

Tesis para optar por el Título de Magister en Psicología Clínica

Autor:

Silvana Beatriz Contino Nigro

Estudio exploratorio sobre la construcción de la vivencia del problema que motiva a los adolescentes a consultar por atención psicológica en un servicio clínico universitario

Tutora y Directora Académica:

Prof. Agda. Mag. Patricia de La Cuesta

Montevideo, agosto de 2015

Resumen

Se trata de una investigación que estudia la construcción de la vivencia del problema que motiva a los adolescentes a la consulta psicológica. Se basa en el marco teórico de las Teorías Subjetivas de Mariane Krause (1993, 1994, 1999, 2005, 2007). Se propone la identificación, descripción y análisis de los elementos que componen la construcción de la vivencia del problema y las percepciones clínicas de los terapeutas sobre ella, como la forma en que creen que debe ser trabajada para dar respuesta a la consulta.

Es un estudio descriptivo exploratorio de carácter cualitativo. Se realizaron entrevistas en profundidad a adolescentes entre 15 a 18 años de edad consultantes a un servicio clínico universitario durante el período 2013-2014. Se realizó un grupo focal con terapeutas de adolescentes. Para el análisis de los datos se recurrió al Análisis de Contenido Temático (ACT).

Se constató que la construcción de la vivencia del problema en los adolescentes consultantes presenta la percepción de un inicio del problema dentro de un contexto familiar conflictivo o social cercano de pares no percibido como apoyo, que orienta actitudes y acciones del adolescente como resolución al problema. Se parte de modos de resolución privados donde no se tiene presente el entorno, a otros en los que hace uso de los apoyos percibidos para llegar a concretar la consulta.

Se constata una fuerte valoración del contexto familiar del adolescente como priorización por parte de los terapeutas, señalando el espacio de consulta como modo de singularización, no descalificación y búsqueda de otra clase de adulto referente.

Este estudio aporta a mejorar instrumentos clínicos de intervención psicológica y la calidad de las prestaciones en salud mental para adolescentes. Se considera un insumo para el diseño de líneas preventivas y promotoras en salud mental en adolescentes.

Palabras claves: vivencia del problema, adolescencia, teorías subjetivas.

Abstract

This thesis is of a research studying the construction of the perception of the problem that leads adolescents to psychological consultation. The theoretical framework is based on Mariane Krause's Subjective Theories (1993, 1994, 1999, 2005, 2007). It supposes an identification, description and analysis of the composing elements of the perception of the problem and the clinical perceptions from the therapist of them as how they believe they need to be worked on to respond to the consultation.

It is an exploratory descriptive study of qualitative nature. In-depth interviews have been made adolescent patients of a university clinical service between the ages of 15 to 18 during the period 2013-2014. A focal group has been created with adolescents' therapists. For the data analysis, the Thematic Content Analysis (TCA) had been appealed.

It was confirmed that within the construction of perceptions of the problem in adolescent patients, the perception of the beginning of the problem relies heavily on a controversial family context or a close social circle of pairs not seen or felt as support. All of it contributes to the idea in the adolescent of making actions and attitudes, first on a personal level, and then on taking notice of the surroundings, perceiving support and finally leading to the concretion of the consult.

It is noted that the therapists prioritize the family context in the adolescence, signalling the consulting time as one of singularity, non-disqualifying instance and the seeking of another type of adult of reference.

This study aims to improve clinical instruments of psychological interventions and the quality of mental health in adolescence presentations. It is thought as an input for designing preventive lines and promotion of mental health in adolescents

Key words: perception of the problem, adolescence, subjective theories

Tabla de Contenido

1. INTRODUCCIÓN	9
2. FUNDAMENTACIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	12
2.1. CONSIDERACIONES GENERALES	12
2.2. CONTEXTO NACIONAL Y POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD PARA LOS ADOLESCENTES.....	14
2.3. LA FUNCIÓN DE DE UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA Y LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA EN EL CONTEXTO NACIONAL DE SALUD INTEGRAL.....	16
2.3.1. <i>Intervenciones clínicas en el servicio clínico universitario (SAP) en el Hospital de Clínicas/INJU</i>	16
2.4. ANTECEDENTES	19
2.5. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	21
2.5.1. <i>Preguntas de Investigación</i>	22
2.5.1.1. En relación a la vivencia del problema en los adolescentes	22
2.5.1.2. En relación a los terapeutas de adolescentes	22
2.6. OBJETIVO GENERAL Y OBJETIVOS ESPECÍFICOS	22
3. FUNDAMENTOS TEÓRICOS	24
3.1. CONSIDERACIONES GENERALES	24
3.2. TEORÍAS SUBJETIVAS	24
3.3. VIVENCIA - VIVENCIA DE ENFERMEDAD - VIVENCIA DEL PROBLEMA	27
3.3.1. <i>Consideraciones generales del concepto Vivencia</i>	27
3.3.2. <i>Vivencia de enfermedad</i>	29
3.3.3. <i>Vivencia del problema - Construcción del problema</i>	32
3.3.3.1. Construcción del problema	32
3.4. ADOLESCENCIA	35
3.4.1. <i>Adolescencia construcción socio-cultural</i>	35
3.4.2. <i>Adolescencia y sus procesos psicosociales</i>	38
3.4.2.1. Conceptos teóricos relevantes en la adolescencia.....	41
3.5. CONSULTA PSICOLÓGICA.....	48
3.5.1. <i>Consulta psicológica y modelo psicodinámico</i>	48
3.5.2. <i>Consulta psicológica y método clínico</i>	49
4. METODOLOGÍA	54
4.1. DISEÑO METODOLÓGICO	54
4.1.1. <i>Elección muestrales</i>	55
4.1.1.1. Participantes	55
4.1.1.2. Elección del grupo de terapeutas	57
4.1.2. <i>Limitaciones metodológicas</i>	57
4.2. PROCEDIMIENTOS GENERALES	58
4.2.1. <i>Procedimiento con los adolescentes</i>	58

4.2.2. Procedimiento con los terapeutas.....	60
4.3. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	60
4.3.1. Entrevista en Profundidad con adolescentes	61
4.3.1.1. Procedimiento de recolección de datos con EP	61
4.3.2. Grupo focal de terapeutas	62
4.3.2.1. Procedimiento de recolección de datos del GF	63
4.4. PROCEDIMIENTO GENERAL PARA EL ANÁLISIS DE DATOS.....	64
4.5. PRESENTACIÓN DE DATOS	67
4.5.1. Presentación de datos de las EP - Categorización:.....	67
4.5.2. Presentación de los datos del GF - Categorización:.....	68
5. ANÁLISIS DE DATOS Y RESULTADOS.....	69
5.1. CONSIDERACIONES GENERALES	69
5.2. ANÁLISIS DE DATOS DE LAS ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD.	69
5.2.1. Matriz categorial. Categorías centrales teóricas- emergentes y dimensiones.	69
5.2.1.1. Categoría central: “Construcción del Problema”	70
5.2.1.2. Categoría central “Experiencia de la consulta”	90
5.3. ANÁLISIS DE PROCESO	94
5.4. ANÁLISIS DE DATOS DEL GRUPO FOCAL Y RESULTADOS.	101
5.4.1. Matriz categorial. Categorías teóricas- emergentes y dimensiones	101
5.4.2. Percepción clínica/Inferencia clínica:	102
5.4.2.1. Categoría central: “Percepción clínica del adolescente y su contexto”	102
5.4.2.2. Categoría central: “Percepción clínica de la consulta adolescente”	112
5.5. VINCULACIÓN ENTRE LOS DATOS PROPORCIONADOS POR AMBAS TÉCNICAS	117
6. DISCUSIÓN.....	120
6.1. EL ADOLESCENTE Y LA CONSTRUCCIÓN DEL PROBLEMA	120
6.2. EL ADOLESCENTE Y LA EXPERIENCIA DE LA CONSULTA	128
6.3. LAS PERCEPCIONES CLÍNICAS DE LOS TERAPEUTAS, VIVENCIAS DEL PROBLEMA Y MODOS DE TRABAJAR PARA DAR RESPUESTA A LA CONSULTA	129
7. CONCLUSIONES	133
7.1. APORTES DE LA INVESTIGACIÓN:	136
7.2. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN:	137
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:	138
9. APÉNDICES.....	148
9.1. ENTREVISTAS A EXPERTOS.....	148
9.1.1. Rosa Zytner 29.10.2013.	148
9.1.2. Ricardo. Bernardi 30.10.2013.	161
9.2. GUIÓN DE ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD.....	173
9.3. GUIÓN DE ENTREVISTA DE GRUPO FOCAL	174

9.4. MODELOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	175
9.4.1. <i>Consentimiento informado de Adolescentes</i>	175
9.4.2. <i>Consentimiento informado de Terapeutas del Grupo Focal</i>	177

*A mis hijas Victoria y Sofía por la
sana espontaneidad y buen humor
que las caracteriza y que me levantó
cuando creía decaer.*

*A mi compañero de la vida, Pablo,
que siempre estuvo allí
acompañándome de una u otra
forma.*

*A mi madre, que sin saberlo, me
acompañó en este trayecto.*

Agradecimientos

Quiero agradecer:

- Por su apoyo, guía y enseñanza a mi tutora, Prof. Agda. Mag. Patricia de la Cuesta que nos conocemos desde hace muchos años pero no sabíamos que haríamos juntas este camino.
- A la Dra. Mariane Krause por su guía, orientación y confianza en las primeras etapas del desarrollo de la Tesis.
- A mi compañera y amiga Margarita Fraga por su aliento constante.
- A la directora del Instituto de Psicología Clínica (Faculta de Psicología de la UdelaR) Prof. Agda. Mag. Ana Luz Protesoni y a la coordinadora del Programa al que pertenezco, Prof. Adj. Laura de Souza por el apoyo que ambas me brindaron para el desarrollo de la Tesis.
- A la encargada de la Unidad de Salud Mental en Comunidad de la Facultad de Medicina de la UdelaR, Prof. Agda. Dra. Alicia Canetti por su disposición hacia conmigo.
- A Nadia di Matteo, actualmente colega, quien siendo estudiante y cursando la Propuesta de Práctica y Ejecución de Proyecto se interesó en esta investigación y me apoyó en la co-coordinación del Grupo Focal con la seriedad y compromiso que la caracteriza.

Gracias a los adolescentes que decidieron participar en la investigación.

Gracias también a los compañeros docentes y terapeutas que integraron el grupo focal colaborando incondicionalmente y conduciéndose en la misma dirección de este emprendimiento personal.

1. Introducción

La presente Tesis se enmarca en la Maestría en Psicología Clínica de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República.

Este estudio exploratorio sobre la construcción de la vivencia del problema que motiva a los adolescentes a consultar por atención psicológica surge a partir del interés en la temática, sustentada en la experiencia como docente en un servicio clínico de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República, Servicio de Atención Psicológica (SAP). Dicho servicio tiene sede en la Policlínica Psicológica de la Facultad de Psicología en el Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela.

Mi función docente en este servicio fue de carácter docente asistencial desde el año 2000 al 2014. La población consultante a la Policlínica es de 14 años de edad en adelante, usuaria tanto del Hospital como de otras instituciones de salud públicas y privadas de la zona. Los consultantes proceden por derivaciones desde instituciones educativas formales y no formales, instituciones de amparo gubernamentales y no gubernamentales, instituciones públicas en general, así como consultas espontáneas por conocimiento informal de la existencia de este servicio.

El específico interés personal en la consulta y atención psicológica de adolescentes llevada a cabo en el SAP, orientó una propuesta similar sobre "Dispositivos de intervención psicológica con adolescentes" en el Instituto Nacional de la Juventud (Alzugaray, Burghi, Contino, 2008). Esta propuesta fue en el contexto de un convenio entre Extensión Universitaria de la Universidad de la República, Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), Instituto Nacional de la Juventud (INJU) y Facultad de Psicología, implementado entre los años 2008 al 2014, constituyendo de esta forma otra propuesta del SAP orientada a población joven de la franja etaria entre 14 a 29 años por ser la población objetivo que acude al INJU, para el uso de sus prestaciones.

El desarrollo de la actividad en el SAP, con sus dos lugares estratégicos de inserción e intervenciones psicológicas con adolescentes, Hospital de Clínicas/ Policlínica Psicológica y el Instituto Nacional de la Juventud, permitió realizar abordajes psicológicos de carácter diagnóstico y psicoterapéutico de objetivos y tiempos limitados a la población usuaria adolescente. Este período evolutivo desde el punto de vista clínico es terreno fértil para la incidencia de intervenciones psicológicas que reorienten y potencien la salud integral del sujeto.

El cuestionamiento sobre las particularidades de la clínica con adolescentes y las formas de intervención psicológica con esta población, me condujo a la temática trabajada en la Tesis.

El trabajo clínico con adolescentes y la exploración de la vivencia del problema que traen los adolescentes al momento inicial de la consulta psicológica, permitió identificar el valor teórico, técnico y clínico que presenta este recurso. Tomar el punto de vista del paciente y su actitud frente a la enfermedad, es un punto de consideración para la práctica clínica y la mejora en la intervención y/o tratamiento (Sierra, Belenchón, Benabent, y col., 2007, OPD2, 2008, Bernardi, et. al, 2011).

La exploración de la vivencia del problema logra un asentamiento y afianzamiento del vínculo terapéutico y alianza de trabajo en la intervención teniendo efectos terapéuticos que redundan en el bienestar del paciente (Comunicación en entrevista con expertos Zytner del 29/10/2013 y Bernardi, 30/10/2013).

La identificación de los elementos presentes en la construcción de la vivencia del problema que motiva a los adolescentes a la consulta, permite detectar las áreas donde se puede delinear acciones de prevención y promoción de salud en el abordaje de salud mental de adolescentes, de una forma integral ante consultas en servicios de salud.

El estudio pretende ser un aporte para el enriquecimiento en la mejora de atención de los servicios de salud orientados al usuario adolescente que consulte en estos. Pretende contribuir a los equipos técnicos para tener mejores herramientas al momento de la atención a esta población en el contexto de la construcción e implementación del Programa Nacional de Salud Adolescente (2007). Uno de los lineamientos de este Programa es la atención integral de la adolescencia y la mejora de las prestaciones en salud mental para adolescentes. Pretende contribuir con nuevos conocimientos científico-académicos para la formación de futuros profesionales que trabajen con población adolescente en los servicios de salud, como aportar a la formación de psicoterapeutas de adolescentes en los servicios de salud mental.

A modo de orientación el lector encontrará en esta Tesis en el Capítulo 2, la Fundamentación y formulación del problema de investigación, un desarrollo de la situación sociocultural de los adolescentes en la actualidad en Latinoamérica, el contexto nacional de políticas de salud para adolescentes y el papel de la Universidad de la República frente a la situación y la Facultad de Psicología en particular. Se describe el SAP como servicio clínico universitario y las intervenciones que allí se realizaban con población adolescente. Se presentan antecedentes en referencia al objeto de estudio, las preguntas y objetivos de la investigación.

En el Capítulo 3, Fundamentos teóricos de la investigación, se deja explícito los referentes teóricos necesarios para abordar y comprender el objeto de estudio. Se presentan desarrollos teóricos sobre la noción de vivencia, vivencia de enfermedad, vivencia del problema, teorías subjetivas, adolescencia y consulta psicológica. Se exponen autores

que permiten pensar estos conceptos dejando planteada sus convergencias y divergencias conceptuales.

En el Capítulo 4 de Metodología, se desarrolla el tipo de investigación que resulta ser el estudio, la estrategia metodológica empleada, los instrumentos o técnicas utilizadas para la recolección de datos, el método de análisis empleado para el análisis de datos, Análisis de Contenido Temático de la Teoría Fundamentada, y se exponen las limitaciones metodológicas encontradas como las formas de compensación de estas y las consideraciones éticas contempladas.

En el Capítulo 5, de Análisis de los datos y presentación de resultados, se analizan las categorías teóricas y emergentes del análisis de los datos recogidos a través de las técnicas elegidas y se presentan los resultados en función de los objetivos de la investigación. Al final del capítulo se realiza una vinculación entre las categorías emergentes en las entrevistas en profundidad y aquellas que aparecen en el grupo focal.

En el Capítulo 6 de Discusión, se presenta el diálogo entre los datos recogidos y aspectos teóricos referenciales como los aportes de otras investigaciones que se encuentran en vinculación con el estudio, permitiendo líneas de reflexión.

El Capítulo 7 de Conclusiones, recoge las consideraciones finales que arroja el estudio. Se desarrollan los aportes y reflexiones sobre el tema desde lo diferente y/o confirmatorio. Se presentan aportes para el quehacer clínico con adolescentes que son orientadoras de la evaluación clínica, intervención clínica con adolescentes y posibles líneas de prevención y promoción en salud. Se analizan y presentan los alcances del estudio proponiendo posibles interrogantes que conduzcan a futuras investigaciones.

2. Fundamentación y formulación del problema

2.1. Consideraciones generales

Las realidades históricas, las condiciones macrosociales y locales, sociodemográficas, socioeconómicas, políticas, culturales de un lugar impactan en la población joven existente en este, tanto en la conformación de la subjetividad como del curso del desarrollo adolescente (Klein, 2008, Fandiño Parra, 2011).

En la modernidad de Latinoamérica el adolescente poseía un lugar y una función social relevante. La modernidad creaba, sostenía y garantizaba la adolescencia como espacio social de futuro y a cambio, ésta contraía conductas y funciones que aseguraban la perpetuidad y la renovación de la sociedad. La imagen social de “los jóvenes son el futuro” se apoyaba en ello. El sujeto creaba una historia de vida y la sociedad recibía la ilusión de poder generarse y transformarse en sus jóvenes. Valores como la honradez, el esfuerzo, el ahorro, el trabajo y la educación resultaba el cimiento del proyecto a futuro (Klein, 2008; García Canclini, 2008).

“Desde la modernidad términos como inquietud, vivacidad, curiosidad y entusiasmo, describen una forma de construcción de subjetividad adolescente, al mismo tiempo que consensuan la configuración de un espacio social adolescente” (Klein, 2008, p. 27).

Las sociedades latinoamericanas muestran una marcada ambivalencia al mirar a sus jóvenes como una “esperanza bajo sospecha”. Un grupo del que se espera y se tiene expectativas pero a la vez se desconfía de sus posibilidades y “temidos desbordes” (Fandiño Parra, 2011 citando a Rodríguez, 2001, p.156).

Con el neoliberalismo se encuentra la juventud empobrecida. La mayoría de los derechos económicos, sociales, culturales y ambientales es negada a estos grupos sociales, siendo como los más afectados. La educación es poco adecuada a la realidad juvenil, el acceso al trabajo es realmente dificultoso y no bien remunerado. Al contrario de la modernidad, la adolescencia ya no se funda desde el conflicto y la confrontación, lo precario sustituye el júbilo adolescente (Klein, 2008).

Los jóvenes latinoamericanos tienen diferentes desafíos en distintas áreas en la época neoliberal. Desafíos que involucran a las realidades de exclusión social que padecen, desafíos en revertir la inclusión en una visión estigmatizante de consumidores, sujetos y objetos de violencia, explotación y abuso (Fandiño Parra, 2011, citando a Donas, 2001, p.157). Desafíos en el ámbito de valores, donde predomina la lógica del riesgo, de la prevalencia del cuerpo, el cambio vertiginoso y las nuevas nociones de la dimensión temporal. Desafíos frente a una desesperanza de futuro (Viñar, 2009).

Más allá de hablar de los problemas y los desafíos de los jóvenes se tiene que tener en cuenta la crisis social de la familia y del adulto en época actual (Di Segni, 2002; Fandiño Parra, 2011). El amarre y la inclusión del sujeto a redes y normas sociales es más laxo dice Krause (2007), avanzando en la línea de la individualización. En el contexto posmoderno, al sujeto se le demanda que construya su propia identidad, situación que apremia a los adolescentes.

Las situaciones de precariedad a la que se encuentran los jóvenes surgen a tres niveles: social, familiar y de la subjetividad. A nivel social implica la fragilización de las condiciones de estudio y trabajo que implican sensación de incertidumbre. A nivel familiar aparece como el desmoronamiento de lugares referenciales y diferenciales, quebrándose la confianza imprescindible. A nivel de lo subjetivo, el crecimiento pasa a ser vivenciado de extrema responsabilidad y por lo tanto como una pesada tarea (Di Segni, 2002; Krause, 2007; Klein, 2008).

La institución familia y el soporte social pueden proveer o no, de un contexto para que los sujetos puedan enfrentar y resolver las tareas que el desarrollo adolescente supone facilitando o no, el proceso de un crecimiento sano (Casullo, Fernández, González Barón, Montoya, 2001; Fandiño Parra, 2011; Andriola, 2013).

Las dificultades que rodean a los jóvenes no debe plantearse en términos de si tienen o no problemas, o si ellos constituyen un problema, la discusión debe centrarse en que las dificultades y los conflictos que impactan en el bienestar y restringen las posibilidades de los jóvenes. No se debe ver solo con la mirada de una población necesitada de intervención y reparación, sino como un colectivo de sujetos desprovistos de oportunidades y medios para actuar y decidir ante los retos que la sociedad les plantea. La discusión no debe ir en la lógica de víctimas o victimarios sino como actores y participantes de mejores formas de decidir y actuar. Una posibilidad para el logro de actuación y decisión, es el emponderamiento de los jóvenes que les permita adquirir y ejercer poder político y simbólico a favor de sus propios intereses y necesidades a los efectos del logro de su bienestar integral (Fandiño Parra, 2011).

La concreción del emponderamiento según Fandiño Parra (2011, citando a García y Francés, 2002, p. 159), consiste en sujetos activos convencidos de ser capaces de participar en acciones colectivas que contrarresten relaciones de poder, percibiendo las propias y reales posibilidades de acción. El emponderamiento consiste en la construcción de las capacidades que integren la percepción de control personal y actitudes proactivas ante sí mismo, la vida y comprensión crítica del entorno. Uno de los aspectos que facilitan el emponderamiento de los adolescentes, es el procurar un desarrollo y crecimiento saludable.

En una línea articulable con la posición anterior, Krause (2007) señala cuando analiza qué se le demanda a los profesionales de la salud mental en esta época posmoderna, a diferencia de otras épocas, es que en la actualidad el acento está puesto en la búsqueda de un rol que facilite y permita la construcción de una identidad junto al apoyo en la construcción de proyectos existenciales en un mundo donde hay muchas formas de “ser”. Apoyo a la construcción, facilitar la decisión y posibilidades de actuar ante la identificación de las propias necesidades e intereses.

2.2. Contexto nacional y políticas públicas en salud para los Adolescentes

El Programa Nacional de Salud Adolescente (2007) toma las recomendaciones del Ministerio de Salud Pública que hiciera en el 2003 para la atención integral de la adolescencia, corriéndose del enfoque asistencialista a la implementación de un modelo de atención a los adolescentes con líneas estratégicas adecuadas en el marco de Atención Primaria en Salud. Este Plan Nacional de Salud Adolescente (PNSA), intenta construir una línea de consolidación de estrategias y acciones interdisciplinarias e intersectoriales participativas, tendientes a promover y atender la salud de los adolescentes de nuestro país. Señala como necesario superar las estrategias exclusivas de un enfoque de riesgo para transitar a un paradigma que se oriente a las capacidades personales, familiares, sociocomunitarias en las que se encuentran los adolescentes, apoyándose en un enfoque de derechos, enfoque ecológico, de género, ético, educación para la salud y de resiliencia.

Este nuevo paradigma como sustento del PNSA (2007), privilegia la promoción de estilo de vida saludable, la prevención de posibles riesgos, la promoción en salud, no centrándose solo en la familia, sino en el soporte socialmente existente para el adolescente, pretendiendo impulsar la participación activa de los jóvenes. La posibilidad de acceder a los lugares donde los jóvenes habitan, estudian, se recrean, implica dar una orientación biopsicosocial a partir de un adecuado diagnóstico de situación e identificación de necesidades y problemas específicos. El PNSA (2007), amparándose en el reconocimiento jurídico del adolescente como sujeto de derecho, todo menor de 18 años es considerado sujeto de derecho en desarrollo, cuya capacidad de ejercicio se adquiere progresivamente.

Este concepto de desarrollo progresivo es una innovación esencial a ser tenida en cuenta en el área de la salud. El PNSA (2007 p. 38), citando el criterio de la Cátedra de Medicina Legal de la Facultad de Medicina (2006), la que plantea el derecho del adolescente a que se le respete la confidencialidad y dar su consentimiento ante su tratamiento, habiendo recibido la información necesaria como usuario del sistema de salud.

El PNSA (2007), implementó la “Guía de abordaje de Salud Mental de Adolescentes” (2009), la que plantea que uno de los desafíos que enfrentan los equipos de atención de

salud mental de adolescentes es el de entender y atender a la salud mental como producto de factores que se articulan de manera compleja, factores históricos personales, familiares y sociales, así como lo que tiene lugar por el propio momento de desarrollo que atraviesan los adolescentes. Otro desafío, es la dificultad para definir con certeza, el diagnóstico diferencial entre una situación que es francamente patológica o aquella que está dentro de los parámetros para el momento y las circunstancias por las que transcurren los adolescentes, en tanto los mismos signos y síntomas pueden estar presentes en una u otra situación.

Dentro de otro ámbito, en el contexto del Plan Nacional de Equidad que ha promovido el gobierno nacional, el Comité de Coordinación Estratégica de la Infancia y Adolescencia impulsado por el Ministerio de Desarrollo Social, cristaliza en un esfuerzo colectivo junto con otros ministerios, la Estrategia Nacional para la Infancia y Adolescencia 2010-2030 (ENIA, 2008), la que brinda lineamientos para planes estratégicos dirigidos a población infantil y adolescente tomando relevancia política y social líneas de acción para estos sectores.

