada y poco afectiva respecto a la cual no había tenido otra opción que separarse.

Cuando Mateo increpó a la madre pidiendo explicaciones al respecto, Carolina reaccionaría desmedidamente, gritando: “No te voy a permitir que vengas con este tipo de mentiras”.

En ese momento preciso, el joven respondió al grito con violencia física.

Se aprovechó la oportunidad para entrenar a Carolina en estrategias destinadas a “salir del conflicto” ante una escalada de violencia y posterior comunicación asertiva en momentos adecuados.

Este tipo de situaciones se habían repetido en múltiples oportunidades. En pocas entrevistas se hizo evidente que episodios similares ocurrían en casa del padre cuando la madre le daba su “verdadera versión de la historia”.

En subsiguientes encuentros con ambos padres biológicos, se llegó al acuerdo de que evitasen todo lo posible hacer participar al muchacho en sus conflictos.

Así mismo, se trabajó con la madre la administración de contingencias utilizada cuando Mateo presentaba estos exabruptos. Se recomendó evitar los castigos para trabajar con consecuencias a predominio reforzantes ante el logro: tiempo extra de televisión y computadora, salidas especiales, etc a medida que lograba controlarse y expresar sus desacuerdos en manera adecuada. Así mismo, se recomendó la incondicionalidad de las muestras de afecto provistas más allá de la conducta de Mateo: los padres deberían, alternadamente, invertir un tiempo especial compartiendo con el joven los intereses del mismo.

En entrevistas iniciales con Mateo me impresionó el aspecto taciturno del joven. Este me describió espontáneamente sus principales preocupaciones: “Mis viejos me confunden...a veces creo que mi mamá es la que tiene la culpa de lo que pasó y siento mucha bronca”.

Atendiendo a los intereses del muchacho (se está entrenando en fútbol, siguiendo la carrera del padre) procedo a psicoeducarlo:

“En una separación ambos bandos tienen sus razones. Si vos le preguntas a tu viejo y a tu vieja porqué se separaron, cada uno te va a dar una versión de la historia. ¿Porqué los jugadores de fútbol no relatan el mismo partido que están jugando?”, le pregunto.

Mateo, me contesta: “Porque es difícil que te puedan relatar un partido mientras están metidos en la cancha...tiene que relatar alguien de afuera”

“Exacto”, le contesto. “Alguien de River te hablaría de lo bien que juega River y alguien de Boca lo bien que juega Boca”

“Mis viejos son como River y Boca, entonces?”, me pregunta Mateo.

“Probablemente”, le contesto

“Y quien es el relator?”, pregunta

“En los divorcios no hay relator objetivo, Mateo. Más bien tenés que dejar que ellos jueguen su partido y pensar si te conviene meterte. ¿Cómo te sentiste la última vez que tu viejo te contó acerca de sus líos con tu mamá?”.

El joven se retiró de la entrevista meditando respecto al problema.

En sucesivas sesiones me comentaría que se dió cuenta que no era asunto suyo “meterse en el partido de los padres” y empezamos a trabajar formas asertivas de pedirles a Rodrigo y Carolina que no le requiesen “tomar partido” en casos en que, impulsivamente, lo introdujesen en sus conflictos.

En este proceso la madre me reportaría mejorías en el comportamiento de Mateo que serían reforzadas. El padre, sin embargo, aumentó los intervalos entre sus encuentros con el hijo.

A mi invitación reiterada a entrevistas vinculares, Rodrigo respondería con evasivas.

A los dos meses de tratamiento Mateo sería expulsado de su colegio debido a otra pelea a golpes con un compañero que se burló.

La madre se ocupó con energía de buscarle otro colegio.

En entrevistas conjuntas entre madre e hijo, Mateo aseguró con sinceridad su voluntad de aprender de esta lamentable experiencia.