En el documento del Plan de Acción para los años 2010-2015 contenido en la ENIA (2008), los problemas que se han identificado de mayor relevancia entre los adolescentes son: conductas de riesgo para su salud (alcoholismo, consumo de sustancias psicoactivas, trastornos de la alimentación desde la anorexia a la obesidad, accidentes, violencia), problemas de salud mental como depresión, intentos de autoeliminación y suicidios. Se detectó una dificultad para la construcción de proyectos de vida y la insuficiente participación y corresponsabilidad en las decisiones y acciones que los involucran.

El capítulo sobre Salud Mental en la Adolescencia, del libro sobre “Aportes para el abordaje de la Salud en la Adolescencia en el Primer nivel de Atención” (2015) del PNSA (2007), identifica algunos problemas de salud mental entre los adolescentes. Señala en una escala de relevancia los accidentes, problemas relacionados con eventos estresantes de la vida personal y familiar, consumo de alcohol y drogas, alteraciones psicósomáticas, del humor, del sueño e ideas depresivas, intentos de autoeliminación, angustia, aburrimiento, soledad, sensación de inadecuación, problemas en el estudio, problemas de conducta, autolesiones, heteroagresividad, trastornos de la alimentación, relaciones sexuales sin protección e infecciones de transmisión sexual.

Ginés (2005), en su momento como Director del Programa Nacional de Salud Mental (PNSM), plantea que los abordajes de este programa, pretenden e implican el empleo conjunto de intervenciones que combinen la prevención primaria con dispositivos psicosocioeducativos y a un nivel secundario, abordajes psicoterapéuticos específicos.

Con el PNSM se recoge la orientación a la Atención Primaria en Salud como estrategia principal enraizada en la comunidad. Los avances en psicoterapia y los

procedimientos psicosociales abiertos a la comunidad como los que se han realizado en el Hospital de Clínicas y otros servicios públicos, aportaron al decreto del Poder Ejecutivo de agosto de 2011, que consideró el carácter prioritario de la salud mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud con la incorporación progresiva de prestaciones psicosociales y de psicoterapia (Ginés, 2013).

2.3. La función de de Universidad de la República y la Facultad de Psicología en el contexto nacional de salud integral.

La Universidad de la República tiene el compromiso de contribuir con los cambios sociales, económicos y culturales del país. Políticas nacionales sobre educación, seguridad, salud y otros, marcan trayectorias estratégicas de abordajes de problemáticas en donde la Universidad de la República no puede estar ajena y debe colaborar con su participación directa en la comunidad y con aportes que pueda realizar desde la producción de conocimiento científico.

Un área de problemáticas y prioridad para nuestro país, es la infancia y la adolescencia. La Facultad de Psicología de la UdelaR como Institución Universitaria Latinoamericana, sostiene la formación integral basada en la enseñanza, la investigación y la extensión universitaria. En este sentido en el año 1988 junto con la creación del Plan de Estudios del Instituto de Psicología Universitario de la República, se creó el Servicio Clínico de Atención Psicológica (SAP), con sede en el Hospital Universitario Dr. Manuel Quintela. El servicio ofrecía atención psicológica a población consultante de niños a adultos. En el año 2000, en el contexto de la reforma del Hospital Universitario como hospital referente de población usuaria de adolescentes y adultos, el SAP se orientó a la población referenciada. El SAP tuvo una trayectoria de muchos años de actividad docente, de extensión e investigación, lo cual lo posicionó en una actitud atenta a los cambios sociales, económicos y culturales del medio, que inciden y generan modificaciones en las subjetividades de los que consultan.

Este servicio ya en el contexto de la creación de la Facultad de Psicología y atento a las problemáticas adolescentes firma un convenio junto con el Servicio Central de Extensión Universitaria y Actividades en el Medio (SCEAM), el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) y el Instituto Nacional de la Juventud (INJU), en el año 2008, que se orientó a contemplar abordajes integrales en “Dispositivos de Intervenciones psicológicas con Adolescentes” (Alzugaray, Burghi, Contino, 2008).

2.3.1. Intervenciones clínicas en el servicio clínico universitario (SAP) en el Hospital de Clínicas/INJU

El objetivo general de toda intervención en el servicio consiste en atender la demanda abierta de la población consultante que llega al mismo. En el caso de población

adolescente se interviene junto con el adolescente ante la situación clínica planteada. Los adolescentes al ingreso del servicio pasan por una intervención de carácter diagnóstico a partir de una lectura teórico-clínica psicodinámica, con o sin aplicación de técnicas de evaluación psicológica, en el que se indaga el motivo de consulta. Se evalúa el funcionamiento psíquico, las dificultades y los recursos psíquicos del paciente. En esta instancia inicial se valora clínicamente la necesidad de un proceso psicoterapéutico de tiempo limitado, el que tiene como estrategia clínica focalizarse en el motivo de consulta con la finalidad de ampliar otros sentidos y significados el sufrimiento psíquico que lleva a consultar al sujeto.

Algunos autores como Herrera Jiménez, García Medina (2003), Duque Cortés, Uribe, et al. (2005), Krause (2005), Bernardi, Zytner, Miller, Varela, Villalba (2011), han demostrado que los resultados de todo tratamiento psicológico se encuentra en un contexto socio-histórico-cultural determinado y depende en gran medida del significado que adquiere el padecimiento psíquico para un sujeto. El sufrimiento subjetivo de un consultante tiene una significación y valor en un contexto temporal específico. El modo de vivenciar su problema depende del modo de pensar del sujeto, de ideaciones al respecto, del sentido de la vida, del momento vital en el que se encuentre, de los valores que posee, de las percepciones sobre la salud y la enfermedad que pueda compartir con grupos sociales, estando siempre en un proceso dinámico de transformación (Cruzat, 2010; Aspillaga, Torres, y Cruzat, 2012).

Las apreciaciones del sujeto sobre su enfermedad, trastorno o padecimiento psíquico no representan un mero conocimiento personal sobre este. Las normas culturales y las expectativas sociales de la comunidad a la que pertenece, contribuyen a configurar su vivencia y el valor otorgado a la enfermedad (Cortés Duque, Uribe, et al., 2005; OPD2, 2008).

Un punto de importancia clínica y terapéutica para el diseño de una estrategia clínica de un tratamiento psicoterapéutico es la exploración de la “vivencia de enfermedad” del paciente. La vivencia de enfermedad es el problema que motiva a la consulta y abarca procesos emocionales, cognitivo-afectivos y conductuales que se ponen en juego frente a la enfermedad o el padecimiento psíquico (OPD2, 2008; Cruzat, 2010; Bernardi, Zytner, Miller, Varela, Villalba, 2011).

Las teorías subjetivas (Krause, M., 1993, 1994, 1999, 2005, 2007; Castro Carrasco, Cercano Leiva, 2012) y las actitudes relativas a la enfermedad por parte del paciente son las creencias y los modos explicativos que el sujeto tiene frente a aquella. Las percepciones subjetivas y actitudes frente a la enfermedad son factores influyentes en las conductas saludables, de afrontamiento, aceptación de ella y/o mantenimiento de la misma (OPD2, 2008).

Las creencias sobre el origen de los problemas, la situación conflictiva, el padecimiento, sufrimiento o síntoma de un paciente, la forma de tratarlos, los factores personales y los del entorno, mantienen la afección o pueden cambiar la situación de padecimiento psíquico ((Krause, 2005; OPD2, 2008; Cruzat, 2010; Aspillaga, et. al., 2012).

La comunicación que hace el sujeto que consulta sobre su problema, padecimiento, sufrimiento, síntomas o trastorno, introduce lo que se denomina la dimensión subjetiva o percepción subjetiva del paciente. Esto es lo experimentado por el sujeto que la padece y a veces puede distar de la visión que tiene el clínico que responde al pedido de ayuda (Bernardi, Zytner, Miller, Varela, Villalba, 2011; Zytner, Bernardi, 2013, comunicación verbal entrevistas a expertos del 29/10/2013 y 30/10/2013, respectivamente).

“El mirar cuidadosamente y metodológicamente la enfermedad y el tratamiento desde la perspectiva del paciente, permite que la terapia se desarrolle efectivamente como un trabajo entre dos” (Bernardi, Zytner, Miller, Varela, Villalba; 2011, p. 9).

Bernardi, Zytner, Miller, Varela, Villalba (2011), señalan que la valoración de la vivencia de enfermedad es poco explorada dentro del abordaje terapéutico de carácter psicodinámico, lo común consiste en indagar el motivo de consulta del paciente y a partir de allí se pasa rápidamente a explorar las áreas que puedan esclarecer el sentido preconciente o inconciente de los mismos.

La evaluación de la vivencia subjetiva de la enfermedad constituye el primer aspecto que debe ser explorado cuidadosamente en toda entrevista diagnóstica que apunte a un tratamiento. En el caso de los tratamientos psicoanalíticos es fundamental no sustituir con los significados inconcientes que el analista supone, las vivencias del paciente hasta haber logrado ponernos en su lugar, para mirar desde su perspectiva la forma en que él está percibiendo su sufrimiento, a qué lo atribuye y qué piensa que puede ayudarlo (Bernardi, et al., 2011, p. 24).

El acuerdo con el paciente sobre la comprensión mutua de lo que le sucede y cómo debe ser tratado es un trabajo entre dos, paciente y terapeuta. Es un principio ético y de consentimiento para el inicio del tratamiento. (Bernardi, et al., 2011, Bernardi, 2013, comunicación verbal de entrevista a experto del 30/10/2013).

Los abordajes de intervención diagnóstico y/o los procesos terapéuticos psicodinámicos de tiempo acotado que se realizan en el servicio clínico del Hospital de Clínicas de la Facultad de Psicología/INJU, siguen los lineamientos teórico- técnicos tradicionales del modelo psicodinámico (Maganto Mateo, 1999a). Se indaga sobre el motivo de consulta del paciente escuchando las asociaciones en torno al mismo pasando a una significación preconciente o inconciente. En ese proceso se conecta con la historia del paciente a los efectos de poder ir construyendo diferentes niveles diagnósticos, fortaleciendo la estrategia clínica para dar respuesta a la consulta psicológica (Muniz, 2002, 2005; Cristóforo, 2002, 2006; Contino 2012). En una intervención psicodinámica, es necesario la

construcción de hipótesis sobre lo que le sucede al sujeto, con este en transferencia, permitiendo la construcción de enlaces simbólicos (Bleichmar, 2005).

La experiencia en los dispositivos clínicos del SAP de la exploración de la incorporación de la vivencia de enfermedad, permitió percibir que trabajar desde lo que trae el paciente, como lo trae y qué explicación le da a lo que le pasa, facilita un acercamiento clínico desde los inicios de la intervención que es vivido como empático y facilitador del encuentro comunicacional o intersubjetivo entre paciente y terapeuta.

En las intervenciones con adolescentes se contribuye a fortalecer el lugar del adolescente en el propio proceso ayudándolo en su continuidad, lo que redundaría en sentirse acompañado y entendido. La indagación sobre las vivencias que tienen los pacientes adolescentes sobre lo que creen que es su problema, a partir de las representaciones, significaciones y los modos explicativos sobre el mismo que traen a la consulta, tiene un valor diagnóstico en tanto se identifican los sentidos que le da el sujeto a su sufrimiento e identificar los modos de manejarse frente a ello. Permite orientar el modo de inicio de la estrategia clínica para la intervención y devolución.

La indagación y el estudio de los elementos que se encuentran en la construcción de la vivencia, es un aporte en la dimensión psicoafectiva, afectivo-simbólica y comportamental de la vivencia del problema del paciente sobre su sufrimiento. La exploración de los elementos que predominan o que están presentes en la conformación de la vivencia del problema del paciente adolescente, permite indagar aquello que se encuentra en la frontera entre lo social y lo psíquico, como punto de conjugación, articulación y construcción de subjetividad adolescente y presentación en la clínica actual.

2.4. Antecedentes

Algunos estudios muestran cómo los factores psicosociales se encuentran determinando y construyendo las creencias y significados que el sujeto le da a su enfermedad o padecimiento. Aspectos microsociales, como ser el ámbito familiar o un grupo de pertenencia social y elementos culturales, contribuyen con el sentido o explicación que el sujeto le da a su sufrimiento y en cómo siente que deben ser tratados. En este sentido los estudios realizados por Cruzat, Aspillaga, et al. (2010), evidencian que la enfermedad es vivida como un regulador de ansiedades y conflictos que generaría tanto experiencias negativas como positivas, estas son factores principales para el mantenimiento de un trastorno. En el estudio llevado a cabo por Aspillaga, Torres, y Cruzat (2012), los resultados demostraron que los participantes valoran el abordaje multidisciplinario dentro de un tratamiento ya que consideraban que la enfermedad que padecían implicaba el apuntalamiento, la información y prevención, necesitando varios puntos disciplinares de

apoyo. Las vivencias identificadas referidas a la enfermedad fueron asociadas a: i) la resultante de una dificultad en la concepción de hábitos saludables, ii) falta de constancia para mantener cualquier decisión y iii) un ambiente familiar que no resultaba sostenedor ni facilitador al cambio. Cortés Duque, Uribe (2005), en su estudio específico con pacientes con Trastornos obsesivo-compulsivo (TOC), pone el acento en las narrativas de los pacientes en relación a su enfermedad, muestra que la sintomatología es alimentada por explicaciones relacionadas con las vivencias relacionadas a experiencias personales y el contexto cultural de cada paciente. Sierra, P., Belenchón, Benabent, y col. (2007), estudiaron la perspectiva del paciente en relación a su trastorno y tratamiento en referencia a las conductas frente a la diabetes. Los pacientes valoraron que el abandono del tratamiento que reconocían haber tenido en algún momento, estaba asociado a la opinión que sobre éste tenía el círculo de amigos y conocidos, la falta de información proporcionada por el personal médico y la valoración de los efectos secundarios. Los factores que consideraban como causa del trastorno eran: acontecimientos traumáticos, crianza o problemas en la infancia, falta de apoyo familiar y social.

Otro estudio realizado por Greco y Gil Roales-Nieto (2007), confirman que la adolescencia es la etapa en donde se forman los conceptos de salud y enfermedad y se construyen las creencias relacionadas con las mismas, ya sea desde su origen o su tratamiento. Se pone de manifiesto que el interés sobre las creencias sobre la enfermedad que poseen los adolescentes, implica mejorar la comunicación entre estos y los profesionales de la salud. La información y educación sobre la enfermedad es fundamental para el manejo que pueda tener el paciente de la misma, marcando una línea en la promoción y prevención en salud, como a un posible tratamiento en caso de un abordaje de tercer nivel de asistencia.

La revisión de investigaciones realizadas por el OPD2 (2008), en referencia a los modos explicativos o la vivencia de enfermedad de pacientes que consultan por tratamiento psicoterapéutico en centros de salud, señalan que los factores de relevancia que se presentan son las características personales de los pacientes, entre ellos la capacidad del manejo afectivo, las condiciones psicosociales, los factores socioculturales y la sobrecarga afectiva de las situaciones conflictivas.

Bruno (2014), en nuestro país, referencia la significación del motivo de consulta que los padres presentan cuando llevan a sus hijos por consulta psicológica a un Equipo de Salud Mental de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE). Constata que aquellos llegan de diferentes formas en referencia a sus significaciones (explicaciones y sentimientos) otorgadas al motivo de consulta y al tipo de ayuda que pretenden recibir para con sus hijos. Las explicaciones o tentativas de comprensión de lo que les sucede a su hijo,

lo que justifica la existencia del motivo de consulta, son argumentos explicativos que parten de incorporar conexiones causales de tipo familiar, biológico, escolar, social, así como lo ofrecido por otros protagonistas en la vida de ellos o de sus hijos. La indagación en estos aspectos, incide en la instalación de la alianza terapéutica y el vínculo transferencial que definen el tipo de trabajo que es posible realizar con ellos y con el niño en el contexto de la consulta para sus hijos. Las significaciones otorgadas por los padres al motivo de consulta de su hijo, presenta repercusiones en el abordaje y resultados en el trabajo terapéutico del hijo.

El modelo de exploración de las creencias que los sujetos tienen sobre la enfermedad y el modo que piensan afrontarla, se registró primariamente en investigaciones sobre la salud física y comienza a aplicarse en el campo de la salud mental (Cruzat, 2010).

2.5. Formulación del Problema de Investigación

La indagación de aquello específico que el paciente cree sobre lo que le sucede, lo idiosincrático del mismo, el sentido propio o común, las explicaciones o justificaciones sobre lo que padece, las teorías subjetivas que presenta sobre su problema (Krause, 2005, 2007; OPD2, 2008), al momento de la consulta psicológica están saturadas de vivencias transmitidas a nivel familiar, referencial de lugares de pertenencia como grupos sociales, ámbitos laborales, la edad evolutiva del paciente, acontecimientos de diferente índole. Esta experiencia subjetiva de los pacientes está en relación con su experiencia particular que se construye en una compleja relación entre el contexto social y cultural al que pertenece, el tipo de educación recibida, la situación laboral y académica, como la procedencia de la constitución familiar (Cortés Duque, Uribe, et al, 2005).

Las vivencias que tiene un paciente sobre su problema, las creencias y actitudes frente al mismo no son exploradas a nivel clínico como elemento relevante al momento de la planificación de la intervención clínica y la estimulación del vínculo de trabajo y la alianza de trabajo (Bernardi, et. al, 2011, comunicación verbal en entrevista a experto Bernardi, 30/10/2013, comunicación verbal en entrevista a experto Zytner, 29/10/2013).

El presente estudio permite la identificación, descripción, análisis y comprensión de los elementos que se encuentran presentes en el proceso de construcción de los sentidos, significaciones o vivencia del problema que motiva a los adolescentes a la consulta psicológica.

Poder identificar cuáles son las percepciones clínicas de los terapeutas de adolescentes sobre la vivencia del problema que trae el paciente al momento de la consulta psicológica aporta a la complejidad del tema.

Poder identificar cuáles son los elementos presentes en los terapeutas como para que desde el inicio de la intervención clínica no sea lo suficientemente explorada la vivencia del problema que tiene el consultante adolescente, redundará en mejorar la calidad del instrumento de evaluación diagnóstica y planificación del tratamiento en los servicios de atención psicológica para adolescentes.

Con el estudio se pretende aportar a nivel más general desde la Universidad de la República y la Facultad de Psicología en particular estrategias de atención psicológica con adolescentes en el contexto del Programa Nacional de Salud del Adolescente y el Programa de Mental Salud Mental del Adolescente en el Sistema Nacional Integrado de Salud.

2.5.1. Preguntas de Investigación

2.5.1.1. En relación a la vivencia del problema en los adolescentes

¿Cuáles son los significados, creencias o explicaciones que tienen los adolescentes en relación a su problema cuando consultan por atención psicológica?, ¿Cuáles son los elementos que están presentes en la vivencia del problema?, ¿cómo incide el contexto familiar en la construcción de la vivencia del problema?, ¿Cómo incide el contexto social cercano en la vivencia del problema?, ¿incide la vivencia del problema en las expectativas del adolescente frente la consulta psicológica?, ¿cómo acceden a la consulta?

2.5.1.2. En relación a los terapeutas de adolescentes

¿Cuáles son las percepciones clínicas que tienen los terapeutas del trabajo con adolescentes?, ¿cuáles son las percepciones clínicas que tienen los terapeutas de adolescentes sobre las vivencias que trae el adolescente sobre a su problemática?, ¿toman en cuenta los terapeutas las vivencias que trae el adolescente?, ¿cuáles son las percepciones clínicas que tienen los terapeutas sobre los factores que inciden en la vivencia del paciente?, ¿cuáles son las valoraciones que hacen los terapeutas al inicio de la intervención sobre la vivencia del paciente en relación a su problema?, ¿desde qué lugar trabajan las vivencias que trae el paciente?, ¿cómo piensan que debe ser trabajado el motivo de consulta para dar respuesta a su sufrimiento?, ¿consideran que la clarificación de la vivencia del problema contribuye al tratamiento?

2.6. Objetivo General y Objetivos Específicos

Objetivo General:

Describir y analizar la construcción de la vivencia del problema que motiva a los adolescentes a consultar por atención psicológica y la percepción clínica de los terapeutas.

Objetivos específicos:

1. Identificar los elementos que componen la vivencia del problema de los adolescentes que consultan por atención psicológica.

2. Analizar los elementos que componen la vivencia del problema que presentan los adolescentes consultantes por atención psicológica.
3. Describir las percepciones clínicas de los terapeutas sobre los significados, creencias o vivencia del problema que el adolescente trae a la consulta psicológica.
4. Describir las percepciones clínicas de los terapeutas de cómo debe ser trabajado el motivo de consulta del adolescente para dar respuesta a su problemática.

3. Fundamentos teóricos

3.1. Consideraciones generales

La psicología clínica se ha encontrado a través del tiempo en controversias paradigmáticas que derivan en opciones metodológicas para la investigación y los desarrollos teórico-técnicos.

Comienza a tomar fuerza el paradigma hermenéutico y constructivista en la psicología clínica de los años ochenta, este giro epistemológico puso en cuestionamiento lo que es la realidad incorporando la noción de la “construcción de la realidad”.

Desde la hermenéutica se rescatan los elementos subjetivos en la construcción del significado de la realidad. Esta mirada impregna los dispositivos teórico-técnicos que permiten entender que lo que se da en el encuentro con el otro, toma figura como una reconstrucción de visiones, significados y creencias de los sujetos involucrados (Krause 2006a, Bernardi, et al. 2011).

La perspectiva estrictamente constructorista, rescata la inexistencia de la realidad independiente del sujeto y el sujeto de ella (Krause, 2007).

El paradigma hermenéutico y constructivista presentó un fuerte impacto en las investigaciones en clínica y particularmente en psicoterapia. La investigación empírico-científica en clínica puede orientarse a los procesos, resultados, inferencias de los terapeutas y percepciones de los pacientes (Krause, 2006a; Krause 2006b; Lebovichi de Duarte et.al, 2008).

Krause (1993, 1994, 1999, 2005, 2007) con sus investigaciones en psicoterapia orienta su interés en los significados que la realidad tiene para los pacientes. Rescata los elementos subjetivos en la construcción del significado de la realidad y de los procesos psicoterapéuticos. Esta perspectiva pone el acento en la mirada desde la subjetividad de los participantes para lo cual la noción de Teorías Subjetivas (TS) le es relevante como constructo teórico.

3.2. Teorías Subjetivas

El concepto de Teorías Subjetivas es tomado por Krause (1993, 2005, 2006a, 2006b, 2007), de los desarrollos de la construcción cognitiva de la realidad:

Las teorías subjetivas son cogniciones de las visiones de sí mismo y del mundo que se pueden entender como un conjunto complejo, que tiene una estructura argumentativa, por lo menos implícita y que cumple las funciones de explicación predicción y tecnología, contenidas también en las teorías científicas, (Groeben 1988, citado por Krause, Avendaño, Winkler, 1993, p.109; Krause, 2005, p. 254; Krause, 2007, p. 264).

El término “sujeto” en este caso tiene una acepción que pretende diferenciar el estudio de los seres humanos como “objetos” y entenderlos como actores de su hacer en un contexto social e histórico determinado. El estudio de la psiquis humana que entiende lo subjetivo como lo relativo a los significados de la realidad para las personas, introduce los términos como los de “subjetividad”, “visión subjetiva”, “visión del sujeto” para poner el énfasis en los significados que sostienen las personas. Esta postura ofrece resistencia a prácticas científicas que pretenden solo conocer el hecho de que las personas actúan en función de una “realidad objetiva”.

Krause (1993, p. 109; 2007, p. 264), toma la definición de teorías subjetivas de Flick (1987), el que plantea que “se designa el concepto de teoría subjetiva para hacer referencia al hecho general en que las personas desarrollan modelos explicativos acerca de determinadas circunstancias propias, las cuales influyen en su comportamiento”.

Los contenidos de las teorías subjetivas pueden referirse a varios tópicos ya sean situaciones o vivencias sobre el propio sujeto. Las últimas suelen implicar contenidos autobiográficos, sobre características personales o funciones psicológicas.

Las teorías subjetivas según Krause (2005, 2007), tienen elementos conscientes, inconscientes, cognitivos, emocionales, valorativos y actitudinales, postura diferente al concepto original de su autor, Norbert Groeben (1988), el que resalta solo las funciones cognitivas.

Las teorías subjetivas presentan ciertos niveles representacionales que le son menos accesibles al propio sujeto, creencias o representaciones que establecen conexiones o asociaciones entre unidades de sentido que las conforman y logran tener un efecto regulador sobre la acción del propio sujeto (Castro Carrasco, Cercano Leiva, 2012).

Las teorías subjetivas como construcciones subjetivas que se enmarcan en un contexto, son de carácter explicativo, con contenidos que incorporan sentidos y significados que el sujeto refiere a sí mismo, a aspectos del funcionamiento personal, a la propia biografía, a las relaciones personales, a los propios problemas y a la capacidad para enfrentarlos. Estas teorías subjetivas cuando tienen un acento explicativo, argumentativo o justificativo desde la esfera psicológica y/o psicosocial, son lo que Krause (2005, 2007), llama teorías subjetivas netamente de tipo psicológico.

Las teorías subjetivas de tipo psicológico que un sujeto tiene sobre el o los problemas que le aquejan, comienzan a desarrollarse antes de una relación de ayuda profesional. Este modo explicativo se encuentra influenciado por el ambiente socioeconómico, sociocultural, el género, edad, nivel de instrucción alcanzado, redes sociales, así como el contacto con personas que han tenido experiencia con temáticas psicológicas.