Programamos conjuntamente, generando acuerdos entre Mateo y Carolina, un régimen de contingencias de acuerdo al tiempo diario que Mateo invertiría en sus estudios. Se premiaría el esfuerzo en vez de los resultados académicos puntuales que obtuviese el joven. Mateo se llevaría ocho materias a diciembre, pero con la ayuda de Carolina y de profesores particulares pasaría de año.

El joven me comentaría alborozado en esta circunstancia: “Jugué un buen partido. Pero tuve una buena hinchada de parte de mamá y de Juan Carlos (pareja de la madre)”.

En cuanto a mis propuestas de revinculación con el padre, Mateo hasta la fecha prefiere rechazarlas: “Estoy más tranquilo cuanto menos lo veo. Me llena demasiado la cabeza”.

Evaluando en una balanza los logros y los objetivos pendientes del proceso terapéutico, recuerdo una vez más un aforismo fundamental para nuestra disciplina:

*Cuando salimos a la cancha, si queremos conseguir resultados, lo ideal es enemigo de lo posible.*

## **5) Conclusiones: el 85 % de efectividad potencial**

En el presente artículo se presenta al modelo cognitivo comportamental como un marco óptimo para conceptualizar e intervenir sobre los trastornos psicopatológicos usuales en la adolescencia.

Los factores inespecíficos tienen especial incidencia en los resultados de una psicoterapia dirigida a adolescentes. Algunos autores (Bertolino, 2006) relegan a un escueto 15% de incidencia a las técnicas específicas prescriptas por modelos terapéuticos. Polémicas aparte, consideramos que ciertas especificidades técnicas son requeridas en el manejo de variables como la alianza terapéutica, el potencial inductivo y los recursos contextuales de los consultantes.

La adaptación del formato de las intervenciones a los intereses del paciente y particularidades de su desarrollo evolutivo, incrementa las probabilidades de éxito en el proceso (Bunge, Gomar y Mandil, 2008).

Pero dos grandes consideraciones han de ser tenidas en cuenta al implementar la TCC con adolescentes: la intervención activa en pos de establecer y enriquecer la alianza terapéutica y la incorporación al proceso terapéutico de las figuras claves que participan en los múltiples contextos que circundan los problemas.

## **Bibliografía:**

- Bandura, A. (1990). Modelo de Causalidad en la Teoría del Aprendizaje Social. En Cognición y Psicoterapia. Mahoney M, Freeman A. comps. Paidós. Buenos Aires
- Baringoltz S. (2000) Integración de aportes cognitivos a la psicoterapia en S Baringoltz. Integración de aportes cognitivos a la psicoterapia. Lumiere. Buenos Aires
- Barkley R., Edwards G. y Robin A. (1999). Defiant Tennes: A Clinicians Manual for Assessment and Family Intervention. The Guilford Press. New York
- Beck A., Rush A., Shaw B., Emery G. (1979) Cognitive Therapy of Depression. Guilford. New York

Bertolino B. (2006) *Terapia Orientada al Cambio con adolescentes y jóvenes*. Paidós. Barcelona

De Shazer S, (1986), *Claves para la Solución en Terapia Breve*, Ediciones Paidós Ibérica, Barcelona

Bunge E., Gomar M. y Mandil J. (2007) *Implementación de Metáforas en la Clínica Cognitiva con Niños*. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*. 3, 12

Bunge E., Gomar M. y Mandil J. (2008) *Terapia Cognitiva con Niños y Adolescentes*. *Aportes Técnicos*. Akadia. Buenos Aires

Di Giuseppe y Ellen Li C. (1999) *Treating Aggressive Children with Rational Emotive Behaviour Therapy*. en S. Russ y T. Ollendick. *Handbook of Psychoterapies with Children and Families*. Kluwer Academic Plenum Publishers, New York

Festinger, L. (1957). *A Theory of Cognitive Dissonance*. Stanford University Press. Stanford

Gallacher P. (2007) *Terapia Cognitiva con adolescentes*. Montaña Rusa en S. Baringoltz y R. Levy (comps) *Terapia Cognitiva. Del dicho al Hecho*. Polemos. Buenos Aires

Green, R. y Ablon, S. (2006). *Treating Explosive Kids*. The Guilford Press. New Yo

Friedberg, R., McClure, J. (2002): *Clinical Practice of Cognitive Therapy with Children and Adolescents*. The Nuts and Bolts. New York. The Guilford Press.