Las investigaciones realizadas muestran que las personas que han tenido poco o ningún contacto previo con temas psicológicos le otorgan una menor importancia a su historia de vida, en cuanto a su relevancia para su modo de ser, y la construyen de modo diferente de aquellos que han tenido experiencia con atención psicológica. Los primeros cuando relatan su historia (...) lo hacen en forma breve, en particular el relato de la infancia, se apoyan en hechos, acontecimientos y no establecen relación entre sus problemas y su biografía (Krause, 2005, p. 253).

Las teorías subjetivas en general y las teorías subjetivas psicológicas en particular, tienen ciertas características en relación a su alcance, funciones, contenidos y nivel de integración.

Con respecto a su alcance, varían en su modalidad explicativa, envergadura narrativa y/o conectiva, así como en su consistencia interna o grado de estructuración. Se distinguen de acuerdo a su grado de complejidad, desde simples asociaciones que presenta el sujeto, constructos subjetivos y/o teorías subjetivas rudimentaria, donde aparecen ciertos niveles de conexión entre sus elementos a teorías subjetivas más complejas, que pueden ser logradas en un proceso psicoterapéutico (Krause, 2005, 2006a, 2006b).

Las construcciones subjetivas o teorías subjetivas rudimentarias son una sucesión de relatos de hechos que el sujeto podrá hacerlo más o menos vinculante con el problema que presenta. Tienen una estructura más o menos argumentativa y explicativa en el discurso del sujeto.

Las funciones en general consisten en ser más o menos orientadoras frente a una realidad, guadoras del comportamiento, explicativas de los problemas y justificadoras de la acción. Aportan a la autovaloración del sujeto, seguridad individual y fortalecimiento de la identidad. Estas funciones no se excluyen mutuamente sino que al contrario, coexisten e incluso en oportunidades, pueden parecer contradicciones. Con frecuencia en una u otra circunstancia, por la que pasa un sujeto, puede ocupar una de estas funciones el papel protagónico si bien se encuentran siempre todas las otras funciones presentes.

Cuando Krause (2005), se refiere al nivel de integración de las teorías subjetivas hace alusión básicamente a las teorías subjetivas de tipo psicológico. Señala que el mayor nivel de integración se va construyendo en el proceso psicoterapéutico. En general, hacen referencia al funcionamiento psicológico del consultante y se logran en la relación terapeuta-paciente. Implica la integración por parte del paciente de aquellos significados y contenidos interpretativos que forman parte de la interacción terapéutica. El consultante va integrando los contenidos interpretativos y los incorpora como parte de sí mismo.

Lo anteriormente señalado presenta a las teorías subjetivas como objeto de transformación en el propio proceso psicoterapéutico por el hecho de ser flexibles y potencialmente cambiantes. Esto es posible porque se puede integrar y reordenar nuevos significados por parte del consultante. Éste “aprehende” a partir del vínculo terapéutico y la

relación terapéutica a verse a sí mismo, a su entorno e historia desde una perspectiva más compleja y netamente psicológica. Sin embargo, las teorías subjetivas son estables, atribuyéndole un carácter estructural en la composición del psiquismo (Krause, 2005, 2007).

Krause citando a Cook, (2005 p. 287), plantea que éste presenta evidencia acerca de que dar crédito a las representaciones del problema del consultante, resulta favorable en términos del proceso psicoterapéutico. En psicoterapia se diluye el límite entre el problema (dimensión objetiva del problema en función de un diagnóstico) y la “visión del problema” (dimensión subjetiva del consultante sobre su problema), siendo finalmente este último, sobre lo que en definitiva recae el trabajo terapéutico.

3.3. Vivencia - Vivencia de enfermedad - Vivencia del problema

3.3.1. Consideraciones generales del concepto Vivencia

Una revisión de las teorías psicológicas en las que aparece el término vivencia muestra definiciones conceptuales sustentadas por las visiones epistemológicas dominantes de cada una. El uso de la categoría “vivencia” en las principales corrientes psicológicas data desde el surgimiento mismo de la Psicología Experimental en el siglo XIX, ajustada a la tendencia de cada autor y corriente a la en que se adscribe.

El término vivencia ha sido nombrado y empleado indistintamente de los términos de experiencia subjetiva, vivencia emocional, experiencia interna y experiencia emocional (Hernández, 2010).

Fariñas León (1990) y Domínguez García (2013) en Cuba, se acercan a la psicología soviética de Vigotsky (1926) y señalan que desarrollos teóricos sobre el concepto de vivencia se encuentran en el autor a partir del enfoque histórico-cultural que aparece en la base de su pensamiento complejo y dialéctico sobre lo psíquico. Vigotsky toma el concepto de vivencia en referencia al ámbito del desarrollo de las funciones superiores en el niño. Introducir esta categoría de vivencia, permitió en su obra que los fenómenos psíquicos fueran estudiados como fenómenos vivenciales y no por separados, como cognitivos o afectivos. Las experiencias con el entorno que presenta un niño son acompañadas por el elemento afectivo y la interpretación que éste hace del mismo, de acuerdo a la edad o etapa evolutiva. Fariñas León (1990) y Domínguez García (2013) señalan que Vigotsky, incorpora la vivencia denominándola en primera instancia “experiencia emocional”. La categoría de vivencia trabajada por Vigotsky (1926-1928), es fundamental para comprender como el medio o el entorno afecta el sistema de necesidades y motivaciones del sujeto y la actitud que adopta hacia la realidad externa. La vivencia se vincula con los sentidos psicológicos que se van conformando en el sujeto.

En Brasil, Toassar y Proença Rebello De Saouza (2009), hacen una revisión del concepto de “vivencia” en la obra de Vigotsky. Afirman que el término aparece en sus obras desde 1916-1934, el que va adquiriendo protagonismo e historia.

“Conceito de vivência, palavra imperfeita na qual se expressam mutantes relações dos processos psíquicos individuais e do meio social do qual ele constituem uma parte”¹ (Toassar y Proença Rebello De Souza, 2009, p. 758).

Toassar y Proença Rebello De Souza (2009), señalan que el concepto de vivencia va incluyendo elementos que lo van complejizando, conformando un sistema de interrelación entre sus partes. Resultó ser utilizada por Vigotsky como una unidad metodológica y de análisis en sus experimentos y observaciones en la clínica psicopedagógica. En la obra vigotskiana de 1916-1923, aparece el término vivencia como presentando relevancia en el valor e impacto de lo emocional de la experiencia. En los años 1930, con la influencia de la lingüística, aparece el elemento discursivo en el concepto donde no sólo está lo afectivo sino la presencia de lo representacional. Las posibilidades de esto representacional y de ideas dentro de lo discursivo de un sujeto dependerá de los recursos educativos, del momento evolutivo y nivel de comprensión del mismo. La noción de vivencia no solo da paso al estado o producto psíquico, sino a la idea de lo procesual entre los significados de las relaciones del sujeto y su realidad interna con el medio.

Toassar y Proença Rebello De Souza (2009), plantean dos dimensiones principales de las vivencias: lo interno del sujeto como las vivencias de sí y las sensaciones y/o formaciones afectivas, siendo estas últimas las partes más complejas.

Desde una perspectiva histórico-cultural de la conformación de la subjetividad como la que se encuentra en Vigotsky, el sujeto está procesualmente configurado desde lo corporal, histórico, social y cultural. El hombre es el resultado de la articulación de diversos niveles, tanto sociales como psicológicos dentro de un proceso dialéctico y complejo en el que se constituye y es constituyente de su subjetividad y de la realidad (Díaz Gómez, 2005; Hernández, O., 2008; Toassa y Proenca Rebello De Souza, 2009, Hernández, A., 2010).

La vivencia de un sujeto se manifiesta no sólo como una función de su vida anímica personal, sino como un fenómeno de significados, valores sociales y culturales, de un sistema de sentidos (Hernández, O., 2008; Díaz Gómez, 2005, Toassa y Proença Rebello De Souza, 2009).

La vivencia está condicionada socialmente por la cultura, por las redes vinculares del sujeto, por la situación política y económica de la época, las que atraviesan el entramado del sistema de relaciones que establece el sujeto con el medio. La vivencia está condicionada

¹ Traducción propia del texto: “El concepto de vivencia es una palabra imperfecta que expresa varias relaciones entre los procesos psíquicos individuales y el medio social del cual forma parte”.

socialmente pero no deviene expresión pura de la sociedad o un producto puro de la misma en el sujeto. Se constituye en una unidad de orientación psicosocial en la que el sujeto es agente (Hernández, 2008; Hernández, 2010).

Las vivencias se van modificando, se reestructuran, se resignifican adquiriendo nuevos niveles de expresión. El proceso se vuelve continuo. El dinamismo que presenta el desarrollo del sujeto moldea la vivencia dotándola de diferentes características acorde a las peculiaridades de la edad psicológica. La aparición de nuevas formaciones psicológicas o sistemas psicológicos superiores en el crecimiento del nivel del desarrollo, facilita la incorporación de nuevos significados. La comprensión y significación de una situación permanecen estables o parecidas en cierto punto por un período corto de tiempo. Esto no anula la idea de que la vivencia es cambiante y estable. Las vivencias tienen un carácter mnémico y las emociones que ellas generan contribuyen a la experiencia de vida acumulada del sujeto en su historia personal. Son almacenadas y pueden ser activadas o expresadas ante situaciones que contengan elementos similares (Díaz Gómez, 2005; Hernández, 2010).

La vivencia no puede ser reducida a una emoción o sentimiento, estado de ánimo o recuerdo que pueda despertar cierta situación, si bien está implícito en ella de manera ineludible, incluye componentes cognitivos como lo que el individuo entiende y se percata de una situación.

... establecer principios o pautas comunes para el entendimiento de la vivencia como son su condicionamiento social, la influencia de la personalidad en ella y viceversa, su carácter mnémico, personal e individual, su intensidad y prolongación temporal, su influencia en el desarrollo psicológico y su relación con el inconsciente, entre otros, son acciones que a nuestro juicio se perfilan necesarias para alcanzar diagnósticos más completos que comprendan la dinámica histórica del desarrollo del sujeto (Hernández, A., 2010, p 6).

La vivencia constituye un fenómeno complejo, interviniendo en ella elementos y relaciones desde un sentido dialéctico. Depende de la influencia de la situación y elementos inconscientes del sujeto (Fariñas León, 1990; Toassa y Proença Rebello De Souza, 2009; Hernández, 2010).

3.3.2. Vivencia de enfermedad

Con el interés en el diagnóstico, la planificación en psicoterapia psicodinámica y la investigación en psicoterapia, un grupo de trabajo (Manfred Cierpka y Wolfgang Schneider, 2006-2008) en Europa, comienza con un estudio para la confección de un manual de diagnóstico, indicación y planificación de la psicoterapia psicodinámica, el Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado, OPD2 (2008).

Este grupo de trabajo identificó algunos problemas a nivel de la precisión del diagnóstico y valoración del cambio en psicoterapia psicoanalítica. Uno de ellos consiste en que la psicoterapia de orientación psicoanalítica lee y clasifica los fenómenos psíquicos

desde la base de constructos metapsicológicos de un alto nivel de abstracción donde la descripción del paciente se hace con un lenguaje saturado teórico y con poca precisión clínica, distanciable de los fenómenos clínicos observables (OPD2, 2008; Bernardi, Zytner, Miller, Varela, Villalba, 2011).

Otro problema, es que aparece un bajo nivel de concordancia entre los clínicos frente a los constructos observables con bajo nivel de abstracción como ser los patrones transferenciales, las constelaciones afectivas o conductas específicas. Y el tercer problema, es que los sistemas clasificatorios contemporáneos como el DSMIV-R y CIE10, ofrecen lineamientos de acción limitados para los tratamientos de orientación psicodinámica.

Para la valoración diagnóstica y planificación de los objetivos terapéuticos, el manual tiene en cuenta cuatro ejes psicodinámicos. Uno de los ejes corresponde a lo que llama "Vivencia de enfermedad y prerrequisitos para el tratamiento". En éste el acento está puesto en los elementos vivenciales, las motivaciones y los recursos que el paciente posee o no, para valorar la evolución de la enfermedad y las posibilidades de modificaciones.

La "Vivencia de enfermedad" permite percibir elementos relevantes sobre la misma, como ser los conceptos de enfermedad y motivación al cambio que tiene el paciente. Presenta una alta relevancia clínica porque se detiene en el modo en que la persona vivencia y elabora la enfermedad lo que desempeña un papel central para la modalidad de intervención. La valoración de la "vivencia de enfermedad" puede estar orientada a promover la motivación a la psicoterapia y en otros, la indicación a psicoterapia ya que se evalúa las capacidades del sujeto para sostenerla.

La preferencia del término "vivencia de enfermedad", en vez del de conducta o reacción a la enfermedad, se debe a que enfatiza en la importancia de los procesos emocionales y afectivos que se ponen en acción frente al padecimiento. La "vivencia de enfermedad" depende de las características personales específicas del sujeto, de las condiciones psicosociales y de la relación médico-paciente (OPD2, 2008).

La definición de la "vivencia de enfermedad" es la del problema que motiva al sujeto a la consulta. Abarca procesos cognitivos, emocionales y conductuales. Repercute en las capacidades de afrontamiento del individuo y es influida por los mecanismos de elaboración del paciente en un sentido procesual. Los procesos emocionales, cognitivos y conductuales de la vivencia de enfermedad del paciente, son influidos por: el tipo y gravedad de la enfermedad, relación médico-paciente, características de la personalidad, medio psicosocial y la motivación al tratamiento (OPD2, 2008; Bernardi, Zytner, Miller, Varela, Villalba, 2011).

La integración y exploración de la vivencia de enfermedad OPD2 (2008), es de un importante valor clínico y su operacionalización aporta elementos relevantes para su evaluación pero pierde el proceso de construcción de la vivencia, es decir, de los elementos

que el sujeto considera que la componen como modo explicativo. Esta mirada orienta a la particularidad o singularidad de esa construcción dentro de la subjetividad del paciente.

En Uruguay, el grupo de estudio e investigación en psicoterapia de Bernardi, Zytner, Miller, Varela, Villalba, (2011), siguiendo en parte las innovaciones del OPD2 (2008), e introduciendo algunas variantes señalan la importancia clínica y terapéutica que tiene en las primeras entrevistas la exploración de la vivencia de enfermedad del paciente, las creencias sobre el origen de los problemas y sobre la forma de tratarlos. El valorar los factores personales y del entorno resulta fundamental para la estrategia clínica.

Explorar la vivencia de enfermedad afina el diagnóstico, mostrando una forma de comprensión del paciente. De esta forma se posibilita la construcción de la demanda, articulándola con su problemática. El acuerdo con el paciente en la comprensión mutua de lo que le sucede y cómo debe ser tratado, es un trabajo entre dos, paciente y terapeuta. (Herrera Jiménez, García Medina, 2003; Cortés Duque, Uribe, CA., et al, 2005; Bernardi, Zytner, Miller, Varela, Villalba; 2011).

El concepto de enfermedad del paciente es el modelo atribucional y/o explicativo que tiene el sujeto sobre su enfermedad, síntoma, trastorno o padecimiento psíquico. Es del orden explicativo conformado por el sistema de creencias y de representaciones sobre el origen de aquella (etiología). Los modelos atribucionales fueron investigados en la década del ochenta y se orientaban a un modelo subjetivo explicativo conciente con el que el paciente se explica así mismo y a los otros, la formación, desarrollo y molestias de la enfermedad (OPD2, 2008).

Los modelos explicativos sobre la enfermedad pueden tener el acento más orientado a una explicación somática, a lo psíquico o a lo social. Las creencias que el paciente tiene sobre la enfermedad son influyentes en las actitudes que el sujeto tiene frente a ella como las conductas saludables o no, en referencia a la misma (Cortés Duque, Uribe, et al, 2005; OPD2, 2008).

La acepción de “vivencia de enfermedad” es la del problema que motiva a la consulta por parte del paciente (OPD2, 2008). La elección del término “enfermedad” puede ocasionar el fácil desliz al entendimiento de una enfermedad como un trastorno psíquico específico o estar en relación a una enfermedad somática. Como modo de enfatizar que los problemas por los que puede consultar un sujeto pueden ser varios y no necesariamente vinculados a un trastorno, sino tal vez a aspectos de la cotidianidad de la vida, la acepción del término “vivencia del problema” parece ser la más ajustada (Apreciación en comunicación verbal de la entrevista a experto con Bernardi, R., del 30/10/2013, véase apéndice 9.1.2).

3.3.3. Vivencia del problema - Construcción del problema

El término “vivencia del problema” hace referencia al problema que inclina al sujeto a solicitar ayuda psicológica. El problema en oportunidades se encuentra asociado a dificultades de tipo cotidiano, cercano a la propia experiencia vital con la que los sujetos se encuentran enfrentados y no pueden resolver. Esta idea se apoya en la percepción subjetiva de que “algo no anda bien” o “algo anda mal” por parte del consultante (Comunicación verbal en entrevista a experto con Bernardi, R., del 30/10/2013 y comunicación verbal en entrevista a experto con Zytner, R., del 29/10/2013, véase apéndices 9.1.2 y 9.1.19.1.1).

3.3.3.1. Construcción del problema

Krause (2005), afirma que la “definición del problema” en un sujeto es el modo en que el sujeto lo entiende y explica. A medida que se va teniendo una definición del problema más o menos explicativa, se va dando la “construcción del problema”. La construcción del problema es una construcción individual, subjetiva e intersubjetiva que se ha ido realizando en un proceso dinámico en el que participan aspectos socioculturales, creencias, valores, incidencia del nivel de instrucción alcanzado, nivel socioeconómico, y la calidad de las relaciones interpersonales. En este proceso se incluyen causas e interrelaciones donde la participación del pensamiento, es el elemento explicativo y cognitivo que se encuentra acompañado por el elemento afectivo, combinatoria que orienta a la acción del sujeto. La construcción del problema presenta aspectos cognitivos, afectivos y comportamentales y en los planteos de la autora de referencia, implica una compleja construcción de elementos en tanto es un concepto que va más allá del motivo de consulta.

Los modelos explicativos o atribucionales pueden ir desde una asociación simple de sucesos o hechos en una lectura mecanicista de causa-efecto a otros más complejos. Estos últimos son de carácter más sistémico o multicausal. Pueden presentar dos formas, aparecer como una sumatoria de causas que no están claramente relacionadas entre sí pero inciden en la aparición del problema o una conectividad compleja de significaciones. Estos modelos explicativos están acompañados del elemento afectivo que les otorga la cualidad y la intensidad con la que se los vive, orientando las actitudes para el manejo del problema como sus posibles soluciones, teorías subjetivas (Krause, 2005).

3.3.3.1.1. Resolución del problema - Búsqueda de ayuda profesional

Krause (1997, 2005) considera que el sujeto pasa por una fase previa a la de pedir ayuda profesional para dar respuesta al problema. Describe tres etapas en la cadena de conductas de afrontamiento del problema: 1) intentos de afrontamiento privados, 2) búsqueda de ayuda en la red social y 3) la búsqueda de ayuda profesional. Sostiene que hay una tendencia general en que aparezcan en el orden mencionado pero la presencia de una u otra etapa o la secuencia de las mismas dependen de factores contextuales, como la

inserción social de la persona, el ambiente sociocultural y la relativa autosuficiencia (percibida) en relación al manejo del problema.

La búsqueda de ayuda profesional por parte de un sujeto como para tratar de resolver su problema, es orientada en función de cómo lo entiende y cómo cree que puede solucionarlo. Si el sujeto está más orientado a una visión o lectura orgánica de su génesis, acudirá a un centro de salud y a un profesional médico en primera instancia. Si la interpretación de este se vincula con algo más psicológico o psicosocial su orientación irá al profesional en ese sentido, un psicólogo (Krause 2005, OPD2 2008).

La decisión de búsqueda de ayuda está precedida por un aumento de la “carga emocional” de la situación problema, de la situación estresante puntual o por un aumento en la sintomatología, si la hubiera. Se produce en el sujeto lo que se denomina la confrontación con los límites propios. Se pone en juego la resistencia emocional del sujeto (subjetivamente vivenciada) y los intentos que éste hace como mecanismos de afrontamiento para superar el problema (Krause 1994, 2005).

En la situación previa al pedido de ayuda el sujeto se enfrenta a una disminución de la resistencia emocional, entendida ésta, como la tolerancia afectiva que el sujeto tiene frente a lo que le pasa y a una ineficacia en sus intentos de afrontamiento. Estos últimos implican la interacción de los recursos personales y los recursos del entorno inmediato del sujeto. En el proceso de la confrontación con los propios límites sus componentes, la disminución de la resistencia emocional y la ineficacia de los intentos de afrontamiento, pueden ocurrir de modo simultáneo lo que daría una situación de crisis. Existen diferencias entre una persona y otra en relación a la presencia e intensidad de estos componentes. Una persona puede acceder a la ayuda profesional cuando ha llegado al límite de sus propios recursos de afrontamiento, sin haber alcanzado el límite de su resistencia emocional frente al problema. Otra puede no acceder nunca a la atención profesional, por más que se encuentre en la situación anterior y otra podrá hacer un intento de autoeliminación. Estas situaciones influyen en el modo de acceso a la ayuda profesional. El sujeto que ha llegado a los límites de sus mecanismos de afrontamiento y a los límites de su resistencia emocional, presentará una solicitud de ayuda desesperada e indiscriminada. En el caso en que se haya llegado a los límites de las conductas de afrontamiento pero no se haya llegado a los límites de la resistencia emocional la carga emocional no será tan intensa permitiéndole al sujeto esperar, de ser necesario, para concretar su consulta efectivizándola de forma más encausada y diferenciada (Krause 1994, 2005, 2006a, 2006b).

La utilización de los recursos disponibles para intentar superar el problema, implica diferentes modalidades de afrontamiento. Se puede intentar superar el problema solo en una primer instancia, o bien acudir a otros. En general en este último caso, son personas

cercanas o pertenecientes a la propia red social del sujeto a las que primero se logra acudir (Cumsille, et al, 1994, Krause 2005). La elección de una u otra modalidad tiene consecuencias para la persona. Una de estas consecuencias es lo que se denomina “control social”. Esto es posible porque la búsqueda de ayuda en la red social implica hacer público el propio problema, de este modo, se da lugar a que los demás brinden ayuda y también intenten controlar el propio proceso de afrontamiento instrumentado por el sujeto. Cuando se llega a la búsqueda de ayuda profesional, como una de las formas de resolución del problema, hay una diferencia cualitativa. Esta es que hay un reconocimiento por parte del sujeto de la necesidad de ayuda. Se pasa de la percepción subjetiva “esto me pasa”, “me sucede este problema” a “este es mi problema” (Krause, 2005).

La vivencia del problema que tenga un paciente condiciona las expectativas de éste frente a la atención psicológica. Orienta la motivación al tratamiento y al cambio (Krause, 2005; OPD 2, 2008).

La motivación al cambio se construye desde el trasfondo de la vivencia del problema y las expectativas al cambio. La motivación a un tratamiento o intervención puede ser entendida como el proceso interactivo entre factores cognitivos y afectivos. Los últimos toman relevancia en la presencia del sufrimiento del sujeto junto a la teoría subjetiva que se encuentra de base. La motivación a un cambio en el sujeto, a partir de una intervención o tratamiento, estará condicionada por la “vivencia de enfermedad” o vivencia del problema, las características de personalidad, las condiciones sociales y la relación con el profesional (Krause, 2005, 2006a, 2006b; OPD2, 2008).

La búsqueda de un cambio, en principio siempre es una búsqueda de alivio, ya sea de la angustia, de lo sintomático, búsqueda de apoyo afectivo, contención, hasta la búsqueda de resolver el conflicto. Es un proceso dinámico más que considerarlo como un elemento estático y definido como único desde el comienzo. Intervienen siempre elementos de la relación terapéutica (Krause, 2005, 2006a, 2006b, 2007; OPD2, 2008).

En cuanto a las situaciones de crisis en las que el sujeto se dirige a la búsqueda de ayuda, Krause (2005, p. 88), citando a Caplan (1967, 1977), señala que hay cuatro fases en el desarrollo de una crisis. La misma se caracteriza por una abrupta pérdida de equilibrio interno y aumento de tensión por el hecho de la presencia de uno o varios acontecimientos estresantes vividos por la persona. Éstos últimos, los llevan al ensayo de técnicas habituales de solución de problemas. En la segunda fase, la persona percibe la imposibilidad de superar la situación y el estímulo persiste. En la tercera fase, se ponen en movimiento las reservas internas pudiendo el sujeto redefinir el problema, resignarse o abandonar ciertos aspectos de las metas trazadas por considerarlos inalcanzables. Si el problema persiste, tiene lugar la cuarta etapa, aumenta la tensión, se produce una desorganización más grave,

la crisis, el desborde. Estudios realizados en Chile según la autora señalan que el modelo de crisis descrito, es el más consistente con el análisis de la experiencia subjetiva de los consultantes chilenos (Krause, 2005). Desde el punto de vista de los ellos, el punto de partida de la consulta no necesariamente es un síntoma, sino que puede ser un problema de tipo psicosocial y si bien pueden aparecer síntomas, estos no se perciben aislados de la situación problemática en general.

... es el modelo de crisis el que aporta mayores puntos de encuentro con la experiencia de los consultantes. La crisis es vivida subjetivamente (y nombrada) como tal, las personas sienten sus límites, viven la angustia que ello implica y toman la decisión de buscar ayuda profesional como un camino de salida a la situación de tensión (...) más allá de lo contenido en el modelo clásico (Caplan, 1964), se asocia con la diferenciación de carga emocional y posibilidades de autoayuda... (Krause, 2005, p. 89).

3.4. Adolescencia

Es de importancia desarrollar algunos conceptos teóricos en referencia al tema adolescencia con diferentes miradas o lecturas para entenderla, siendo esta franja etaria la población objetivo de la tesis.

3.4.1. Adolescencia construcción socio-cultural

El término “adolescencia” como problemática del tránsito entre la infancia y la vida adulta, tiene una aparición reciente, no es un “objeto natural”, sino una construcción cultural. Su alcance y resonancias no dejan de modificarse y se subordinan a las transformaciones de la cultura (Viñar, 2009).

“El tránsito adolescente entre infancia y vida adulta, no es sólo madurativo, sino transformacional, algo que se logra, se conquista con trabajo psíquico y cultural, o se estanca o culmina en fracaso.” (Viñar, 2009, p. 22).

Viñar, (2009), propone el término “procesos adolescentes” para no plantear la adolescencia como una identidad estabilizada y única con ciertas características de las que el sujeto no puede correrse. Si bien están los discursos sociales y/o culturales que construyen subjetividades, también se encuentra el plano relacional con los demás y lo propio, lo singular, lo psíquico, lo histórico personal que se dio por las relaciones interpersonales y sus diferencias. Esto hace una suerte de combinatoria, articulación y construcción, dejando al sujeto adolescente en una posición u otra frente a lo que se le plantea. Lo esencial y complejo es describir los procesos adolescentes como construcción social y psicológica.

Espinosa y Korembli (2007, 2008) hacen referencia a “las adolescencias” como para señalar también, la idea de la adolescencia como proceso de procesamiento subjetivo en articulación con lo sociocultural de cada época, apartándose de la idea de adolescencia como categoría o etapa, visión que puede tornarse un tanto genérica en su desarrollo.

La adolescencia no puede ser tomada como una categorización cerrada y absoluta, su complejidad, responde a diversas prácticas que remiten a inscripciones de clase, de género y culturales. Existen diferentes modos de ser adolescente que están en relación a realidades sociales, educativas y económicas en las que participan los adolescentes. Los dispositivos que se ocupan de ser soporte de la construcción de la subjetividad adolescente, como ser la familia y las instituciones educativas, han sufrido transformaciones importantes (Viñar, 2009; Fernández Moar, 2013).

La noción de adolescencia es una construcción cultural y las significaciones dependen de las diferentes épocas. En algunos momentos, la adolescencia era el paso a la adultez e implicaba que el sujeto estuviera en desarrollo y se preparaba para alcanzar la etapa siguiente. Es en el siglo XIX, con la sociedad burguesa y la autoridad paterna, la adolescencia queda ligada al trabajo, elemento a que el joven debía aspirar por lo cual la educación del este era lo preparatorio para tal advenimiento. La burguesía europea por ejemplo, comienza a retrasar la entrada al mercado laboral a los jóvenes con el fin de su mejor preparación. Entre los años de posguerra de 1945 y los años 1990, ha habido una transformación importante en la cultura juvenil, es más, el joven comienza a tomar protagonismo, comienza a tener un mercado de consumo propio, una vestimenta particular que comienza a generalizarse y transformarse en un ideal donde los adultos aspiran e imitan una eterna juventud (Di Segni, 2002; Espinosa y Korembli, 2007, 2008; Viñar, 2009).

El término juventud y el término adolescencia parecen referirse a momentos diferentes en el ciclo vital de un sujeto. La juventud se asocia socialmente al sujeto activo en referencia a lo laboral y la adolescencia queda sujeta a una mirada médica de las transformaciones biológicas y la prolongada dependencia para la preparación al campo laboral, con la actividad académica. Sin embargo, autores señalan que la juventud contiene a la adolescencia y artificiosamente se ubica la adolescencia desde la edad de la pubertad, diez, doce años, hasta los dieciocho y desde esta edad, en la que en muchos lugares comienzan a tener responsabilidades civiles y hasta los veinticinco años quedaría comprendida, la juventud (Espinosa y Korembli, 2007, 2008).

Di Segni (2002), hace un análisis a través del paso del tiempo de cómo los cambios culturales delimitan el campo de interrelación entre adultos y el desarrollo de los jóvenes. Es así que presenta los movimientos socioculturales que diagraman de forma diferente el devenir adolescente. En el siglo XIX la autoridad paterna ponía un orden y poder sobre los hijos en la familia. Los padres característicos de estos tiempos eran represores de ciertas conductas de los adolescentes y la oposición a todo aquello establecido era característico de los adolescentes. En la entrada y transcurso del siglo XX, las figuras parentales fueron perdiendo autoridad, aparecieron los padres que no ponían límites como para contrarrestar

los efectos en ellos de sus propios padres represores y a su vez, aparecieron los padres que dudan en la crianza de sus hijos y lo que hacen es consultar, de modo constante a aquellos que creen competentes para ello, como instituciones educativas y/o profesionales. Esto ha dejado a la “deriva” a los jóvenes, frente a un vacío de oposición clara para la subjetivación. A su vez, las instituciones educativas no pueden cumplir con las demandas sociales ya que son reflejo en uno u otro sentido de los movimientos socioculturales de la época y en el que apuestan a la creatividad del niño, mal entendiendo que no hay que poner límites o dudar frente a lo que es más apropiado para lograrlo. Señala Di Segni (2002), señala que no se puede hablar de una hegemonía del funcionamiento familiar planteando, sino que hay diferentes presentaciones familiares que se han dado a través de los tiempos y hasta en un mismo período de tiempo.

La solidez que caracteriza a las instituciones encargadas de la socialización y sostén subjetivo, en la que se apoyaba en los dispositivos disciplinares, se vio sustituida por una fluidez propia de las lógicas de mercado de fines del siglo XX. Esta situación deja a los adolescentes en una suerte de desamparo (Viñar, 2009, Fernández Moar, 2013).

Cao (2013), señala que dentro de la condición adolescente se creará un imaginario adolescente en el que tiene lugar el imaginario social y las significaciones sociales. El adolescente se apoya en los valores e ideales de cada momento histórico que dará cimiento a las urgencias identificatorias y vinculatorias. Estas llevan al adolescente a explorar y experimentar las más heterogéneas situaciones vitales en los bordes de los desbordes. En una misma generación pueden coexistir varios imaginarios adolescentes, entendiéndose por tales, el conjunto de representaciones que otorgará los imprescindibles contextos de significación y jerarquización del accionar, pensar y sentir de una generación.

Al sostener que la realidad psíquica y la realidad social son dos factores irreducibles, se puede revelar el entramado que da cuenta de la producción entre ambas. No hay modos de sentir, pensar y actuar que no tengan raigambre en lo social, cultural e histórico. Las significaciones imaginarias de un determinado momento tendrán injerencia en el imaginario adolescente, consecuencias directas sobre las elecciones vocacionales, sexuales, ideológicas y otras. Cada camada adolescente convertirá en sus producciones, el imaginario social de su época, siendo expresión del momento histórico cultural en el que tiene lugar. Por lo tanto al momento de “acusar” a los adolescentes de ciertos malestares implica una posición injusta para los mismos, ellos son constituidos y constituyentes de los movimientos de cada momento cultural (Cao, 1994, 2011, 2013). Son lo que se llama el reflejo del momento en el que se encuentra la sociedad por lo tanto son el presente y no el futuro, como se suele decir (Viñar, 2009, García Canclini, 2004, 2008).

Las significaciones imaginarias sociales fueron mutando a través de los cambios del siglo XX, con los efectos de las dos grandes guerras mundiales, el lugar de la mujer, la restauración del capitalismo, el neoliberalismo económico, la globalización, el poder del consumismo, la juventud como modelo, el individualismo a ultranza, la presencia de las tecnologías y de internet, constituyen subjetividades de los tiempos actuales que son expresadas por el imaginario adolescente de turno, operando como caja de resonancia del ámbito sociocultural (Cao, 1994; Di Segni, 2002; García Canclini, 2004; Espinosa y Korembliit, 2007, 2008; Viñar, 2009; Klein, 2008; Contino, 2011; Cao, 2011, 2013).

Las significaciones imaginarias sociales de una época van a poner el sello sobre la orientación de las pulsiones, sobre la forma y el contenido del psiquismo, en referencia a las representaciones, deseos y afectos. Esto es lo que se ha dado en llamar el enfoque transubjetivo en el que las producciones culturales de una época determinan los movimientos significantes que influyen en la formación de los hábitos, acciones y producciones representacionales de los sujetos (Cao, 1994, 2011, 2013; Viñar, 2009).

3.4.2. Adolescencia y sus procesos psicosociales

El propio período adolescente implica una movilidad psíquica importante, momento de construcción de identidad a diferentes niveles con su proceso de desidentificaciones e identificaciones (Kancyper, 1997, 2007). Momento de labilidad del funcionamiento psíquico que hace que desde lo psicológico se conforme un período de cambio y crisis (Passalacqua, 2010).

Varios autores desde los más clásicos hasta los más contemporáneos han señalado de diferentes formas lo que se ha dignado llamar “crisis de la adolescencia”.

“Una crisis siempre implica un sufrimiento que se evidencia con la aparición de angustia, de momentos de confusión y desorganización” (Catsicaris, 2008, p. 1).

Momento en el que se transcurre por diferentes duelos, desde el duelo por el cuerpo infantil, en apoyatura con los cambios biológicos avasalladores, el duelo por los padres infantiles, ya no se los percibe como ideales y el duelo por el niño ideal que se era porque se está en la búsqueda de una identidad nueva (Aberastury y Knobel, 1986). Consecuentemente es momento decisivo en el que se define el futuro del sujeto en el cual tendrá lugar un psiquismo reformulado con nuevas inscripciones psíquicas que están en el fundamento de nuevas identificaciones (Kancyper, 1997; Nin, 2004). Es un momento crítico en el que se da el anudamiento entre el narcisismo con las vergüenzas y las fragilidades de la autoestima, con el reaseguramiento de la conflictiva sexual a partir de la pubertad, apareciendo una nueva dimensión de lo corporal con sus nuevos puntos de urgencia en el estallido en sus vínculos familiares y sociales (Oliva, 2004, 2006, 2007; Nin, 2004, Catsicaris, 2008).

Cao (1994, 2011, 2013), señala lo que dio en llamar dentro de la “condición adolescente” la “doble crisis”. Por un lado hay un desbarrancamiento desde el mundo interno del sujeto con la metamorfosis física y psíquica y por otro se tiene lugar una alteración dentro del ámbito de los vínculos. En este ámbito intrasubjetivo el adolescente se enfrenta a la pérdida de las representaciones y afectos que poblaban su niñez. En lo intersubjetivo se enfrenta a la pérdida de códigos asignados y designados para relacionarse con otros en los vínculos, ya sea sujetos de la realidad como de la fantasía, junto a la reorganización de la dimensión pulsional.

“La adolescencia es un período de vida al cabo del cual emergerá un psiquismo reformulado con nuevas inscripciones psíquicas que están en los fundamentos de las identificaciones” (Nin, A., 2004, p. 154).

El proceso adolescente implica un trabajo psíquico de apropiación de un nuevo cuerpo, de investimento de figuras exogámicas e intentar pensar por uno mismo. Retomar un saber que se encuentra socialmente y simbólicamente relegado al mundo adulto y sobre todo en las figuras parentales y la secuencia madurativa del desarrollo y sus crisis, siempre reproducen, innova, repite y crea (Viñar, 2009).

El proceso adolescente presenta diferentes tiempos que hace a las diferentes presentaciones en la clínica. En la pubertad, aparecen las modificaciones corporales en las que priman las vivencias de la pérdida del objeto, en este caso el cuerpo infantil y los padres de la infancia. El propio cuerpo se convierte en extraño y cambiante con todos los desajustes del esquema corporal que esto conlleva. En la adolescencia mediana o media, el duelo evoluciona hacia aspectos claramente psicológicos, es decir las identificaciones, las funciones imaginativas, el pensamiento, donde se construyen verdaderas identidades grupales. Estas identidades grupales lo ponen a salvo de las vivencias de vacío, son factores de protección ante vacíos identificatorios y posibles fallas en el sostén familiar. En la adolescencia tardía, se hace un retorno al objeto y aparece la posibilidad de estar a solas. Se eligen orientaciones más claras en cuanto al trabajo o las posibilidades de estudio, se busca de forma más definida el compañero o compañera sexual, comenzando a definir la identidad básica (Nin, 2004; Amorín, 2008).

Al abandonar la infancia el adolescente no pierde solo sus recursos sino la estabilidad de la estructura psíquica que hasta el momento laboriosamente construyó. Aparecen los propios desequilibrios que desafían la remodelación de la instancia yoica y del registro narcisista, apareciendo a través de las preguntas, quién soy y cuanto valgo. La remodelación del Ideal del yo en torno de la modificación de las imágenes del futuro están representadas por las preguntas quién quiero ser y qué quiero para mí. La conciencia moral en su trabajo de resignificación del sentido de la ley paterna, se pregunta qué es lo que

ahora sí puede hacer. Estas pérdidas habrán de perturbar el equilibrio tópico, dinámico y económico del registro narcisista, ya que los logros y recursos con lo que se sedimentó la autoestima fueron tributos de una organización representacional y afectiva que caducó con la llegada de la pubertad (Kancyper 1997; Nin, 2004; Aspillaga, C., Torres y Cruzat, 2012; Cao, 2013).

Hay momentos en los que puede ser mayor el sufrimiento que el que suele ser por la crisis adolescente. Momentos estos en los que se tiene que presentar una postura de alerta y dejar el enunciado “es por una crisis adolescente”. La angustia desbordante que no puede ser procesada por la palabra, en oportunidad aparece a nivel del acto, las autoagresiones y lo desmedido son alertas que los padres o adultos de referencia no pueden dejar pasar. En los adolescentes el desorden y el desalineo del cuerpo como el desorden en los espacios comunes, son parte de la expresión de la crisis pero la magnitud de ello, puede alertar sobre una depresión cuya intensidad de los procesos comprometidos trascienden la crisis adolescente. El hecho de que aparezcan conflictos familiares ya se ha señalado, pero no necesariamente su presencia impedirá que tenga lugar una interrelación positiva entre padres e hijos (Oliva, 2004, 2006; Catsicaris, 2008).

Hay una urgencia en los adolescentes por conectarse a otros vínculos que ofician como modelos, rivales y/o auxiliares en la desesperada búsqueda de un lugar en la tan temida vida adulta. Se da una dinámica de intercambios que producen identificaciones fugaces en la larga marcha de desprendimiento material y simbólico de la familia de origen. Se da la puesta en marcha de un proyecto a futuro y construcción de un escenario para el enfrentamiento generacional. Este último incluye el cuestionamiento de los valores e ideales inculcados por la familia, según sean los roles familiares, y habrá mayor o menor chance para elaborar las vicisitudes del ciclo vital con el consecuente posicionamiento subjetivo (Kancyper 1997; Kancyper, 2007; Cao, 2013).

Encuentro y confrontación son dos aspectos en apariencia antitéticos pero en forma de un péndulo constituyen un par indispensable en el movimiento de acercamiento y separación constituyendo el estilo propio de la especificidad de las angustias en la crisis adolescente (Nin, 2004, citando a Winnicott, 1972, p. 153). La confrontación generacional es el proceso necesario para la construcción de la identidad en el adolescente, que ésta se dé y la forma en que se presente, depende del estilo de padres que tenga el adolescente en cuanto a su funcionamiento. La confrontación generacional es un movimiento que se da dentro de un proceso de desidentificaciones e identificaciones con los padres y otros adultos referentes. Proceso diferente es la provocación del adolescente a sus padres, actitud fallida de confrontación, movimiento diferente que no facilita la construcción de la identidad, sino

que queda en una oposición binaria en la que no se da el proceso de separación e individuación (Kancyper, 1997, 2005, 2007).

Las reorganizaciones estructurales y funcionales es un proceso que genera una avidez incorporativa caracterizada por Cao (2013), llamándola “urgencia identificatoria”. Con esto define el estado del psiquismo adolescente. Para plasmarse la composición intrasubjetiva que permite recambios representacionales y afectivos, tiene que tener lugar una remodelación identificatoria, es necesario una dinámica de intercambios intersubjetivos que el autor denomina “urgencia vinculatoria”.

La remodelación identificatoria se consolida por lo que proviene del interior y lo que proviene de otros vínculos. Este es un constante proceso de configuración y reconfiguración que se pone en juego en la dinámica entre lo que se adquiere y lo que se pierde. En el decurso del nuevo desarrollo del superyó cobran influjo aquellas personas que han pasado a ocupar el lugar de los padres, educadores maestros arquetipos ideales. Las significaciones imaginarias sociales que circulan en una cultura, contribuyen a engrosar ideas y valores que desde un registro transubjetivo abrirá paso a una sucesión de representaciones que van a contribuir el proceso de reformulación de ideales y valores (Bleichmar, 1999; Nin, 2004; Kancyper, 1997, 2005).

3.4.2.1. Conceptos teóricos relevantes en la adolescencia

El análisis de los datos arrojó categorías emergentes que orientaron a nuevas líneas dentro del espectro teórico, las que inicialmente, no se habían contemplado. Las categorías emergentes fueron: contexto familiar, situación de estrés, afrontamiento y apoyos sociales en la adolescencia.

3.4.2.1.1. Contexto familiar en la adolescencia

Oliva (2004, 2006), en sus estudios sobre el contexto familiar y el desarrollo adolescente afirma que en este período el contexto familiar es de suma relevancia. El tránsito a la adolescencia es un perturbador del sistema familiar. Se produce dimensionalmente un cambio en la trayectoria de vida personal-familiar. Familias en el que el patrón paterno-filial podía basarse en la comunicación, el apoyo y afecto mutuo, comienza a cambiar apareciendo mayor variedad de interacciones que oscilan entre la hostilidad y el conflicto.

Casco, Oliva, (2005) citado por Oliva (2006, p. 124), Facio y Resett (2006, 2007), Barrio del Campo y Salcines Talledo (2012), Luna Bernal, Laca Arocena y Cruz Abundis (2013), afirman que la conflictividad en el ámbito familiar en el período de la adolescencia es vivido como una “tormenta y tensión”. Esto es uno de los rasgos característicos de la representación social existente sobre la adolescencia. Las investigaciones muestran que las familias se reorganizan ante las situaciones conflictivas que comienzan en la pubertad, sin

embargo, se siguen manteniendo las relaciones afectivas pasado el tiempo. Por más que los conflictos pueden ser por aspectos cotidianos, sus efectos de malestar tienen además efectos positivos, se logra restablecer el equilibrio familiar con el paso del tiempo.

El inicio de la adolescencia de los hijos, provoca profundas modificaciones en la trama vincular familiar reordena la relación entre sus miembros poniendo en evidencia la posición del adulto. Se da una simultaneidad de situaciones vitales tanto a nivel de los adolescentes como de sus padres que hacen que las relaciones familiares se complejicen presentándose cambios importantes en estas. Ocurre un aumento de conflictos y consecuentes discusiones. Varios factores inciden para que esto tenga lugar. Algunos dependen de los propios cambios dentro de la pubertad, como factor inicial con consecuencias intrapersonales e interpersonales. El empuje hormonal en la pubertad tiene lugar en lo que Oliva (2004), llama la adolescencia temprana, entre los diez y los quince años con consecuencia en alteraciones en el humor del adolescente, donde la irritabilidad y la agresividad dan comienzo a las discusiones.

El progresivo aumento del deseo sexual no es un factor menor pudiendo generar la restricción por parte de los padres de las salidas y su preocupación ante las relaciones con los pares, que comienzan a tener un lugar protagónico de importancia. Las funciones cognitivas operatorias formales que se van consolidando otorgan la posibilidad de crítica al adolescente facilitando el cuestionamiento y posibilidad de sostener las discusiones.

En la adolescencia aparece una relación diada de paridad que pone en cuestionamiento la conformación anterior del papel protagónico paterno. Los aspectos conflictuales serán más acentuados, si ha existido un clima familiar anterior perturbado.

La construcción de la propia identidad, la exploración y búsqueda de un proyecto de vida tiene lugar en la etapa de la adolescencia media, entre los quince y los dieciocho años, lo que lleva a los adolescentes a la experimentación en varias esferas (Oliva, 2004).

Oliva (2006), señala que el contexto de socialización con pares es fundamental dentro de la etapa de la adolescencia. La intensidad emocional con que se vive la conflictiva familiar parece ser de mayor intensidad en la pubertad y adolescencia media, disminuyendo en la adolescencia tardía, si bien aparecen otras temáticas en las discusiones, como ser trayectorias de elecciones y ocupación laboral que pueden distar de los intereses y modalidades de los padres.

Luna Bernal, Laca Arocena y Cruz Abundis (2013), estudiaron en adolescentes entre 14 a 16 años, la identificación del grado de frecuencia e intensidad de conflictos familiares percibidos por los adolescentes. El estudio se orientó a identificar en qué medida estos factores, podían incidir en el grado de la satisfacción con la vida de familia en los adolescentes. Señalan que los conflictos familiares en esta etapa son más frecuentes en

referencia a temas de la cotidianidad, diferenciándose por género y edad del adolescente. Manejan como hipótesis que es porque constituyen el contexto idóneo de las interacciones que favorecen la afirmación de la autonomía del adolescente (Parra y Oliva, 2002 citado por Luna Bernal, Laca Arocena y Cruz Abundis, 2013, p 867). Afirman que la frecuencia e intensidad de conflictos familiares están en relación con una percepción no satisfecha de vida familiar por el adolescente. La temática de los conflictos, no se encuentran en relación con una percepción no satisfecha de la vida en familia. Puede deberse a que estos aparecen acompañados de valoraciones legitimadoras por parte de los adolescentes, por apreciar una actitud de preocupación por parte de los padres para con ellos.

Oliva (2004, 2006), Facio y Resett (2006, 2007), señalan que estudios muestran que los conflictos son frecuentes con las madres, a pesar de que se las percibe como más comprensivas. En este contexto las familias tienen la percepción de que la situación se está yendo fuera de control. La intensidad emocional con que se viven los conflictos es diferente. Parece estar más permanente en los padres que en los hijos, los que se recuperan fácilmente. Al parecer estas percepciones tienen que ver con que los padres viven los conflictos como pérdida de poder y los adolescentes como ganancia de autonomía.

Oliva (2004, 2006) y Catsicaris (2008), plantean que el grado de la conducta inadecuada en lo comportamental por parte de un adolescente se encuentra en relación con el manejo adecuado o no de ciertas situaciones por parte del contexto familiar, básicamente de los padres. Los estilos parentales estudiados por Oliva (2004, 2006) y los modos en la puesta de límites como las negociaciones estudiados por Catsicaris (2008), influyen en desarrollo adolescente con la presencia o no de comportamientos inadecuados a nivel anímico, de la conducta y/o académico.

El estilo parental (Oliva, 2004, 2006), hace al clima emocional donde se dan las prácticas o acciones de los padres dentro del ámbito familiar. El adolescente puede aprender cierta práctica parental de acuerdo con el clima emocional en el que se encuentre. Los estilos parentales presentan varias dimensiones, afecto-comunicación-conflictos-control y promoción de autonomía. El afecto positivo como la contención y empatía, permite que se de mayor comunicación con el adolescente. Hace que este pueda tolerar las medidas de control no presentando alteraciones comportamentales académicas, ni síntomas depresivos. El fomento de autonomía es otra dimensionalidad que hace referencia a las prácticas de los padres. Apunta a que el adolescente vaya adquiriendo progresivamente la posibilidad de mayor autonomía y toma de decisiones propias. Esto estimula conductas de opiniones propias, más allá de la diferencia parental y tolerar mejor las mismas, producen un mejor desarrollo académico y competencia social. Sin embargo, en la situación en donde hay una restricción en este sentido, aparecen adolescentes con ansiedad y depresión.

El manejo de los padres en el punto del fomento de la autonomía se encuentra influenciado por los aspectos culturales. Culturas individualistas es donde este elemento es más explícito, en culturas colectivistas, la familia tiene un valor más apreciado. En oportunidades los padres ejercen un estilo de control psicológico que está en relación a la descalificación o inculcación de la culpa, apoyando afectivamente solo cuando el adolescente tiene un comportamiento aceptado por ellos. Provoca un control emocional con efectos de desajustes en la esfera emocional y conductual (Oliva, 2004, 2006).

Oliva (2004, 2006), Oliva, Parra, Sánchez, López (2007), explicitan que padres con un estilo parental en el que media el afecto, la comunicación y la promoción de la autonomía, los conflictos tienen un saldo positivo relacionándose con un competente desarrollo adolescente en varias áreas. El afecto, el apoyo y la comunicación positiva si caracteriza la relación entre los padres y los adolescentes, estos muestran un mejor ajuste psicosocial, confianza en sí mismos, competencia conductual y académica, autoestima, bienestar psicológico y menos síntomas depresivos y comportamentales (Oliva, 2006; Facio y Resett, 2007; Orcasita Pineda y Uribe 2010; Barrio del Campo y Salcines Talledo, 2012).

La forma de resolución de los conflictos se diferencia con la edad del adolescente. En una primera etapa es probable que no haya negociación, lo que prevalece es que el adolescente se repliegue o que los padres pongan un límite rígido. En la adolescencia media o tardía ya se puede dar la retirada por parte del adolescente del seno familiar y lo que comienza a ocupar lugar en la regulación, es la negociación (Oliva, 2006; Facio y Resett, 2006, 2007; Oliva, Parra, Sánchez, López, 2007; Catsicaris, 2008, Luna Bernal, Laca Arocena y Cruz Abundis, 2013).