Howard K., Barton C., Walsh M., Lerner R. (1999) *Social and Contextual Issues in the Treatment of Children and Families* en S. Russ y T. Ollendick. *Handbook of Psychoterapies with Children and Families*. Kluwer Academic Plenum Publishers, New York

Lakatos I. (1983) *La metodología de los programas de investigación científica*. Alianza. Madrid

Lewinsohn P., Hops H., Roberts R. , Seeley J. y Andrews J. (1993). *Adolescent Psychopatology: Prevalence and incidence of Depression and other DSM III disorders in high school students*. *Journal of Abnormal Psychology*. 102, 133-144

Linehan M. (1992) *Cognitive Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorders*. The Guilford Press. New York

Mahoney M. (1990) *Psicoterapia y Procesos de Cambio Humano*. En M. Mahoney y A Freeman (comps) *Cognicion y Psicoterapia*. Paidós. Buenos Aires

Maturana, H.R. and G. Verden-Zoller. (1994). *Amor y juego, fundamentos olvidados de lo humano*. Instituto de Terapia Cognitiva. Santiago de Chile

Mendez Carrillo X., Alcazar R., Montoya Fernandez M., Espada Sanchez J., Olivares Rodriguez J. (2003) *Guía de Tratamientos Psicológicos Eficaces para la Depresión en la Infancia y Adolescencia*. En M. Pérez Álvarez, J. Fernández Hermida, C. Fernández Rodríguez, I. Amigo Vázquez (coords.) *Guía de Tratamientos Psicológicos Eficaces III. Infancia y Adolescencia*. Ediciones Pirámide. Madrid

Minuchin S. (1982) *Familias y Terapia Familiar*. Gedisa. Barcelona

Mufson L. y Moreau D. (1999) *Interpersonal Psychoterapy for Depressed Adolescents* en S. Russ y T. Ollendick. *Handbook of Psychoterapies with Children and Families*. Kluwer Academic Plenum Publishers, New York

Pérez Álvarez M., Fernández Hermida J., Fernández Rodríguez C. , Amigo Vázquez I. (2003) *Guía de Tratamientos Psicológicos Eficaces III. Infancia y Adolescencia*. Ediciones Pirámide. Madrid

Piaget J, Inhelder B (1993), *Psicología del Niño*, Ediciones Morata, Madrid

rk-London.

Rogers C. R., (1957). *The Necessary and Sufficient Conditions for Therapeutic Personality Change*. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103

Rotter, J.B. Chance, J.E., Phares, E.J. (1972). *Application of a social learning theory of personality*. New York: Holt, Rhinehart & Winston

Selekman M. (1996) *Abrir Caminos para el Cambio. Soluciones de Terapia Breve para Adolescentes con Problemas*. Gedisa. Barcelona

Seligman M.E.P. (1998). *Aprenda Optimismo*, Grijalbo, Barcelona

Toth S. y Cicchetti D. (1999) *Developmental Psychoterapy and Child Psychoterapy*. en S. Russ y T. Ollendick. *Handbook of Psychoterapies with Children and Families*. Kluwer Academic Plenum Publishers, New York

Wilner R. y Levy R. (2000) Terapia Cognitiva en niños en S Baringoltz. Integracion de aportes cognitivos a la psicoterapia. Lumiere. Buenos Aires

Young J. Cognitive Therapy for Personality Disorders: A Schema Focussed Approach. Professional Resource Exchange. Florida. 1994