Los autores precedentes manifiestan presentar una visión diferente a la visión psicoanalítica que explicita que es necesario el enfrentamiento para lograr la individuación adolescente, refiriendo que hay otras formas de darse tal proceso. Las situaciones conflictivas en este período, permiten las estrategias de negociación, control/monitoreo acompañado del afecto, comunicación, implementación de la progresiva autonomía, individuación e identidad personal, siempre que sean toleradas las diferencias dentro del contexto familiar.

Oliva (2006), Orcasita Pineda y Uribe (2010), Barrio del Campo y Salcines Talledo (2012), plantean que los adolescentes refieren que con los padres suelen tener problemas de comunicación. No se sienten entendidos y eso hace que busquen otros interlocutores, que suelen ser los pares. Hay una disminución de la cercanía emocional durante la adolescencia con la familia, la comunicación sufre de por sí un cierto deterioro no siendo lo mismo que en la etapa anterior. Esta etapa tiene un carácter pasajero y si hubo un “afecto positivo”, por lo que aquella se reestablece.

Oliva (2006, p. 213), citando a los estudios de Collins & Respinsky, (2001), señala que hay una cuestión de género en las características del deterioro en la comunicación. Barrio del Campo y Salcines Talledo (2012), con su estudio de las características de la comunicación de los adolescentes con su familia, indican que jóvenes que establecen una buena comunicación con sus progenitores afrontan mejores sus conductas de riesgo. La comunicación entre los adolescentes y sus progenitores es un aspecto fundamental en la dinámica familiar que influye en el desarrollo de la adolescencia y básico para el bienestar del adolescente y la familia. Implica el establecimiento de confianza, afianzamiento en vínculos emocionales, facilitando la interiorización del mensaje de los adultos en los adolescentes para controlar la conducta en situaciones potenciales de riesgo. Se ha identificado un elemento de género también al momento de las comunicaciones de situaciones problemas por parte de los adolescentes en el contexto familiar. Las chicas acuden con mayor frecuencia a las amigas antes que a los padres, sin que esto inhiba la posibilidad de comunicación a los padres. A la inversa se presenta en los chicos, los varones en primera instancia suelen ser más reservados, pero al momento de la comunicación aparece primero la figura de la madre, luego la del padre, en un orden de equiparación con hermanos y amigos. Los factores intervinientes en estas presentaciones parecen reparar en aspectos socioculturales.

Facio y Resett (2006, 2007), afirman que la cercanía emocional entre los 15 y 17 años con la familia disminuye pero igual los adolescentes siguen percibiendo las relaciones con sus padres como satisfactorias y continúan siendo las principales fuentes de apoyo ante distintos problemas. La mayoría prefiere la relación con la madre que con el padre, los hermanos se ubican en el tercer lugar junto a los amigos. El grupo de amigos facilita elaborar la separación del entorno de la infancia y la salida al mundo adulto, cumplen la función que en otros momentos cumplía la familia. Los pares son agentes importantes en el desarrollo psicosocial del adolescente.

3.4.2.1.2. Situación de estrés- afrontamiento- apoyos sociales en la adolescencia

Cumsille, et. al, (1994), hace una revisión de los estudios sobre la relación entre el nivel de estrés, apoyo social y bienestar psicosocial en los adolescentes. Los estudios son convergentes en que en esta etapa el sujeto se encuentra dentro de una serie de estresores propios de la etapa evolutiva, lo que lo hace más vulnerable a los desajustes psicosociales. En ocasiones la situación de crisis de la adolescencia se acompaña de crisis normativas como las llama Catsicaris (2008), en el sentido de “normales” dentro de la dinámica familiar y los ciclos vitales de las familias como el nacimiento de otro hijo, la muerte de un abuelo. Hay otras crisis no normativas, inesperadas o impredecibles, como separación de los padres, desocupación, muerte prematura de un familiar, etc., que adicionan factores

estresores. En general, estas últimas, tienen ciertas características repentinas, inesperadas, las cuales no pueden ser anticipadas, vividas con carácter de urgente y pueden amenazar el bienestar físico o psíquico del adolescente. Provocan un impacto adicional a los cambios propios del período.

La teoría del estrés social ofrece un marco conceptual útil para identificar los factores estresantes como los procesos que enfrentan los adolescentes y el ajuste social concomitante. Dohrenwend (1978) citado por Cumsille, et. al, (1994, p. 116), ha propuesto tres factores que constituyen el nivel general de estrés. Uno es el estímulo estresor, dos, son las fuerzas mediadoras externas y tres, las fuerzas mediadoras internas. El primero evalúa el ambiente como excediendo los recursos y amenazando su bienestar. Proceso complejo que está afectado por varios factores, antecedentes internos, externos y factores mediadores (Lazarus & Folkamn 1984, citado por Cumsille, et. al, 1994, p. 116).

La severidad del estrés de un individuo estará sustentada entre la duración e intensidad del estímulo estresor las fuerzas mediadoras externas y las internas. De acuerdo a la revisión de la bibliografía al respecto, Cumsille, et. al, (1994), plantean distinguir los adolescentes más resistentes a los factores estresantes y aquellos que son más vulnerables. Ello por las disposiciones de la personalidad y por el apoyo familiar y social. No todos los factores estresantes cotidianos (alguno de ellos son las discusiones con los padres, los fracasos escolares, entre otros) tienen un efecto negativo, sino que en oportunidades, pueden llevar a un crecimiento.

Verdugo-Lucero, et al, (2013), hicieron un estudio sobre el logro del bienestar subjetivo y los estilos de afrontamiento al estrés y/o las formas de los adolescentes para la resolución de sus problemas. Se entiende por bienestar subjetivo, la apreciación cognitiva global acerca de la vida, expresión del sujeto con la satisfacción con su vida a través de emociones positivas y la aparición poco frecuente de emociones negativas. Los sujetos con un mejor bienestar subjetivo, parecen tener mejores habilidades y apreciaciones personales, mejores manejo del entorno, adecuado control de la tensión frente a los estresores para el logro de un afrontamiento exitoso. Las emociones positivas aumentan una serie de cogniciones y acciones que permiten al individuo construir recursos personales y psicológicos que mejoran el afrontamiento y repercuten en la nueva generación de emociones positivas (Marrero y Carballeira, 2010, citado por Verdugo-Lucero, et al, 2013, p. 82).

Las variables psicosociales asociadas al bienestar subjetivo y las estrategias de afrontamiento presentan contribuciones significativas, son mecanismos que los individuos utilizan para minimizar los efectos del estrés. El afrontamiento juega un papel importante como mediador entre las experiencias estresantes a las que se encuentran sometidas las

personas, los recursos personales y sociales con los cuales cuentan para hacerles frente. Los adolescentes de menor edad utilizan un estilo focalizado en la emoción y los más grandes focalizados en el problema. Las estrategias para la resolución de los problemas más orientadas al problema que las de las emociones, recurren más a los apoyos sociales asociándose con una mayor resistencia al estrés. Las enfocadas en la emoción pueden traer consecuencias negativas al bienestar subjetivo (Verdugo-Lucero, et al, 2013).

En la adolescencia los sistemas de apoyo social experimentan cambios de forma constante, el mundo de los adolescentes se expande más allá de los padres y familia. El nivel de apoyo social total aumenta con la escolaridad reflejando un aparente aumento en el apoyo social formal con profesores y orientadores y los informales, como pares y amigos (Cumsille, et. al, 1994).

Al sufrir cambios el apoyo social puede ser que la percepción de los apoyos sea de inestabilidad. El apoyo social es entendido como el intercambio de recursos que se produce al relacionarse una persona con otra. Un individuo es percibido como un proveedor y otro como receptor. La importancia del apoyo social no radica en la interacción, sino en los beneficios que se obtiene de ella. Se distingue el apoyo social recibido, del apoyo social percibido. El primero consiste en la dimensión objetiva del apoyo, la cantidad de ayuda recibida, tomándose en cuenta las creencias que tiene el sujeto en referencia a las fuentes de apoyo. El apoyo percibido hace a la dimensión subjetiva, compuesta por la cognición y la evaluación del apoyo. Implica la valoración que hace el sujeto del apoyo recibido en cuanto a la satisfacción y el ajuste a las necesidades (Orcasita Pineda y Urbide, 2010).

El sistema de apoyos sociales ayuda a las personas a organizar sus habilidades y recursos para enfrentar el estrés, proporcionando ayuda instrumental y emocional. Los comportamientos de apoyos sociales incluyen intentos de ayuda al individuo para superar el malestar emocional, compartir responsabilidades y proveer ayuda emocional. No existe evidencia empírica que plantee que las medidas de apoyo social operen en forma similar en contextos sociales y culturales diferentes. Los adolescentes que disponen de una buena red de apoyo social, les asegura su capacidad de afrontamiento a las situaciones negativas. Los apoyos sociales son un constructo multidimensional presentan las categorías de apoyo emocional, apoyo material y apoyo informal. El apoyo emocional se refiere a aspectos como la intimidad, apego, confort, cuidado y preocupación. El apoyo instrumental se representa en la ayuda o asistencia material. El apoyo informal implica consejo, guía, información relevante para la situación (Cumsille, et al, 1994, Orcasita Pineda y Urbide, 2010).

Los sujetos adolescentes que poseen una percepción de un alto grado de apoyo social, presentan alto autoconcepto, estilo de afrontamiento adecuado, mayor autoestima y

autoconfianza, mayor control personal y bienestar subjetivo (Orcasita Pineda, y Urbide, 2010; Verdugo Lucero, et al., 2013).

Dentro de la adolescencia los factores de protección son los recursos personales, los factores sociales e institucionales que promueven el desarrollo exitoso o disminuyen el riesgo de que surja un desarrollo alterado. La adolescencia necesita contar con apoyos que den la sensación de interés ante él. Esto tendría que ser proporcionado por la familia, de no ser así el adolescente busca el apoyo en grupos informales de amigos, los mismos pueden influir positiva o negativamente en el desarrollo del mismo (Orcasita Pineda, Linda y Urbide, Ana Fernanda, 2010, Verdugo Lucero, et al, 2013).

3.5. Consulta psicológica

La consulta psicológica es la consulta que se realiza al profesional de la psicología, en el contexto de la clínica psicológica la cual busca responder a la solicitud de ayuda ante un sufrimiento psíquico (De Souza, 2010).

La noción de “consulta” implica el pedido de asesoramiento a alguien habilitado para tal fin. En el caso de la consulta psicológica, corresponde al psicólogo clínico en dar respuesta acorde a esa solicitud (Menéndez, Bordón, Mayorga, 2005).

3.5.1. Consulta psicológica y modelo psicodinámico

Hay varias formas de abordaje de la consulta psicológica pero la que ha predominado en el medio académico y profesional de la región del Río de la Plata, ha sido el abordaje de la consulta psicológica desde el modelo psicodinámico.

El abordaje de la consulta psicológica desde el modelo psicodinámico, es una derivación del modelo psicoanalítico y aborda la tarea clínica en base a términos de diagnóstico, tratamiento y pronóstico. El modelo psicodinámico parte de postulados teórico-técnicos del modelo psicoanalítico con algunas variantes específicas a nivel técnico del ejercicio profesional. En el modelo psicodinámico se da focalización en los problemas con una mayor directividad en el proceso tanto de evaluación diagnóstica como de intervención con carácter terapéutico por el hecho de que el tiempo es acotado, que no implica el tiempo del modelo psicoanalítico tradicional. El foco de atención es el sujeto, su singularidad y lo que le sucede, ello tiene un valor diagnóstico que orienta la estrategia de intervención terapéutica. Utiliza como método la técnica de la entrevista psicodinámica y la aplicación de técnicas proyectivas, en caso de ser necesario. Ambas herramientas proporcionan un valor diagnóstico para la generación de hipótesis que interesan al clínico para contar con una visión del sujeto donde el comportamiento funcional y disfuncional está integrado en una perspectiva de estructura e integración. Estos instrumentos técnicos tanto en su implementación como lectura clínica y evaluación psicológica, se nutren de los postulados

teóricos psicoanalíticos freudianos, posfreudianos como la integración de otras perspectivas teóricas (Maganto Mateo, 1999a, 1999b; Celener, et. al, 2004).

La consulta psicológica desde el modelo psicodinámico, promueve que en los encuentros se de la expresión de la subjetividad a ser explorada, desde la mirada de la reformulación de una historia de vida. Al investigar la subjetividad, el entrevistador acompaña al sujeto en la comprensión de sí mismo, la historia individual y los aspectos contextuales de su situación. Pretende hacer una lectura clínica de los aspectos preconcientes, inconcientes y de emociones, que se manifiestan conflictivamente y con dolor, trabajando con el sujeto para hacer conciente aquello que es preconciente y eventualmente inconciente. Este modelo entiende que el sujeto que consulta explicita un motivo por el que consulta, motivo de consulta manifiesto, pero la teoría dinámica que lo nutre pretende que en el desarrollo de la consulta psicológica y en el procedimiento de su evaluación diagnóstica, se pueda llegar al motivo de consulta latente, sentidos o significados inconcientes del primero. El modelo psicodinámico toma a la manifestación de la conducta del sujeto como expresión de un conflicto intrapsíquico, aspecto que marca la influencia de la concepción psicoanalítica del sujeto y su funcionamiento psíquico. Por lo que la mirada es desde la estructura, la dinámica psíquica a los efectos del diagnóstico, tratamiento y pronóstico (Maganto Mateo, 1999a, 1999b; Celener et. al, 2004; OPD2, 2008; Bernardi, et. al, 2011).

Cristóforo (2006), señala que comprender al sujeto desde un cuadro nosográfico o psicopatológico implica la postura de pensamiento que se llega a una verdad en el sujeto, como algo que preexiste y a lo que hay que alcanzar. Esto implica una postura paradigmática diferente a la de entender al diagnóstico desde otro lugar como es la de comprender lo que le sucede al sujeto.

Diagnóstico implica conocer–entre, es lo que se da en un vínculo con el otro. Lo que se dé en este vínculo es una construcción que implica subjetividades y tiene efectos de subjetivación en el entendido de esa construcción. Por lo tanto lo complejo está dado por la incertidumbre y lo azaroso y porque las significaciones pueden ser varias y situacionales, sin ser reductibles ni simplificables. El diagnóstico es en sí mismo una estrategia de investigación, teniendo como objetivo la investigación de las subjetividades. Se investiga y se interviene produciendo modificaciones en las subjetividades implicadas (Cristóforo, 2006).

3.5.2. Consulta psicológica y método clínico

El método empleado para la resolución de la consulta psicológica es el método clínico. El método clínico puede utilizar diversas modalidades de aproximación al objeto, abordándolo desde la dimensión de la escucha del discurso, desde lo observacional

empírico, desde la aplicación de técnicas de evaluación de la personalidad pero en todos los casos, se trata de una construcción de ese objeto. Implica un espacio de integración complejo donde se produce conocimiento en el encuentro y articulación entre la praxis y la teoría (Singer, 2012).

El método clínico supone la implicación de las subjetividades en juego y ese encuentro es único y particular con el “objeto-sujeto”. El método clínico permite abordar el funcionamiento psíquico, pasible de buscar y construir junto a otros posibles respuestas al sufrimiento, siempre que se dé el interjuego entre la escucha clínica, la aptitud clínica (predisposición para la interpretación clínica de una situación a partir de la internalización de un encuadre metodológico) y actitud clínica que permite el pasaje gradual del “yo siento, yo creo, yo pienso para llegar al yo sé” (Ulloa, 1988).

La consulta clínica psicológica que privilegia la escucha clínica para la elaboración consecuente de hipótesis diagnósticas disparadoras de objetivos, determina el tipo de técnicas a ser utilizadas al servicio de la apertura de discursos para la mejor comprensión de los niveles diagnósticos: situacional, dinámico y estructural. Estos pasos se articulan y generan hipótesis de intervención. Se produce un esclarecimiento a nivel del diagnóstico y a nivel terapéutico se produce un alivio del sufrimiento que ha movido al sujeto a consultar. El objetivo es la apertura a un espacio junto a otro en el que se produce un intercambio sostenido por el proceso transferencial-contratransferencial. Esto se facilita y propicia por un encuadre clínico donde se tiene una actitud clínica y se sostiene la escucha clínica la que implica escuchar más allá de lo evidente, esto permite un cierto nivel de inferencias o hipótesis (Contino, 2012).

El paradigma de la complejidad desarrolla más el concepto de metodología que de método. Es entendida como el programa y estrategia donde al arrimar la idea de una estrategia clínica deja la posibilidad de la modificación y el cambio ante los avatares que depara el diálogo entre lo planificado y lo que se aparece en el camino. Implica una actitud de apertura a la innovación así como la incertidumbre. Si método implica la noción de camino a seguir para lograr el conocimiento sobre algo de modo ordenado para alcanzar la verdad, implica un determinado presupuesto, el de la programación dentro de un orden a ser seguido y estipulado. El paradigma nutre el modo de concebir la realidad, el conocimiento que se tiene de ella lo que determina las prácticas y el método para conocerla (Cristóforo, 2006).

Con la jerarquización de la escucha y la lectura clínica, se intenta dar respuesta a la consulta psicológica. Implica entenderla como un proceso de producción de saber, propio y del consultante, que trasciende lo clásico de las herramientas como instrumentos. Se permite el entrelazamiento de la noción de diagnóstico, intervención y/o devolución en un

proceso. Se reformula de esta manera conceptualmente dichas nociones, que tal vez en otros momentos históricos de la psicología como disciplina pudieron ser vividos como separados. En la consulta psicológica el diagnóstico y la intervención se encuentran estrechamente vinculados y necesariamente presentes, se diagnostica se interviene, se interviene se diagnostica, se conoce, sin embargo en la práctica cotidiana de la clínica se puede, en ocasiones, pensarlas como estrategias diferentes o separadas (Cristóforo, 2002).

De acuerdo con el tipo de consulta se hace necesario diseñar una estrategia clínica que en algunos momentos tendrá más el acento en el diagnóstico, para saber el porqué de la situación, cómo se organiza el sujeto frente a ella y cómo se inscribe en su historia, para después hacer una indicación pertinente. En otros momentos, el acento estará en lo terapéutico para buscar la modificación más permanente de aspectos del sujeto, promoviendo el desarrollo de algunos aspectos y fortaleciendo otros. Este modelo de intervención es pensada como interacción productora de nuevos sentidos a diversos niveles psíquicos, intersubjetivo, intrasubjetivo y transubjetivo (Cristóforo, 2006). No implica que el objetivo sea encontrar la respuesta precisa y única, sino que se hace hincapié especialmente en el movimiento que se produce en el proceso mismo de búsqueda, supone una interrogante tanto para el que consulta como para el consultado (Cristóforo, 2002).

Toda intervención clínica tiene lugar en el marco de una consulta psicológica que implica el encuentro entre el profesional de la psicología con un otro, este se encuentra en la posición de un pedido de ayuda, explícito o no. Este encuentro, se ve facilitado por un encuadre que permite que se configure un determinado vínculo, dando lugar a un espacio de producción de sentidos (Contino, 2012).

Intervenir proviene del venir-entre. Involucra al menos dos sujetos, los que inauguran una novedosa forma de encuentro para subjetivarse. Produce y habilita un espacio para pensar desde una óptica diferente lo que se des-cubre con otro. Es terapéutico el encuentro y lo que allí se produce. Implica operar, hacer-con en la búsqueda de diferentes sentidos del sufrimiento (Muniz, 2005).

La intervención implica una modalidad de práctica psicológica que favorece cambios en el que consulta a partir de una estrategia que se construye en un tiempo acotado y frente a una demanda específica o para construir esa demanda (Muniz, 2002).

La estrategia clínica diseñada para resolver la consulta y las posibilidades de intervención del profesional parten de las inferencias clínicas que realiza este sobre la situación clínica planteada.

En el contexto del ámbito clínico, especialmente de las intervenciones clínicas, las percepciones clínicas de los terapeutas sobre una situación clínica, un paciente o una

consulta, implica inferencias clínicas (Levobichi de Duarte et al., 2009, Juan, Etchebarne, Weisman, Levobichi de Duarte y Roussos, 2009).

Levobichi de Duarte (1994, 1996, 2000, citado por Levobichi de Duarte, 2009, p.64), presenta a las inferencias clínicas como el proceso afectivo-cognitivo de transformación de datos y elaboración de hipótesis en la que intervienen estructuras de significado conciente e inconsciente y esquemas personales, por parte del clínico.

Levobichi de Duarte et al., (2009), Juan, Etchebarne, Weisman, Levobichi y Roussos (2009), plantean diferentes categorías de inferencias clínicas que pueden hacer los terapeutas. Unas están en relación al contenido, otras a la forma de formulación. Las relacionadas con el contenido son aquellas que el terapeuta percibe del paciente en una o diferentes áreas de funcionamiento. La resolución en un área es una inferencia clínica simple, cuando se formula más de un área es lo que se denomina combinada. La formulación de una inferencia clínica puede ser descriptiva, asociativa o interpretativa. Descriptiva es aquella que se encuentra más cerca a la enumeración de los datos proporcionados por la realidad, sin articularse con una instancia explicativa teórica. La asociativa, implica una formulación basada en la articulación de uno o más elementos del material, donde hay un intento de explicación, sin llegar a una conclusión. La interpretativa implica una formulación en la que se elaboran y sacan conclusiones más allá del material explícito de la realidad.

Celener et al., (2004), por su parte, desarrolla tres niveles de inferencia del psicólogo clínico al interpretar la experiencia clínica, situación clínica o material clínico. La inferencia es el proceso que realiza el psicólogo de transformación de los datos observables de la situación clínica. El primer nivel de inferencia es aquel observacional, se observa lo presentado en la situación pero el psicólogo inevitablemente selecciona un recorte de los datos, por focalizarse en algunos observables a partir de su marco conceptual. De esta forma se lleva implícita una cierta interpretación de los hechos. Un segundo nivel de inferencia implica la interpretación de la empiria. El psicólogo se va alejando del terreno de la empiria para acercarse a la construcción de hipótesis, le asigna sentido o significado a los hechos. El tercer nivel de inferencia, es el de especulaciones teóricas metapsicológicas. Consiste en relacionar las hipótesis interpretativas del segundo nivel con la metapsicología.

Juan, Etchebarne, Roussos, et. al, (2009), señalan que la noción de intervención puede comprenderse de forma general o puede comprenderse de forma acotada. En la primera se refiere intervención como al proceso completo de tratamiento y en la segunda acepción como la acción específica del profesional de la psicología en su accionar y/o decir dentro del proceso de tratamiento.

Para el presente estudio se toma la consulta psicológica como intervención psicológica en un sentido general (Juan, Etchebarne, Roussos, et. al, 2009; Muniz, 2002, 2005).

4. Metodología

4.1. Diseño metodológico

Este estudio se trata de una investigación cualitativa en el ámbito clínico. El hecho de ser una investigación cualitativa permitió una aproximación a las perspectivas, significados, sentidos y conocimientos de los participantes en referencia al tema de investigación. Permitted el empleo de un método de análisis flexible, interpretativo, inductivo y reflexivo. Se analizó lo que surgió de la empiria poniéndolo en discusión con la teoría, facilitando la comprensión de la complejidad y profundidad del tema en cuestión.

La investigación cualitativa no presenta un modelo de investigación único y válido lo que le permite la flexibilidad necesaria para la adaptación a las circunstancias de la realidad del ámbito en el que se da el fenómeno de estudio (Vasilachis, 2006; Rodríguez Gómez, Valldeoriola Roquet, 2007).

Un rasgo característico de las investigaciones cualitativas es que el investigador se sumerge en el escenario donde se hará la investigación. Frente a esto, la investigación se desarrolló en el servicio clínico universitario donde la investigadora es docente. Esto facilitó el conocimiento de la realidad del servicio, de las características de la población consultante, de los dispositivos de intervención psicológica que allí se desarrollan, del contacto con otros terapeutas, que a su vez conformaban el equipo docente del mismo, y el fácil acceso a la población objetivo.

Es una investigación de carácter exploratorio y descriptivo. La metodología utilizada permitió profundizar en la comprensión de las variables y dimensiones que constituyen el fenómeno a estudiar más que la generalización. Las metodologías cualitativas son metodologías comprensivas y construccionistas orientadas a la interpretación y comprensión de los fenómenos humanos. Pretenden la comprensión de situaciones particulares centradas en la búsqueda del significado y sentido que les conceden los sujetos, como viven y experimentan los individuos o grupos que son objeto de investigación. Tienen el acento puesto en la vivencia concreta en su contexto histórico, cultural, a través de los valores y sentimientos que se originan. Se interesa por la realidad tal cual los sujetos la interpretan (Rodríguez Gómez, Valldeoriola Roquet, 2007).

Para el presente estudio se consideró la investigación cualitativa junto con estrategia de metodología cualitativa como el enfoque más pertinente para poder dar cuenta de las preguntas de investigación como al objetivo general y los objetivos específicos planteados en ella. Esta metodología fue utilizada tanto a nivel de la recolección de datos como del análisis de estos.

El estudio facilitó la perspectiva subjetiva de los adolescentes en referencia a su vivencia del problema que los lleva a consultar por atención psicológica y las percepciones clínicas de los terapeutas en referencia al tema a partir de su experiencia clínica con adolescentes.

4.1.1. Elección muestrales

4.1.1.1. Participantes

La población objetivo del estudio son adolescentes que consultaron durante el año 2013-2014 al servicio clínico universitario de la Facultad de Psicología instalado en el Hospital de Clínicas y el INJU y terapeutas de adolescentes que fueran en principio, docentes del servicio clínico universitario mencionado.

El muestreo de la población objetivo de adolescentes fue por conveniencia, de carácter intencional oportunístico no probabilístico, sin pretender perseguir una representación estadística de la muestra (Hernández Sampieri, 1997).

Para la elección de los participantes a la investigación se tuvo en cuenta la accesibilidad y recursos disponibles en el servicio clínico universitario instalado en el Hospital de Clínicas/INJU.

El presente estudio presenta unidades de análisis múltiple, por un lado los adolescentes entre 15 a 18 años de edad, consultantes al SAP durante los años 2013-2014 y terapeutas de adolescentes pertenecientes a servicios clínicos de la Facultad de Psicología, todos docentes universitarios en clínica.

Criterios de inclusión de adolescentes:

1. Adolescentes entre 15 y 18 años de ambos sexos, que consultaron al servicio por atención psicológica y dispuestos a participar de forma voluntaria en la investigación.
2. Adolescentes consultantes que lo hicieran por iniciativa propia o que estuvieran a fin con la propuesta de atención psicológica, en caso de ser traídos por terceros a la consulta, habiendo un grado de implicación subjetiva en su problema.
3. Procedencia de estratos socioeconómico medio, medio-bajo y bajo, características estas, de la población habitual consultante al servicio y de ambos sexos pretendían apuntar de lo heterogéneo de la muestra.
4. Que hubieran finalizado su intervención inicial psicológica de carácter diagnóstico.

Criterios de exclusión:

1. Adolescentes fuera de la franja etaria mencionada.

2. Adolescentes que hubieran sido atendidos por la investigadora.
3. Adolescentes que en la apreciación diagnóstica, en base a criterios de valoración clínica con entrevistas y técnicas de evaluación psicológica, presentaran patología crónica grave (como psicosis).
4. Adolescentes que ante la evaluación diagnóstica fueran considerados, por parte de los docentes evaluadores, que la instancia de participación en una investigación les ocasiona clínicamente perjuicio para el mismo por factores de fragilidad de personalidad.

Presentación de la muestra:

Caso	Sexo	Edad	Nivel de Educación	Nivel Socioeconómico	Actividad Laboral	Motivo de consulta
Caso 1	F	18	2do. Bachillerato Humanístico	Medio-bajo	No	Ruptura de la relación con la madre/depresión
Caso 2	F	18	2do. Bachillerato Artístico	Medio-bajo	No	Dificultad de relacionamiento con el padre/baja autoestima
Caso 3	F	18	2do. Bachillerato Artístico	Medio-bajo	No	Dificultad de relacionamiento con la madre/depresión
Caso 4	M	17	2do. Bachillerato Humanístico	Medio	No	Dificultad de relacionamiento con la madre/soledad
Caso 5	F	17	1ro. Bachillerato	Medio	Si	Dificultad de relacionamiento celos

4.1.1.2. Elección del grupo de terapeutas

Las características generales de los participantes del grupo con terapeutas, grupo focal (GF) fueron:

Todos docentes universitarios de la UdelaR, con una experiencia docente entre nueve y treinta años de ejercicio.

Docentes universitarios en la enseñanza de la clínica psicológica con adolescentes. Sus cargos son de carácter docente-asistencial en servicios clínicos universitarios.

A nivel profesional personal, inserciones laborales variadas en el trabajo con adolescentes. Estas van desde la consulta particular, profesionales del sistema de salud público y privado, técnicos dentro de instituciones gubernamentales y no gubernamentales en atención al adolescente. Este aspecto dio cuenta de la heterogeneidad del grupo y se consideró que redundaría en la profundización de diferentes perspectivas del problema en cuestión.

4.1.2. Limitaciones metodológicas

En principio la muestra se pensó con los criterios del muestreo teórico, acompañando el proceso de análisis de los datos. Se comenzaron las entrevistas con adolescentes siguiendo los criterios de inclusión que contemplaron las primeras definiciones muestrales. Se aspiraba que la muestra quedara conformada cuando se lograra el criterio de saturación teórica. Las entrevistas fueron realizadas a fines del año 2013, cuando los adolescentes finalizaron su proceso de consulta inicial. La continuación con el muestreo se pensó concretar en el año 2014, cuando los adolescentes finalizaran sus consultas iniciales. Se dieron ciertas condiciones que condujeron a limitaciones en cuanto al número de la muestra obtenido.

Los factores no previstos que incidieron en la conformación muestral fueron de diferente orden. En primera instancia, durante el 2013 el número de entrevistados que cumplían los criterios de inclusión y aceptaron la participación en la investigación fue el concretado. En ese momento, para contemplar la variable género, se citó a otro adolescente consultante de género masculino, que no aceptó la propuesta de participación. Al año siguiente en el 2014, los adolescentes que consultaron al servicio presentaron edades menores o mayores a las escogidas para la muestra y/o abandonaron la intervención inicial.

Para compensar la situación que se planteó, se trató de contactar con otro servicio clínico de la Facultad que atendiera adolescentes. El servicio que cumplía las condiciones estaba en el marco de un convenio con otra institución pública, lo que implicaba solicitar autorizaciones que redundaban en demoras administrativas que excedían los tiempos de la entrega de la investigación. En ese período ya se estaba instrumentando el grupo focal de terapeutas, como la otra fuente de datos planificada.

Evidentemente, la situación mencionada limitaba lo que se pudiera acceder con los datos recogidos, por lo que se reparó en la situación y se tomaron ciertas decisiones para reparar en el alcance de la interpretación de los resultados.

Las decisiones tomadas fueron dos. Una consistió en hacer una triangulación en la recolección de datos y análisis, proporcionado por el grupo focal. La otra decisión fue lograr una mayor profundidad en la comprensión de los datos recabados por las entrevistas en profundidad a través del procedimiento de análisis de proceso que completa el Análisis de Contenido Temático, siguiendo las indicaciones de los desarrollos de la Teoría Fundamentada (Strauss & Corbin, 2002). Este último procedimiento fue sugerido por la Dra. Mariane Krause, en comunicación verbal de 9 de octubre de 2014, en supervisión del Proyecto de la Tesis de Maestría, como modo compensatorio de las limitantes metodológicas presentadas.

4.2. Procedimientos Generales

4.2.1. Procedimiento con los adolescentes

Procedimiento de convocatoria

Al finalizar la intervención psicológica inicial de carácter diagnóstico en el servicio, se le hace la invitación al adolescente por parte del docente referente de la intervención la posibilidad de participación con carácter voluntario de en la investigación.

Se le explicó el marco en el que se desarrollaba esta y los objetivos de la misma. Posteriormente de la aceptación del adolescente sobre su participación, se le comunica que la investigadora se pondrá en contacto con él o ella.

Se contactó telefónicamente con el o la adolescente por parte de la investigadora y se le reitera el motivo tanto del contacto como los términos de la investigación.

A partir de la aceptación explícita y el asentimiento del adolescente, se concreta día y hora para efectuar la entrevista dentro del Hospital o el INJU, de acuerdo al lugar de referencia del entrevistado.

La participación en la presente propuesta de investigación se acordó con el participante, mediante previa información adecuada, suficiente y continua que se le proporcionó a lo largo de todas las instancias del proceso y a través de un Consentimiento libre Informado (véase apéndice 9.4.1).

El Consentimiento libre Informado, contenía los objetivos de la propuesta, metodología, confidencialidad de los datos proporcionados, beneficios previstos, potenciales riesgos o incomodidades que la misma pudiera ocasionar.

Quedó explícito el derecho de los participantes de acceder a los resultados de la investigación y las formas de contactarse con el investigador (CM 515/2008, Poder Ejecutivo, cap. I, art. 2, numeral ñ, p.7).

Participaron de la investigación los adolescentes que habiendo quedado claro todos los términos del consentimiento informado, fueran capaces de dar su asentimiento. Un adulto responsable a cargo (padre, madre o tutor, en algunos casos), debió firmar el Consentimiento libre informado, que se le presentó y leyó a ambos, por ser el adolescente menor a los 18 años de edad.

Se le dio copia al participante del consentimiento, el cual se le leyó al momento previo del inicio de la entrevista, quedando a entera disposición para responder a cualquier pregunta que se le suscitara en cualquier momento del proceso.

Se le explicó a cada participante que el consentimiento libre informado podría ser revocado por la sola voluntad del sujeto en cualquier momento del desarrollo del proceso de investigación en tanto así lo expresare, respetando de esta forma el Principio de Autonomía² de todos los participantes en la investigación. El punto anterior se encuentra en acuerdo con la Convención Iberoamericana de Derecho de los Jóvenes aprobada por ley N° 18.270 del 19 de abril de 2008, la que profundiza en la línea del reconociendo de la autonomía progresiva personal de los adolescentes a partir de los 15 años de edad³ junto al Código de la Niñez y la Adolescencia, aprobado por Ley N°17.823 de 7 de setiembre de 2004, que adopta los niveles generales de la Convención de los Derechos del Niño, en cuanto a sus posibilidades de decisión.

La revocación de las condiciones de la investigación por parte del participante, se respetarían dejando constancia como enmienda al protocolo de investigación. Una situación como la de este tipo, no interferiría en el inicio o continuidad de la atención psicológica del adolescente dentro del servicio clínico; siendo el objetivo primordial la asistencia de aquel. De esta forma se pretende respetar los derechos y libertades del sujeto usuario de un servicio de salud⁴. En acuerdo con este punto se está respetando el Principio de Beneficencia y de no Maleficencia, contemplado en el Decreto Ley regulatorio 515/2008, para la "Investigación con Seres Humanos"⁵.

La posibilidad de algún riesgo en la investigación⁶ sobre un participante en tanto se ocasiona algún tipo movilización de aspectos internos que no pudiera ser manejado por el mismo y/o el entrevistador, se previó el dispositivo de ponerse en funcionamiento de forma

² CM, 515/2008; cap. II art. 4, numeral a, p.9.

³ Ley 18.335, Poder Legislativo, agosto 2008.

⁴ Ley 18.335, Poder Legislativo, agosto 2008, cap. I, art. 1, p.4.

⁵ CM 515/2008, Poder Ejecutivo, cap. II, art. 4, numeral b-c, p.9, respectivamente.

⁶ CM 515/2008, Poder Ejecutivo, cap. I, art. 2, numeral L, p.7.

inmediata la suspensión del procedimiento de investigación. Se contactaría con el equipo de atención del servicio para que contemple la situación, respondiendo de esta manera al derecho de atención del participante.

Respecto al rigor de la investigación, la misma se ajustó a un protocolo preestablecido, presentado en su momento en el proyecto de tesis y aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Psicología. No se presentó la necesidad de admitir enmiendas en su curso ya que no fue requerido⁷.

Se les proporcionó copia del Consentimiento libre informado en el que se detalla todos los términos anteriormente señalados y el teléfono de contacto de la investigadora por cualquier situación que implicara conectar con esta nuevamente.

4.2.2. Procedimiento con los terapeutas

Procedimiento de convocatoria

Se contactó vía mail y de forma telefónica con los docentes de los servicios por parte de la investigadora.

Se explicitó el marco en el que se desarrollaría la investigación y los objetivos de la misma explicitándose la participación voluntaria del convocado.

Dadas la aceptación de las mencionadas condiciones se concretó día y hora para efectuar la sesión del grupo focal.

En cuanto a los participantes de la investigación, docentes-psicoterapeutas de adolescentes, se tomaron los mismos recaudos éticos generales que aquellos tomados para los adolescentes.

Se les explicó los beneficios de su participación para la investigación, la no existencia de riesgo alguno para los participantes, los requerimientos de confidencialidad y anonimato de los mismos, salvo expresa manifestación de lo contrario por alguno de ellos.

Se les otorgó un Consentimiento libre informado (véase apéndice 9.4.2), en el que consta todos los términos señalados y en el que están los datos referenciales del investigador, por si hubiera la necesidad de contacto nuevamente con este.

4.3. Técnicas de recolección de datos

El tema de investigación es complejo y requirió la implementación de varias técnicas de recolección para poder abarcar las diferentes miradas sobre este.

La recolección de la información se llevó adelante partiendo de una planificación como respuesta a las preguntas de investigación. La diversidad de fuentes utilizadas a

⁷ CM 515/2008, Poder Ejecutivo, cap. I, art. 2, numeral d, p.6.

través de técnicas de recolección respondió a los objetivos planteados. La flexibilidad que caracterizó a este estudio permitió el ajuste de las preguntas de investigación, las que se iban precisando a medida que iba teniendo lugar la indagación teniendo la finalidad de un mejor ajuste, precisión, elaboración y respuesta ante lo planteado y planificado.

4.3.1. Entrevista en Profundidad con adolescentes

Se pensó en las entrevistas en profundidad con adolescentes como instrumento para recoger datos que cumplieran con los objetivos específicos de identificar y analizar la construcción de la vivencia del problema a partir de los elementos que la componen.

La entrevista en profundidad (EP) se encuentra en el marco de las técnicas conversacionales en la que implica un encuentro con el participante de la investigación. Técnicas flexible, diligente y económica (Valles, 1999).

En toda entrevista, pero en particular en la entrevista en profundidad, se recogen las interpretaciones del entrevistado sobre los hechos en los que le tocó participar y que se elaboran a partir del presente de la persona, de sus proyectos y perspectivas en el momento en el que se realiza la entrevista (Vasilachis, 2006).

La elección de la modalidad de entrevista en profundidad fue pensada como “Entrevista basada en un guión”.

... este es un estilo de entrevista cualitativa dirigido a la obtención de las fuentes cognitivas y emocionales de las reacciones de los entrevistados ante un suceso. Trata a los entrevistados como sujetos, cuya respuesta al suceso es material de estudio, más que como informante del proceso mismo (Valles, 1999, p.185).

Este tipo de entrevista permitió presentar un guión de temas a ser preguntados, existiendo la libertad de ordenar el mismo con la formulación de preguntas a lo largo del encuentro de acuerdo con el curso de desarrollo de esta. La libertad de dejar abierto a otras preguntas tuvo lugar de acuerdo con la singularidad del caso (Valles, 1999).

En principio el análisis minucioso de las entrevistas a expertos y la revisión de antecedentes, permitió nutrir el guión de la entrevista en profundidad. El ajuste del guión de entrevista se fue dando en función de lo que se fuera recogiendo en las primeras entrevistas del trabajo de campo. El guión no implicó proporcionar la formulación textual de las preguntas ni sugerir las opciones de respuestas. Contuvo temas y subtemas que hacen a los objetivos de la investigación (véase Guión de entrevista en el apéndice 9.2).

4.3.1.1. Procedimiento de recolección de datos con EP

Se valoró que la entrevista se hiciera en los momentos últimos del cierre de la intervención diagnóstica y en el mismo lugar del servicio consultado ya que se tuvo presente que se trata de población adolescente y la misma luego de finalizado un proceso, no

presenta garantías de concurrir luego de su desvinculación con la institución de referencia (Hospital/INJU).

Se realizaron un total de 5 entrevistas en profundidad con adolescentes que consultaron al servicio clínico universitario durante el año 2013. El número mencionado de entrevistas fueron aquellas que cumplieron con todas las condiciones de inclusión y asintieron de participar en la investigación.

Cada adolescente fue entrevistado en más de una oportunidad, registrándose las entrevistas por medio de grabaciones. Se hizo un registro escrito de los aspectos no verbales que no registrados en la grabación. La desgrabación fue de forma textual conformando el material en bruto para el posterior análisis de datos.

4.3.2. Grupo focal de terapeutas

Se utilizó la técnica de grupo focal (GF) con terapeutas como herramienta de recolección de datos para contestar las preguntas de investigación y responder al objetivo específico de describir las percepciones clínicas de los terapeutas sobre los significados, creencias o vivencia del problema que el adolescente trae a la consulta psicológica y las percepciones clínicas de los terapeutas de cómo debe ser trabajado el motivo de consulta del adolescente para dar respuesta a su problemática.

La investigación tomó la noción de grupo focal (GF) trabajada por Escobar, Bonilla-Jiménez (2008), la que plantea que el GF es una técnica de recolección de datos mediante una entrevista grupal semiestructurada que gira en torno a una temática. El propósito del GF es detenerse en las actitudes, sentimientos, creencias, experiencias y reacciones de sus participantes. Un aspecto importante en esta técnica y de esta técnica es la interacción en el grupo.

Las características de un GF radican en que el número óptimo se encuentra entre 6 y 10 integrantes, el objetivo consiste en apuntar a las experiencias de los integrantes, el nivel de influencia en el consenso grupal es de medio a alto y el nivel de participación del moderador debe ser bajo. La posición epistemológica que lo sustente es el construccionismo contextual, es decir, que el conocimiento producido es provisional y contextual.

Uno de los ámbitos donde puede ser aplicado es cuando el tema de la investigación es complejo y requiere involucrar varias técnicas de recolección de datos y la idea principal es el poder recoger las percepciones de las personal respecto a un objeto de estudio (Escobar, Bonilla-Jiménez, 2008).

Por otra parte, Juan y Roussos (2010), en el ámbito de la investigación en psicoterapia, consideran que una la modalidad de los focus group es una de las técnicas de

investigación cualitativa ampliamente difundida en el ámbito de la investigación en psicología.

El GF fue pensado como el instrumento más pertinente que permitiera poner en forma explícita las percepciones clínicas y las hipótesis que manejan los terapeutas de adolescentes en relación al tema de referencia.

La elección de este instrumento se sustentó en la idea de que se permitiría la construcción discursiva de las percepciones clínicas a través de las interacciones de los terapeutas en torno a las vivencias del adolescente frente al problema que lo lleva a la consulta psicológica.

El número de terapeutas del GF en un inicio fue planificado para nueve participantes, número óptimo para la conformación del este. Los integrantes del grupo estarían conformados por docentes universitarios del servicio de referencia siendo éstos un número inicial de cuatro, por lo que debía completarse con docentes universitarios terapeutas de adolescentes de otros servicios clínicos universitarios.

La selección de los participantes apuntó a aspectos comunes pero también a la heterogeneidad.

Finalmente el número de integrantes confirmados del grupo de terapeutas fue de seis participantes. Número que la literatura al respecto, considera dentro del rango pertinente para el desarrollo de un grupo focal (Escobar, Bonilla-Jiménez, 2008).

4.3.2.1. Procedimiento de recolección de datos del GF

La coordinación del grupo estuvo a cargo de una pareja moderadora. Integrada por la investigadora y una Licenciada en Psicología. Esta última participó como estudiante de una propuesta de Ejecución de Proyecto durante el 2014 de la carrera de grado, presentado por la investigadora en su rol docente. Esta situación hizo que la comoderadora estuviera consustanciada con la investigación.

La función de la pareja moderadora fue de propiciar la diversidad de opiniones en el grupo, facilitando la aclaración, profundización y discusión de los tópicos de la temática. Se aclaró la función o el rol de la pareja moderadora. Se explicitó que la sesión grupal sería grabada, desgrabada y posteriormente transcrita.

Se confeccionó un guión para el GF. Su función era de guía para la discusión con la flexibilidad necesaria para alterar el orden de las preguntas guías, así como la apertura a introducir otras de acuerdo al proceso grupal de discusión. Se presentaron desde un aspecto formal, preguntas desde las más generales y abiertas a las más específicas en relación a los temas a explorar.

Desde un lugar del contenido de las preguntas las mismas se realizaron teniendo en cuenta la bibliografía en referencia al tema, antecedentes y las apreciaciones de los expertos en referencia al valor, lugar y manejo técnico que le dan los terapeutas a las vivencia del problema que presentan los pacientes al momento de la consulta (véase Guía de preguntas del grupo focal en el apéndice 9.3).

La sesión del GF fue de dos horas y media de duración. Se grabó y desgrabó con su correspondiente transcripción literal. Los intervinientes se mantuvieron anónimos, identificándose en la transcripción con una letra consecutiva de acuerdo al orden cronológico de intervención en el grupo.

En la apertura de la sesión del GF se planteó el contexto de la investigación (Tesis de Maestría en Psicología Clínica) los objetivos de la esta y la finalidad de la realización del grupo para el cumplimiento del objetivo general y los específicos. Se aclaró la intencionalidad tendría lugar con el GF a modo de triangulación de técnicas de recolección de datos y análisis de los mismos.

Al inicio a la sesión grupal se hace hincapié que lo relevante para el estudio son las percepciones clínicas de los terapeutas que surgen de la experiencia clínica de estos. No se explicitó que no se buscaba referente de autores teóricos ni se pretendió explorar en ese sentido. Se los exhortó a que la discusión parta desde sus percepciones, representaciones, pensamientos u opiniones a partir de la experiencia clínica de como terapeutas de adolescentes. No se pretendió hacer hipótesis inferenciales generalizadoras, sino lograr la comprensión más profunda del fenómeno desde diferentes posturas.

Al finalizar la sesión grupal se realizó una síntesis de lo discutido en el grupo respetando la misma terminología que fuera utilizada por los integrantes. Se dio espacio para otras apreciaciones que se ocurrieran en el momento y se dieron los agradecimientos por la deferencia tenida por la participación en el grupo.

4.4. Procedimiento general para el análisis de datos

Al momento del análisis de los datos se recurrió a los múltiples procedimientos de análisis propio del Análisis de Contenido Temática (ACT), basado en el método de la Teoría Fundamentada.

El análisis de los datos consistió en encontrarle él o los sentidos a los datos cualitativos de la investigación. El corpus de la investigación se conformó por todo el material que fue sometido al análisis. Este análisis fue de carácter constante y se produjo durante todo el proceso de investigación (Valles, 1999).

Como procedimiento general se descompuso el corpus en unidades para poder reagrupar los datos en categorías relacionándolas para la identificación de aquellas que

fueran centrales. Se posibilitó una lectura narrativa de las propiedades y dimensiones de las categorizaciones, siguiendo el criterio de codificación abierta, axial y selectiva como la de proceso (Strauss & Corbin, 2002).

En las EP con adolescentes y en el GF se comenzó con una codificación abierta, teniendo como unidad de análisis frases y en ocasiones párrafos de estas (Vasilachis, 2006; Rodríguez Gómez, Valdeoriola Roquet, 2007).

Se procedió con una codificación nombrando en conceptos las frases o párrafos significativos. Se mantuvo una postura constante de “microanálisis”, memos o memorandos, para poder detectar algunas propiedades y las dimensiones de lo que se transformarían en categorías más amplias (Strauss & Corbin, 2002).

Se fue preguntando en una actitud reflexiva de forma insistente, sobre los términos empleados por los entrevistados. Se realizaron algunas codificaciones “in vivo”.

Ambos procedimientos pretendieron discernir los significados potenciales que se encontraban en los contenidos de las palabras utilizadas por los adolescentes y los terapeutas.

El acto de poner conceptos y codificar ya es un primer nivel de análisis e interpretación, aspecto que se entendió como relevante para poder seguir de cerca lo traído por los entrevistados. Con esta primera denominación ya se hizo la identificación de ciertas propiedades de categorías en el proceso de codificación abierta y axial. Se identificó por analogía, aspectos comunes entre los conceptos llegando a establecer conceptos más abstractos que se transformaron en categorías más generales. La comparación de las categorías permitió la comprensión del fenómeno a estudiar.

Se tuvieron presentes las categorizaciones teóricas recogidas de los antecedentes, literatura referente y lo surgido incluso en las entrevistas a expertos. Sin embargo, se tomó la decisión de tenerlas presentes y ver cómo se ponían en juego sin que fueran utilizadas como determinantes.

Se consideró que las categorías teóricas son importantes por haber sido conceptualizadas y haberse dado un conocimiento producido en ese sentido pero se priorizaba lo emergente de la codificación de los datos crudos. Se consideró las categorías teóricas como orientadoras. Se utilizaron al momento de la agrupación de ciertos códigos que iban surgiendo a los efectos de facilitar la categorización y ordenamiento, pero siempre con una actitud abierta a la aparición de lo diferente.

Se reparó en las similitudes y diferencias con lo hallado, aspecto que se tendrá en cuenta en el capítulo Análisis de datos y presentación de resultados.

A través de una codificación axial, se fue construyendo categorías más abarcativas y el ir respondiendo de forma constante al qué, cómo, cuándo y porqué del fenómeno lo que permitió entrar en las subcategorías. Permitted a su vez, ligar lo que se iba conformando como categorías más amplias con las subcategorizaciones menores. Las subcategorías, como la palabra lo dice, son categorías pero conforman las propiedades de categorizaciones más amplias, lo que facilitó un mejor entendimiento, comprensión y caracterización de aquellas.

La posibilidad de ir realizando una codificación axial, permite que se vaya realizando en simultáneo, en cierta medida, la llamada codificación de proceso, concepto acuñado por Strauss & Corbin (2002). Este proceso completa el análisis de datos en el que se realiza una lectura transversal y de proceso entre las categorías centrales con la presencia de sus propiedades y los elementos que las componen, en el marco de una serie de condiciones que conforman la base contextual o estructural del proceso (Strauss & Corbin, 2002) .

A través de la codificación selectiva, se fueron integrando y afinando las categorías que se identificaron como centrales o más amplias. Se fueron dando las relaciones entre los conceptos caracterizando a las categorías centrales, pudiendo identificar las propiedades y describir los elementos que las conforman. Para este trabajo se tuvo presente los memorandos, pero como bien lo dice el nombre de esta instancia de codificación, se fue haciendo una selectividad en la interpretación de los datos proporcionados.

Para lograr la interrelación, integración e interpretación de las categorías, se recurrió a la diagramación alternando con el procedimiento del relato escrito (identificación y argumento de la historia), procedimientos recomendados por Strauss & Corbin (2002) para el análisis de datos en la investigación cualitativa.

Es de señalar que la presente descripción del proceso de análisis de datos cualitativos, tiene un carácter simultáneo y no tanto sucesivo. Por lo que las diferentes instancias de codificación descritas en oportunidades se daban de forma superpuesta y simultánea sin que por momentos se dé una secuencia sucesiva de las diferentes instancias.

El análisis de datos para la codificación de proceso (Strauss & Corbin, 2002), es una codificación que se realiza como última etapa para generar teoría dentro del procedimiento de la Teoría Fundamentada. No es una etapa separada de las etapas anteriores, la codificación de proceso implica un nivel de análisis más profundo y singular para descubrir el proceso de los datos. Lo cambiante es el proceso, la secuencia y movimientos de las acciones/interacciones, siendo rastreadas a través del tiempo para advertir cambios, en vez de la búsqueda de propiedades y/o dimensiones. Las acciones/interacciones son en respuesta a una situación. Lo que hace que las acciones se transformen a su vez en

procesos siendo de naturaleza evolutiva de diferentes formas y presentaciones en relación a un propósito.

Las acciones se dan dentro de un conjunto de condiciones y contextos situacionales y pueden cambiar en respuesta a giros en el contexto y se pueden convertir en parte del contexto que generan nuevas condiciones y nuevas acciones, esto muestra la dinámica constante entre contexto y acciones.

El proceso muestra la capacidad de los individuos de responder a las situaciones en las que se encuentran inmersos y la posibilidad de modelarlas. En este análisis el investigador está obligado a relacionar los procesos con la estructura, contexto o condiciones (Strauss & Corbin, 2002).

El mecanismo analítico de proceso, es denominado “matriz condicional/consecuencial” (Strauss & Corbin, 2002).

La matriz es una representación diagramática de condiciones que se relacionan con las acciones/interacciones las que evolucionan en el tiempo donde las acciones se vuelven condición de otros actos futuros, conformando la idea de proceso.

El análisis de los datos proporcionados por el GF fue analizado con la misma técnica del Análisis de Contenido Temático (ACT) y el mismo procedimiento que las entrevistas en profundidad con población adolescente.

Se identificaron las categorías centrales a partir de los datos del GF las que se fueron conformando en función de las analogías, las codificaciones axiales y selectivas, llegando a momentos del proceso grupal en el que se lograba la expresión o formulación de hipótesis en referencia a la discusión de un tema en general por uno o más de uno de los integrantes del grupo.

Algunas de las caracterizaciones de las categorías centrales, fueron identificadas con códigos “in vivo” como para reflejar fielmente las opiniones de los integrantes o los momentos de síntesis grupal.

No es menor señalar que se tuvo presente el consenso en las apreciaciones de los terapeutas así como las discrepancias o disenso entre posturas.

4.5. Presentación de datos

4.5.1. Presentación de datos de las EP - Categorización:

Categorías centrales:

“Construcción del Problema” y “Experiencia de la Consulta”.

Construcción del Problema	
Percepción del Inicio del Problema	Resolución del Problema

Experiencia de la Consulta		
Expectativa de la consulta	Acceso a la consulta	Percepción en las modificaciones

La categoría central “Construcción del Problema”, presenta ciertas subcategorizaciones que conforman las propiedades de dicha categoría central. Se identificó la “Percepción del inicio del problema” por parte de los adolescentes y lo que se decidió en llamar “Resolución del problema”. Ambas propiedades acompañadas siempre por el componente afectivo o emocional.

La categoría central “Experiencia de la consulta” fue una categoría explorada especialmente en la investigación.

Se decidió ponerle esta nominación porque la población objetivo fue entrevistada luego de la experiencia de la intervención. Esta categoría central, presentó tres subcategorías que se constituyeron en las propiedades de la categoría central: las expectativas frente a la consulta, el acceso a la misma y la percepción de los posibles efectos.

4.5.2. Presentación de los datos del GF - Categorización:

Las categorías centrales identificadas fueron dos: “Percepción clínica del adolescente y su contexto” y “Percepción clínica de la consulta adolescente”.

Categorías Centrales	
Percepción clínica del adolescente y su contexto	Percepción clínica de la consulta adolescente

Cada una de las categorías centrales identificadas y presentadas en este capítulo, presentan propiedades que serán descritas, desarrolladas y analizadas en el Capítulo 5, Análisis de los datos y resultados.

5. Análisis de datos y resultados

5.1. Consideraciones generales

El análisis se realizó a través del Análisis de Contenido Temático siguiendo el procedimiento de la Teoría Fundamentada con y la codificación de los datos crudos de una y otra técnica partiendo de una codificación abierta y axial que configuró las categorías centrales. Estas categorías se conformaron desde las categorías teóricas y las emergentes. Dentro del procedimiento de codificación selectiva se fueron interrelacionando subcategorías, conformando las características y/o propiedades de aquellas. El Análisis de proceso se aplicó el procedimiento de codificación de proceso, procedimiento final dentro del método de la Teoría Fundamentada, que permitió mayor nivel de profundidad en el análisis de los datos de las entrevistas en profundidad, visualizando la interrelación dinámica del proceso entre categorías centrales.

5.2. Análisis de datos de las Entrevistas en profundidad.

El análisis de datos de las entrevistas en profundidad permitió lograr los objetivos específicos del estudio. Primero identificar los elementos que componen las vivencias del problema de los adolescentes que consultan por atención psicológica y luego, analizar los elementos que componen las vivencias del problema que presentan los adolescentes consultantes.

5.2.1. Matriz categorial. Categorías centrales teóricas- emergentes y dimensiones.

Construcción del Problema	Percepción del Inicio del problema	<ul style="list-style-type: none"> • Desencadenantes y/o precipitantes (afectos o emociones) • Contexto (afectos o emociones) • Autoconcepto del adolescente
	Resolución del Problema	<ul style="list-style-type: none"> • Acciones y actitudes propias del adolescente (afectos o emociones) • Apoyos percibidos (emocionales/instrumentales) /Afectos o emociones
Experiencia de la consulta	Expectativa de la consulta	<ul style="list-style-type: none"> • Búsqueda de bienestar (escucha, alivio, ayuda, explicación/sentido del problema) • Búsqueda de cambio conductual, manejo del problema
	Acceso a la consulta	<ul style="list-style-type: none"> • Iniciativa del entorno cercano • Derivación por equipo de salud actuante • Motivación propia de búsqueda
	Percepción en las modificaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución de tensión/regulación afectiva • Modificación en sí mismo • Modificación en la relación con otros

La categorización implicó la interrelación entre las categorías teóricas y aquellas propiamente emergentes. La agrupación de las categorías emergentes surge a partir de la forma predominante de aparición en los datos. La identificación de las dimensiones permitió la conceptualización de las categorías.

Se presenta dos categorías centrales: “Construcción del Problema” y “Experiencia de la consulta”.

5.2.1.1. Categoría central: “Construcción del Problema”.

La elección de la denominación de la categoría como “Construcción del problema” partió de identificar un proceso de construcción de carácter dinámico y subjetivo en el que se describe una sucesión y simultaneidad de elementos a través del tiempo que los adolescentes entrevistados vinculan al problema. La categoría está compuesta por componentes cognitivos (lo que asocian como modelo explicativo o atribucional), componentes comportamentales (las acciones implementadas por los adolescentes) y el componente afectivo o emocional (sentimientos o estado emocional que acompaña al problema).

Aparecen dos propiedades o subcategorías, que caracterizan y componen la categoría central. La “Percepción del inicio del problema” es el componente cognitivo, la “Resolución del problema” es el componente comportamental y los afectos acompañantes son vinculantes a las dimensiones de una u otra propiedad (Referirse a Matriz categorial punto 5.2.1).

Krause (2005), define la “Construcción del problema psicológico” identificando la presencia en este de dos factores. Los elementos desencadenantes-precipitantes y los factores contextuales. Entiende por los primeros, aquellos que desde la visión del consultante “gatillaron” o precipitaron la manifestación del problema. En general se suelen mencionar acontecimientos o eventos reconocibles por el sujeto. Son vividos como eventos críticos que escapan a la voluntad del afectado, percibidos como no evitables, causando agudo sufrimiento psíquico. Los segundos son definidos como elementos de la vida del sujeto que rodean la aparición del problema. Señala como relevante el contexto socioeconómico, las etapas vitales como ser la adolescencia, siendo percibidos como las condiciones dadas que influyen sobre la vida sin que el sujeto pueda llegar a tener manejo de estas.

5.2.1.1.1. “Percepción del Inicio del problema”

Matriz de categorías, dimensiones y componentes

Percepción del inicio del problema	Desencadenantes o precipitantes	<ul style="list-style-type: none"> • Acontecimiento • Situación de crisis • Actitudes/acciones de los otros. • Afectos o emociones (confusión, ansiedad/angustia, enojo/rabia/envidia, depresión, tristeza, culpa, miedo/dolor).
	Contexto familiar inmediato “convivencia conflictiva”	<ul style="list-style-type: none"> • Discusiones (diferencias, rivalidades, factores socioeconómicos, acciones/ actitudes de los padres) • Estilos parentales (control, dificultad en la comunicación) • Afectos o emociones (confusión, incomodidad, desconfianza, enojo/cansancio/aburrimiento, celos, soledad, culpa, angustia, depresión).
	Contexto social cercano de pares “no percibido como apoyo”	<ul style="list-style-type: none"> • Escaso, no interesado, no confiable, impotente, hostil, “Hipócrita” • Acciones/actitudes del adolescente: retraimiento-agresividad directa • Afectos o emociones (desconfianza, desprecio, molestia/enojo, soledad).
	Autoconcepto del adolescente	<ul style="list-style-type: none"> • Valoración de aspectos personales-autoimágen • Valoración de la etapa de la adolescencia • Percepción de cambio en la trayectoria de vida

En el material recogido la “Percepción del inicio del problema” aparece como la descripción y/o asociación por los entrevistados de los elementos que son presentados como aquellos que participaron en el inicio del problema. El modo de presentación de esos elementos se da de forma más o menos conectiva entre sus componentes en el discurso de los adolescentes.

La “Percepción del inicio del problema” presenta las siguientes dimensiones:

- 1) desencadenantes o precipitantes del problema, acompañados de afecto o emociones,
- 2) contexto, acompañado de afectos o emociones y
- 3) autoconcepto del adolescente.

Los factores descritos por Krause (2005), como integrantes de la Construcción del problema como ser desencadenantes-precipitantes y factores contextuales, fueron puestos como dimensiones que componen la subcategoría “Percepción del Inicio del problema”. Estos aparecen en el material de las entrevistas vinculado a los modos de percibir el inicio del problema. Sin embargo, junto a estas dimensiones, aparece otra, el “Autoconcepto” del adolescente que no es mencionada en Krause (2005).

A partir del análisis de datos y teniendo en cuenta las definiciones de Krause (2005), se decidió elegir el término “Contexto” como más pertinente que la nominación de “factores contextuales”. Se valoró el término “contexto” como más abarcativo que lo mencionado por

la autora. El “Contexto” le es adjudicado por la población entrevistada como el entorno inmediato de relaciones interpersonales en donde se encuentra el adolescente y se relacionan como las condiciones donde se da el inicio del problema. Este contexto abarca tanto el contexto familiar inmediato como el contexto social cercano.

La tercera dimensión identificada a la “Percepción del inicio del problema”, es el “Autoconcepto” del adolescente. Dimensión emergente que consiste en la valoración de aspectos personales que realiza el adolescente en referencia a ciertas características o aspectos personales, las que convergen en una imagen de sí mismo, apareciendo además una valoración de la etapa adolescente y una percepción de cambio en la trayectoria de su vida, vinculándolo con la entrada a dicha etapa vital y/o a partir del inicio del problema.

1) Desencadenantes o precipitantes del problema.

Los desencadenantes o precipitantes descritos por los entrevistados son acontecimientos, situaciones de crisis y/o acciones/actitudes de otros, que son acompañados por ciertos afectos o emociones.

Acontecimiento

El acontecimiento ha sido trabajado desde varias fuentes teóricas. Desde estudios psicoanalíticos el acontecimiento hace a la presencia de lo novedoso e imprevisto que se le presenta al sujeto sin lugar previo o preexistencia. Suceso al que el sujeto hará esfuerzo de representar pero por más que el sujeto pueda intentar darle una racionalidad deja la vivencia de la ajenidad, extrañeza y exterioridad (Berenstein, 1997; Dimarco, 2001).

El acontecimiento es entendido como aquel hecho o suceso en la historia del sujeto que es capaz de despertar ciertos afectos que produce un impacto por el carácter inmetabolizable pero que de alguna manera engarza con una producción del sujeto en donde el elemento vivencial produce efectos en la vida psíquica de aquel (Bleichmar, 2006). Es algo nuevo en su procedencia pero su campo de inscripción y trabajo es la configuración preexistente en la que produce efectos, a lo que el sujeto debe construir una nueva forma de entender la situación (Cao, 1994).

Otros estudios como los de Oliva, Jiménez Morago (2008) y Sanz Rodríguez, et. al (2009), que estudian la incidencia de los acontecimientos vitales como factores estresantes en el ajuste adolescente a las situaciones problemas o la influencia de aquellos en las conductas patológicas, revelan que las formas en que aquellos pueden tramitar tales situaciones vitales que no son esperadas, depende del modo en que son manejadas a nivel del contexto familiar.

Krause (2005), define el acontecimiento como un hecho o suceso dentro de la vida de un sujeto, sintiéndose de forma no planificada.

En los datos aparece el “acontecimiento”, como el hecho o suceso en la vida del adolescente que se presenta de forma inesperada o sorpresiva, provocando la sensación de un cambio brusco en el curso de la vida del entrevistado.

Para ilustrarlo, se presenta el modo en que los entrevistados lo describen:

“me tomó de sorpresa, a partir de allí nada fue lo mismo” (E4), “me encontré con una familia que no conocía de un día para el otro, tenía que acomodarme a la fuerza” (E2), “no lo podía creer... era su hija, ella hacía eso y no lo podía entender, ya no fue lo mismo” (E1), “fue rápido, muy rápido, no lo procesé” (E5), “ese embarazo no estaba esperado, nos tomó de sorpresa, todo cambió” (E3).

Situación de Crisis

Krause (2005), plantea que en una situación de crisis el sujeto se confronta con sus propios límites. Esto implica una disminución de la resistencia emocional del sujeto frente a la situación problema y a la percepción de la ineficacia en sus intentos de afrontamiento, generando una sobrecarga emocional.

Los entrevistados describen la situación de crisis como una situación determinada, a veces de carácter vital conflictivo. El estado subjetivo del adolescente es percibido como el de haber llegado al límite de su resistencia emocional como para poder soportarlo. El adolescente se percibe a sí mismo sin las herramientas como para afrontarlo.

Ejemplos:

Referidos a la paralización o estado límite que se asocian a los procesos de pérdida no solo de los recursos sino a la estabilidad de la estructura psíquica, posiblemente asociada a la caducación de una organización representacional y afectiva, producto de la instalación de la pubertad (Aspillaga, C., Torres y Cruzat, 2012, Cao, 2013).

“Estaba en un pocito” (E1), “me estaba hundiendo” (E5), “no podía hablar” (E5), “se transformó en un infierno” (E3), “no aguantaba más” (E2), “estaba triste muy triste”, “No estaba preparado para eso” (E4).

En algunos casos aparecen relacionadas con una valoración de las consecuencias y de sí mismo:

“Realmente me shoqué y no lo pude hablar más, no pude revisar los papeles y pasó el tiempo y recién ahora pude” (E5), “no podía hablar, cómo lo iba a hacer, cuando lo hice no me creyeron. Me dijeron porqué no lo contaste antes, cómo iba a contarlo?” (E1), “ahí quedé sola en mi casa y toda la tensión para mí”, “se tornó un infierno para mí, estaba lastimada...

Era tu madre, tu hermana, me dolía” (E3), *“toda una presión social que se me venía encima, yo no puedo estar acá, me quería ir ya!”* (E2).

Acciones/Actitudes de los otros

El inicio del problema en ocasiones le es atribuido a acciones o actitudes de otros. En general asociado a alguna de las figuras parentales.

“Ahí papá aparecido y comenzaron los problemas” (E1), *“mi padre tardó mucho para iniciar los trámites, no me pude inscribir y eso complicó todo”* (E2), *“antes, sumado a todos los problemas que teníamos con mi hermana, cuñado, con todos los demás personas de la familia que a veces te peleabas....mi madre tenía miedo que me pasara lo mismo... mi madre empezó a no dejarme salir... siempre encerrada en el cuarto”* (E3), *“Y ella de algo muy pequeño hace algo muy grande. De algo que no es tan grave lo hace grave... Ha dicho, ha contado mucho más de lo que fue...”* (E4), *“Por las actitudes de ellos (padres), yo estaba llegando a un punto que no tenía feelling con mi hermano... le hablaba mal,.. No estaba bueno, le empezaba a agarrar fastidio por todas las cosas que ella le hacía, qué tenía que ver él?”* (E5).

Estos aspectos están relacionados a las características que se mencionaron anteriormente, entendiéndose que predomina una valoración del ambiente familiar como poco sostenedor en relación a los procesos de cambio.

Afectos o emociones

Los afectos o emociones identificadas en asociación a los desencadenantes o precipitantes de la “Percepción del Inicio del problema”, van en una escala dimensional desde: la confusión, ansiedad/angustia, enojo/rabia/envidia, depresión, tristeza, culpa, miedo/dolor.

Confusión: *“cuando quise acordar me echaron,.. Ahí quedé mal no podía entender que había hecho mi madre”, “no podía entender que mi madre que me parió me va a echar”* (E1), *“no entendía nada”* (E2).

Ansiedad/angustia: *“estaba muy nerviosa”* (E3), *“ahora te lo hablo con naturalidad pero en su momento me ponía a llorar”* (E1), *“era muy agotante para mi”* (E2), *“me tomaba todo muy a pecho lo que ella decía”* (E4), *“...dos años me guardé la angustia para mi sola”* (E5).

Enojo/rabia/envidia: *“creo que reaccionaba rápido y me enojaba rápido”* (E4), *“yo sentía rabia conmigo misma, quería lastimarme”* (E3), *“llegué al punto de envidiar las panzas”* (E5).

Depresión: “yo creía que no me quería mucho por eso caí en un pozo”, “*imagínate la depresión que tenía que me quería matar*” (E1), “*todas esas cosas me deprimían*” (E2), “yo no pasaba bien, estoy bajoneado” (E4), “*caí fuerte en bajones, bajones de angustia*” (E5).

Tristeza: “*porque estaba triste, no quería nada, nada con la vida, lo único que hacía era llorar*” (E1), “*estaba triste y solo quería lastimarme*” (E3), “*tristeza es creo la palabra de cómo me sentía*” (E4).

Culpa: “*capaz que era la culpa de mi padre que me la tramitaba a mí*” (E2), “*antes me quedaba un pensamiento que era por mi culpa que lo rechacé*” (E5).

Miedo/dolor: “*no quise hablar por miedo*” (E1), “*miedo a que no iba a poder tener más hijos, ahora leyendo los papeles está toda la verdad, me tendré que armar la vivencia*” (E5), “*como un shock, sentía miedo, dolor*”, “*sentía por un lado miedo y por otro dolor*” (E3).

2) Contexto

La dimensión “contexto” en la “Percepción del inicio del problema” se compone del contexto familiar inmediato y el contexto social cercano de pares del adolescente. El contexto familiar inmediato y el contexto social cercano de pares tienen elementos que los caracterizan los que son acompañados del componente afectivo o emocional.

Contexto familiar inmediato

El contexto familiar inmediato, es una forma de presentación de la dimensión contexto. Es presentada como de mayor relevancia entre los entrevistados. Prevalece como conflictiva. Se toma para ilustrar lo planteado el código de “*convivencia conflictiva*”. Ella representa la descripción y la percepción del adolescente sobre dicho contexto. Este contexto familiar inmediato nominado como de “*convivencia conflictiva*”, permite percibir un ambiente familiar que es caracterizado por: las discusiones y ciertos estilos parentales.

Oliva (2004, 2006, 2008), Luna Bernal, Laca Arocena, Cruz Abundis, (2013), plantean que en el período adolescente el contexto familiar tiene relevancia para el desarrollo del sujeto adolescente. Describe el contexto familiar como el entorno en el que se da una simultaneidad de situaciones vitales tanto a nivel de los adolescentes como de sus padres que complejizan las relaciones familiares. Varios factores inciden para que se dé un aumento de los conflictos. Del lado del adolescente el empuje hormonal en la pubertad trae aparejado una alteración del humor y la irritabilidad. Las funciones cognitivas operatorias formales se van consolidando y le otorgan al adolescente la posibilidad de crítica facilitando el sostenido cuestionamiento. Por el lado de los padres, se encuentran en la etapa vital de la crisis de la mitad de la vida. El factor principal de socialización en la etapa adolescente son los pares, debilitándose esta función por parte de la familia. Este elemento puede generar

conductas de restricción por parte de los padres ante las salidas, como la preocupación por parte de aquellos ante las relaciones con pares.

Discusiones

En los datos las discusiones se presentan como ocasionadas por diferencias de opiniones entre los adolescentes y los padres, trato diferencial entre los miembros de la familia, básicamente hermanos (rivalidad fraterna), como por problemas ocasionados por la incidencia de factores socioeconómicos. Otros motivos de discusiones son las acciones y/o actitudes de las figuras parentales, descritas en una línea dimensional que va desde los engaños-mentiras-acusaciones-“*desunión familiar*”, hasta llegar a violencia verbal y/o física.

Diferencias de opinión:

“Todos los días discusiones... en mi casa todos los días y yo estaba como perdida entre las discusiones” (E3), *“tenía diferencias y muchas discusiones, discusiones y eran fuertes”* (E4), *“en todo momento estamos así...estamos discutiendo, pensamos muy diferente”* (E5).

Rivalidad fraterna:

“Me fastidia que mi madre haga diferencias entre mi hermano y yo” (E5), *“una de las primeras discusiones con mi madre es porque le dije que sentía que prefería a mi hermano”* (E4).

Incidencia de factores socioeconómicos:

“Mi madre toda la vida la única que trabajó, no teníamos dinero en ese momento, discusiones por si tenías o no la luz prendida, la computadora...” (E3), *“me vas a decir que te vas a quebrar económicamente por lo que te pido?”* (E2), *“mi madre se quedó con ese hombre por la plata, por la casa, no tiene donde caerse muerta”* (E1).

Engaños-mentiras-acusaciones:

“Mi mamá se juntó con otro hombre, me escondieron le dieron a mi padre otra dirección y mi padre nunca me pudo encontrar” (E1), *“no sé si lo hace por mentir o porque exagera, dice cosas que no son así”* (E4), *“a mi madre le faltaban 50 pesos y vino y me dijo que yo los tenía”* (E3), *“si, mi familia es muy... engorrosa, engorrosa... pidió que me hicieran el ADN y era su hija, pensaba que se lo engañaba que era una mentira por parte de mi madre”* (E2).

Desunión familiar- violencia verbal y/o física:

“mi familia siempre tuvo muy desgarrada, muy desunida” (E3), *“mi papá por mucho tiempo no supo de mí, incluso él tomaba y dejó de tomar porque me quería ver de vuelta”,*

"mi padre me estuvo visitando hasta los 8 o 9 años, después dejamos de vernos..." (E1), "si no tenía el nivel de excelencia que él exigía me decía cosas ofensivas" (E2), "chocábamos todo el tiempo, no violencia física, agresión" (E4), "yo sufrí pila de cosas, me pegaban" (E1).

Estilos parentales

Oliva (2006, p. 213), señala que hay dimensiones relevantes para definir las relaciones entre padres y adolescentes. La cercanía emocional, el apoyo la autonomía y la cohesión se encuentran asociadas al control y monitorización por parte de los padres hacia sus hijos adolescentes, los que fueron estudiados por Baumrind (1968). Los estudios de Steinberg y Silverberg (1986) como los de Steinberg y Lamborn (1992), sobre la importancia de los padres comunicativos, cercanos y afectuosos con sus hijos adolescentes, presentan como resultados alta autoestima y bienestar psicológico.

La resolución de los conflictos por parte de los padres a lo largo de la adolescencia cambia en el transcurso de la misma. En la adolescencia temprana no es probable que se resuelvan los conflictos por medio del compromiso y la negociación, eso es logrado en la adolescencia media, aspecto que redundando en dirección al logro de la autonomía (Smetana y Gaines, 1999, citado en Oliva 2006, p. 215). Por otra parte, las estrategias de negociación y resolución de problemas fomentada por los padres durante la adolescencia, facilita el desarrollo de la habilidad de adopción de perspectivas y proyecto a futuro de los adolescentes (Smetana, 2005, citado por Oliva, 2006, p. 216).

El estilo parental es un concepto desarrollado en Oliva (2004, 2006), hace al ámbito familiar donde se despliegan las prácticas o acciones de los padres en relación a los vínculos entre afecto-comunicación-conflictos-control/monitoreo y promoción de autonomía.

La descripción de los estilos parentales desarrollados por Oliva (2004, 2006) permite analizar las percepciones y descripciones de los adolescentes en referencia a las prácticas de relacionamiento de sus padres.

El estilo parental descrito por los entrevistados aparece de forma más notoria en referencia al elemento del control. Hay una escala dimensional que va desde la descripción de la intromisión- pasando por el distanciamiento parental- al abandono/rechazo.

Otra característica del estilo parental que aparece en los datos es en relación a la comunicación con los padres. La comunicación aparece vivida como dificultosa o ausente, consecuentemente descrita como no continente o no empática por parte de los padres.

Control/monitoreo, escala dimensional: intromisión/restricción- distanciamiento parental- abandono/rechazo.

Intromisión/restricción:

"Mi madre se enteró que mi hermana estaba embarazada porque le revisó el celular...me revolvió todo, me revisó los bolsillos, me rompió los peluches" (E3), "ella iba a cada rato a mi cuarto, no me dejaba mi espacio" (E4), "porque no me dejaban salir... yo me perdía todas esas cosas que pasaban entre mis amigas, ellas fortalecían la amistad" (E3), "mi madre con el tema del embarazo apenas lo perdí no me dejaba contarle a nadie, no hablarlo con nadie" (E5).

Distanciamiento parental:

"no ha estado tampoco muy presente después... no es que fuera una mala madre, no ha estado muy presente" (E2), "papá siempre trabajando mucho y no estaba" (E1), "ella me preguntaba, pero realmente lo hacía por hacerlo, no le interesaba realmente" (E2), "nunca se acercó a preguntarme si estaba bien" (E5).

Abandono/rechazo:

"yo tenía que hacer todo, no comí nada estaba con frío, mi madre nunca me llamó y tenía trancada la puerta", "mi mamá me echó, entonces la molestaba...", "me dejaron en el cuartito porque mi madre simplemente me dijo que no me querían ver" (E1), "mis padres no me saludaban ni nada", "esa noche pasé ahí y mi madre ni me llamó" (E3), "me echaron varias veces de casa...me iba con amigos o a lo de mi abuela...era de noche, hubo una discusión, estaba lloviendo y me tuve que ir a las 11 de la noche" (E4).

Comunicación dificultosa o ausente: no continente o no empática:

"Nunca se acercaron a hablarme... "la forma de pensar de mi madre ha sido siempre muy cerrado... está todo mal... "mi madre no entendía por qué lo hacía" (E3), "tampoco ellos me venían a decir si estaba bien o estaba mal... ella no me venía a preguntar cómo estaba ni nada... con mi papá nunca lo hablé, no me senté a hablarlo, no participa... "en un momento intenté hablarlo con ella, que había pasado, que nunca había estado el feto, esperaba que me entendiera ella siendo mujer y teniendo dos hijos... simplemente por el motivo de ser mujer... Yo no me sentí apoyada, si yo lo perdí no me podés venir y decir "qué suerte!" (E5).

Contexto familiar conflictivo/ Afectos o emociones

Los afectos o emociones acompañantes del contexto familiar inmediato están vinculados tanto a lo conflictivo por las discusiones como por los estilos parentales descritos.

Se explicitan en una escala dimensional desde lo menos claros al entendimiento a lo más específicamente identificados: confusión, incomodidad, desconfianza, enojo/cansancio/aburrimiento, celos, soledad, culpa, angustia, depresión.

Confusión: *"no entendía cómo mi madre se iba a quedar con un viejo" (E1), "yo estaba perdida entre las discusiones", "Caminando por la calle sin saber por dónde ir" (E3),*

“puede ser que tenga razón en esto, pero si no lo veo por qué no lo veo, si lo veo porque lo veo, no entiendo” (E5).

Incomodidad: *“yo no me sentía cómodo con él y él no sabía cómo llevarme”* (E4), *“todo era una mierda, realmente incómoda”* (E2), *“yo ahí en el medio no podía hacer nada”* (E3).

Desconfianza: *“yo no tenía confianza con mi padre era como que hablara con un extraño, no entraba en confianza”* (E4), *“antes era más confiada ahora cambié”* (E5).

Enojo-cansancio-aburrimiento: *“Otras de las cosas que me enojaban, es que siento que hay una preferencia por mi hermano”* (E4), *“me cansé de hacer cosas para lograr afecto, si me quieren que me quieran, si no que no me quieran”* (E5), *“te voy a ser sincero, a veces me aburro un poco de toda esta situación”* (E4).

Celos: *“puede ser que me haya generado celos”* (E4), *“celos con mi hermano”* (E5).

Soledad: *“era como uno sentirse solo dentro de tu casa”, “me pasa que mi madre con el de 10, mi padrastro con el de 3 y yo solo”, “no me gusta estar solo, necesito estar con alguien”* (E4), *“me sentía sola”* (E2), *“quedé sola realmente y toda la tensión en mí”* (E3).

Culpa: *“culpa, me estaba enfrentando a mi familia”* (E3), *“a veces siento que no hermano no tiene la culpa y me da por contestarle mal”* (E5).

Angustia: *“un día vine de la escuela y me vi detrás de la pierna que tenía la hebilla marcada, lloraba pasiva”* (E1), *“no me acuerdo de qué discutían, si le decía como me sentía discutía (llora la entrevistada)”* (E3).

Depresión: *“yo estaba muy deprimida en ese tiempo”* (E3).

Contexto social cercano de pares “no percibido como apoyo”

El contexto social cercano de pares presentado como entorno cercano que participa del problema aparece como conflictivo. Este contexto social cercano de pares como conflictivo, es aquel que no es percibido como apoyo, es el entorno relacional con los pares que son percibidos como facilitadores del conflictivo.

Cuando este entorno no es percibido como un apoyo afectivo, este contexto se lo caracteriza como: escaso, no interesado, no confiable, impotente, hasta hostil e *“hipócrita”*.

Cao (2013), señala que es la urgencia de los adolescentes por conectarse a otros vínculos lo que oficiará como modelos auxiliares y/o rivales en la búsqueda de un lugar en la vida adulta.

Los procesos de socialización en la adolescencia tienen lugar en el contexto de los pares. En ocasiones este contexto puede facilitar los procesos de separación e individuación y en otros pueden officiar como fuente de conflicto si no son percibidos como apoyos (González Forteza, Salgado de Snyder, Andrade Palos, 1993; Oliva, 2006).

Los entrevistados:

"Una amiga, no era muy amiga, yo me aparté"... "nadie me preguntaba del embarazo", no podía enfrentarlo, pero nadie me preguntó, a nadie le importaba" (E5), "no confiaba tanto en la gente como para contar...sentía que si yo les contaba, que iba a cambiar?, nada!, no me podían ayudar en nada y me iba a poder desahogar, lo único" (E3), "me juzgan... no tienen conciencia de cómo le va a afectar al otro...Y todos estaban mirando incluso los que no estaban de acuerdo con eso estaban mirando" (E2), "yo sé que me criticaban pero no me lo decían en la cara... siempre buscando lo negativo, hablando mal y buscando cosas", "todo el mundo siempre me atacaba siendo algo malo" (E1), "Se entiende?, es algo que no se entiende es hipocresía" (E2).

Este contexto social cercano de pares no percibido como apoyo, genera actitudes de los adolescentes tales como de retraimiento o agresividad directa:

"Amigo, amigo es aquel que está para cualquier momento y no para decirte ahora no puedo!... no me aferré a nadie" (E2), "yo decía que estaba bien, que se me pasaba, no les contaba", "y no confiaba porque tenía miedo contárselo a alguien y que se lo contaran a otras personas y así. Prefería guardarme todo" (E3), "comencé a pegar.. Agarraba y le pegaba a los gurises, pero era para defenderme", "siempre a la defensiva estaba por si me atacaban" (E1).

Contexto social cercano de pares "no percibido como apoyo"/ Afectos o emociones

Esta forma de vivir el contexto está acompañado de Afectos/emociones que van desde la desconfianza, desprecio, molestia/enojo, soledad los que denuncian sufrimiento.

Desconfianza: *"no confiaba tanto en la gente como para contar...sentía que si yo les contaba, que iba a cambiar, nada!, no me podían ayudar en nada y me iba a poder desahogar, lo único", "y no confiaba porque tenía miedo contárselo a alguien y que se lo contaran a otras personas y así. Prefería guardarme todo" (E3).*

Desprecio: *"No creo en eso de los mejores amigos, no creo en eso de catalogar a la gente de mejor amigo... si estás catalogando a la gente como mejor amigo estás despreciando a los demás... en ese momento me molestaba mucho no tener amigos me sentía sola... en ese momento no tenía amigos y lo sufría mucho..." (E2).*

Molestia/enojo: *"Por eso me molesta mucho que me juzguen porque la gente no se pone en tu lugar cuando te juzgan, por eso nadie tiene el derecho de eso", "en ese momento me molestaba mucho no tener amigos" (E2).*

Soledad: *"en ese momento no tenía amigos y lo sufría mucho, me sentía sola" (E2).*

3) Autoconcepto del adolescente

El autoconcepto es un constructo complejo, presenta características multidimensionales y jerárquicas. Estructura organizada, multifacética, formada por diferentes áreas o dominios independientes entre sí (autoconcepto académico, profesional, físico, familiar, social), con organización jerárquica integrada por niveles de lo más general a lo más específico. Primero hay un autoconcepto general de sí mismo y luego autopercepciones en situaciones específicas. El autoconcepto general es el más estable y a medida que se va volviendo específico depende de cada situación y contextos. Cuenta con aspectos evaluatorios del sujeto y de las situaciones. En ocasiones el autoconcepto es solapado por el concepto de autoestima, si bien se consideran conceptos en relación, no son equivalentes. La autoestima hace referencia al aspecto valorativo del autoconcepto, es lo que se construye a partir de las autopercepciones (Martínez Festorazi, V, 2011).

“El autoconcepto es el conjunto de percepciones relativamente estables que un individuo tiene de sí mismo y reflejan una autoevaluación de atributos y comportamientos que incluyen una dimensión cognitiva y emocional” (García y Musitu, 1999, citado por Martínez Festorazi, 2011, p. 487).

El autoconcepto sería construido y definido a lo largo del desarrollo a partir de la influencia de personas significativas y por las propias experiencias de éxitos y/o fracasos a partir de la niñez. Un elemento clave de su construcción es el género, que viene a ser la manera en que cada sociedad simboliza la diferencia sexual y las ideas de lo que es el hombre y la mujer lo que condiciona la conducta (Salvatierra López, 2005).

El estudio de metanálisis sobre los conceptos de autoestima y autoconcepto durante los años 1995 y 2005 de Mejía Calcaño, I., (2007) señala que se suele confundir la noción de autoestima y autoconcepto, habiendo diferencia.

La autoestima implica la valoración que el sujeto tiene de sí mismo expresando una idea cargada de cualidades subjetivas y el autoconcepto son las descripciones que el sujeto hace de sí las que no implican siempre un juicio de valor, siendo difícil identificar cuando termina una y comienza la otra. La autoestima está asociada al autoconcepto y le es inherente a éste (Mejía Calcaño, I., 2007 cita a Cava y Musitu, 2000, p.5). Sin embargo, Garalgodobil y Durá (2006), señalan a la autoestima como el aspecto afectivo-valorativo del autoconcepto de ahí la interrelación entre ambos.

En la revisión de Mejía Calcaño (2007, citado en p. 8) sobre el concepto de autoestima de Touza y Royo (2000), se la define como la evaluación más o menos estable que el individuo hace de sí mismo la que implica una actitud de aprobación o desaprobación que indica el grado en el que el individuo se siente capaz, significativo y exitoso. Para autoconcepto, los autores reservan la idea de percepción que cada uno tiene de sí mismo

comprendiendo una suma de conceptos relativamente amplia de imágenes con juicios en referencia a sí, a su comportamiento, a su competencia en relación a las relaciones sociales y capacidades.

La autoestima está conformada por tres componentes básicos: el componente cognitivo (ideas, pensamientos, percepciones, procesamiento de información), siendo la opinión que el sujeto tiene de su identidad o personalidad, conjunto de rasgos con los que se describe formando una imagen de sí, una autoimagen. El componente afectivo (valoración de lo positivo o negativo en el sujeto, con agrado o desagrado), siendo los sentimientos asociados a la autodescripción y el componente conductual, es la tensión, intención y decisión de actuar, consecuente y coherente como resultado de un proceso interno de los componentes anteriores (Alcántara 1993; Vallés, 2000; Aguilar 2001, citados por Mejía Calcaño, 2007, p. 11).

El autoconcepto hace a las ideas, pensamientos, creencias y conceptos que una persona tiene con respecto a sí mismo y sus características, las que podrán ser de su agrado o desagrado, por lo que lo harán sentirse valioso o no, conduciéndolo a comportarse de una forma determinada en los distintos ámbitos en los que se desenvuelve (Mejía Calcaño, 2007).

El presente estudio adopta la posición de tomar la definición de autoconcepto como categoría abarcativa que incluye la autoestima y dentro de ella la autoimagen (Pastor, Belaguer y García Merita, 2006; Mejía Calcaño, 2007; Martínez Festorazi, V, 2011).

A partir del análisis de datos el reconocimiento por parte de los adolescentes de ciertos aspectos personales o características personales las cuales describen de sí, son valoradas por momentos como facilitadores de un ambiente familiar conflictivo, por lo que pueden oficiar como barreras para la modificación de aquel ambiente.

Las características personales percibidas y recogidas en los datos, van desde ciertas impresiones, a la conformación de una autoimagen. Se presentan en un sentido secuencial-dimensional:

- A) Intranquilidad-irritabilidad, impaciencia, agresividad: autoimagen de locura.
- B) Baja autoestima, sensibilidad, dificultades de relacionamiento: autoimagen de timidez.
- C) Celoso/a, desapegada: autoimagen de maduro-exigente-abrumador.

A) Intranquilidad-irritabilidad, impaciencia, agresividad: autoimagen de locura

Intranquilidad-irritabilidad:

"Creo que yo estoy tratando de tomarme las cosas con más calma. Ahora no le estoy dando tanta importancia a las cosas que dice", "Y creo que reaccionaba rápido y me enojaba rápido", "Enojarme con mucha facilidad por algo que dice ella" (E4).

Impaciencia:

"Era medio impaciente.... no era de esperar, cuando pedía algo, no era de esperar" (E5), "porque era inquieta, de ser inquieta no sabía ni para donde ir, no le quedaba quieta, no me quedaba quieta, me movía me movía era un saco de nervios, muy impaciente" (E1).

Agresividad:

"Les causaba problemas, era agresiva", "molestaba a todo el mundo... era así ya! Venía con una actitud. No sé si agresiva,... agresiva, no pero siempre a la defensiva estaba... por si me atacaban, yaaa!" (E1), "Físicamente nunca agredí a nadie ni nada... Solo eso, bueno, a ver... es enojo del momento" (E4).

Autoimagen de locura:

"Tremenda loca" (E1), "pensarían que estaba loco cada vez que reaccionaba así y tiraba todo" (E4).

B) Baja autoestima, sensibilidad, dificultades de relacionamiento: autoimagen de timidez

Baja autoestima:

"Tenía baja autoestima" (E2), "Todo lo que me ponía, sentía que no me quedaba"... "me sentía menos... me comparaba y me sentía menos", "siempre me tiraba para atrás" (E5), "siempre me sentí menos" (E1).

Sensibilidad:

"Tal vez me tomaba muy a pecho lo que ella decía..." (E4), "Todo me afectaba, todo me dolía, era sensible" (E3).

Dificultades de relacionamiento:

"tampoco tenía muchas amigas" (E3), "yo no soy de hablar mucho con los demás"... Ella -amiga- sí me tiene como una amiga, pero hace muchas cosas que a mí no me caen muy bien, yo me le aparto" (E5), "siempre me costó hacer amigos, bueno sociable soy pero no confío en los demás por lo que no tengo amigos, lo que se dice amigos!" (E2).

Autoimagen de Timidez:

"Un poco tímido, muy tímido!" (E4), "era de no decir las cosas era tímida en parte" (E3).

C) Celoso/a, desapegada: autoimagen de maduro-exigente-abrumador

Celoso/a:

"soy bastante celosa", "con mi hermano, con mi novio, con mis amigos" (E5), "puede ser que me haya generado celos, celos de mi hermano, él estaba con mi madre, yo estaba solo" (E4).

Desapegada:

"Soy una persona muy desapegada, obvio que... al mismo tiempo soy muy desapegada...", "creo que por el desamor que recibí de mi padre" (E2), "ya no me importa lo que ella me pueda decir, ya me distancié de lo que ella me diga, no me afecta, no le doy importancia" (E5).

Autoimagen Madura-Exigente-Abrumadora:

"Ven que yo voy a lo que quiero... "soy decidida y exigente conmigo y con los demás", "soy madura para mi edad, eso lo reconoce hasta otra gente y ella no" (E5), "yo tengo mi carácter, en la convivencia soy medio desgastante, soy exigente, tal vez porque mi padre lo es conmigo" (E2), "le contestaba mal porque estaba enojada, vivía frustrada por las cosas que me pasaban y las cosas que me decía.. Siempre me consideré madura" (E5).

Otro punto evaluativo que acompaña por momentos la valoración de sí mismo es la valoración de la "Etapa de la Adolescencia", aparece referenciada de forma laxa a más explícita o directa. En situaciones aparece como constructo subjetivo explicativo de conflictos.

"Había cumplido los 15 años y era importante esa edad" (E2), "capaz que si era más chica reaccionaba diferente a como reaccioné ahora" (E1), "creo que influenció que me hubiera pasado en ese momento" (E2).

"A los 15 años comenzaron las discusiones", "quedé embarazada a los 15" (E5), "me he dado cuenta en general que los adolescentes confrontan con las madres... cuando empecé a entrar en la adolescencia por eso-empezaron los problemas-, y antes era como que... por ejemplo mi madre me decía una cosa y yo tenía que hacerle caso. Y después empecé a crecer, me decían cosas y bueno... uno empieza a tener sus propias opiniones, empecé a ver cosas que no me gustaban. Creo que por madurez tal vez y me empecé a dar cuenta... 13 o 14... años" (E4).

"Creo que me influyó que me hubiera pasado en ese momento, hubiera sido diferente si me hubiera pasado más de chica o más de grande... había cumplido los 15 años y era importante esa edad" (E3). "Yo creo que tuve la suerte de que pasaron varias cosas pasaron en el tiempo justo, y en las etapas justas para que yo pueda aprender de ellas, renacer de nuevo y todo eso" (E2).

Es señalado por los entrevistados la percepción que la trayectoria de vida cambia al momento de comenzar los problemas o a la entrada de la adolescencia. La trayectoria de vida antes de que los aparecieran los problemas o a partir de la entrada a la etapa adolescente es valorada como “*ideal*” (E1), “*tranquila*” (E3), “*re-bien*”, “*estábamos bien*” (E4).

5.2.1.1.2. “Resolución del problema”

Matriz de categorías, dimensiones y componentes

Resolución del problema	Acciones/Actividades del adolescente	<ul style="list-style-type: none"> • Actitudes pasivas (silencio no hablar con padres ni pares) • Actitudes activas (huída, evitación, retraimiento, cortes, IAE, acciones legales)
	Apoyos percibidos	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyos emocionales (pares, profesores, pareja, vecinos, familiares no conflictivos) • Apoyos instrumentales (institución liceal, judicial, profesionales de la salud) • Afectos o emociones (tranquilidad, confianza, bienestar psíquico)

La “Resolución del problema” es la segunda propiedad o característica de la categoría central “Construcción del Problema”. Se la define como el o los intentos del adolescente y su entorno para dar solución al problema.

Krause (1997, 2005) plantea que el sujeto pasa por una fase previa al pedido de ayuda profesional como para dar respuesta a su problema. Implica desde el sujeto la interacción de los recursos personales y los recursos del entorno inmediato. La utilización de los recursos disponibles para intentar superar el problema, implica diferentes modalidades de afrontamiento. Se puede intentar superar el problema sólo, de forma personal en una primer instancia o bien acudir a otros. En general en este último caso son personas cercanas o pertenecientes a la propia red social del sujeto a las que se acude. Describe tres etapas en la cadena de conductas de afrontamiento del problema: 1) intentos de afrontamiento privados, 2) búsqueda de ayuda en la red social y 3) la búsqueda de ayuda profesional.

La característica de la “Resolución del problema” que presentan los datos implicó tres dimensiones:

- 1) las actitudes y/o acciones implementadas por el adolescente como para resolver la situación problema,
- 2) los apoyos percibidos por el adolescente como para dar posible solución al problema y
- 3) Afectos/emociones acompañantes de los apoyos percibidos.

1) Acciones y/o actitudes del adolescente

Pueden ser ubicadas en una línea dimensional que va desde actitudes más pasivas a conductas que implican acciones concretas o actitudes activas, a diferencia de las anteriores.

Actitudes/acciones pasivas

Consisten en mantener en "silencio el conflicto o problema". No se habla del conflicto ni con los padres, adultos referentes, ni con pares.

Los entrevistados:

"No saber cómo manejarlo, cómo hablarlo, no dije nada a nadie ni antes ni después de lo que pasó" (E5), "para qué hablarlo no iba a molestar más a nadie con mis problemas", (E1), "tampoco tenía ganas de hablar" (E3) "para no estar en el medio, no meterme, no hablaba, no decía nada" (E3), "para tener una postura neutra, no hablé más" (E2).

Actitudes/acciones activas

Son aquellas implementadas por los adolescentes entrevistados con carácter más activo, instrumentándose acciones concretas.

Aparecen conductas de "huída" del ámbito familiar, "evitación" del contacto, aislamiento físico o el retraimiento en los vínculos. En ocasiones aparece la implementación de "acciones legales", como denuncias en la comisaría e intervenciones del juez de familia, "cortes auto infringidos" y en un grado mayor dentro de esta conducta, "intentos de autoeliminación" (IAE).

Los entrevistados:

Huída, evitación del contacto, retraimiento:

"Trato de salir afuera, no sé...yendo a la casa de mi padre era una opción, tratar de salir de ese espacio", "Necesito estar afuera, salir, el estar encerrado en casa, me complica...ver gente y eso" (E4), "... allá no tenía razón para aferrarme entonces me fui,..... yo vine buscando algo...." (E2), "me fui y no podía volver a mi casa le entregué las llaves a mi madre" (E3), "me iba a mi cuarto... yo estoy prestando menos atención a lo que dice y ella también así se evitan las discusiones" (E4).

Acciones legales:

"hicimos la denuncia... fui a la audiencia" (E1), "la denuncia fue a la policía, luego pasó a juez de familia, me estaba enfrentando a mis padres", "estaba dando a luz todas las cosas que estaban pasando en mi casa" (E3).

Cortes autoinfringidos, Intentos de autoeliminación:

"me corté, quería lastimarme, sentía rabia", "no sé, necesitaba.. descargarme, desahogarme y yo era la manera que había encontrado ... tomé pastillas...lo único que quería era morirme, no quería saber nada con la vida" (E3), "un día me corté el pelo, y me afeité las cejas, estaba mal, me agarró por ahí", "Quería dormir nomás,.... para no sufrir más le causaba problemas a todo el mundo entonces.. me ponía mal", "claro... porque claro como que... alguien molesto siempre yo sentía estoy molestando a todo el mundo, para qué?" (E1).

2) Apoyos percibidos por el adolescente.

Orcasita Pineda y Urbide (2010), estudian la importancia del apoyo social durante la adolescencia. El apoyo social es entendido como el intercambio de recursos que se produce al relacionarse una persona con otra. Un individuo es percibido como el proveedor y otro como receptor. La importancia del apoyo social no radica en la interacción, sino en los beneficios que se obtiene de ella. Se distingue el apoyo social recibido del apoyo social percibido. El primero consiste en la dimensión objetiva del apoyo, la cantidad de ayuda recibida. El apoyo percibido hace a la dimensión subjetiva, compuesta por la cognición y la evaluación del apoyo por parte del sujeto. Implica la valoración que hace el sujeto del apoyo en cuanto a la satisfacción y el ajuste a las necesidades.

Los apoyos sociales son un constructo multidimensional, presentan las categorías de apoyo emocional, apoyo material y apoyo informal. El apoyo emocional se refiere a aspectos como la intimidad, apego, confort, cuidado y preocupación. El apoyo instrumental se representa en la ayuda o asistencia material. El apoyo informal implica consejo, guía, información relevante para la situación. Los adolescentes que disponen de una buena red de apoyo social, le asegura su capacidad de afrontamiento a las situaciones negativas (Orcasita Pineda y Urbide, 2010).

Los datos arrojan que los apoyos percibidos como emocionales e instrumentales.

Los apoyos emocionales presentados por los entrevistados, son aquellos proporcionados por pares y familiares que no participan del conflicto familiar con el adolescente. Se encuentran también dentro del apoyo emocional aquellas relaciones sociales cercanas inmediatas como profesores, parejas, vecinos, etc.

Apoyo emocional por los pares

Se lo caracteriza en la línea de la diversión/distracción, ser confiables/continentes.

"somos todos de 17, con ellos salía bastante seguido... considero que no da para salir y hablar del tema, creo que mejor es salir para divertirse...a algunos los conozco desde

hace 5 o 6 años... hemos hablado justo con uno que es el que te da consejos" (E4), "fui a la casa de una amiga y me quedé allí, no tenía donde ir, ella me apoyó conversamos" (E3).

Apoyo emocional por familiares o las relaciones sociales cercanas inmediatas

Se los caracteriza como: protectores/continentes, empáticos, reguladores de las emociones.

Protectores/continentes, empáticos

"mi padre me regaló un celular para que lo llamara por si me pasaba algo... con la que estoy más es con mi abuela.... a ella le cuento todo y tengo más confianza incluso que con mi madre... entre mi abuela y mi tía me activaban" (E1), "yo iba con mi hermana y ella me entendía, se quedaba un rato conmigo" (E3). "Con mi novio fue con el único que hablé, me entendía"... "con mi patrona, me llevo muy bien... habló mucho con ella...me ayuda un poco, no me juzga en lo que hago, me dice de otra manera, que algo está bien o que está mal, ... si estoy mal, me dice venite...ella está siempre ahí" (E5).

Reguladores de las emociones

"Mi padre tiene influencia sobre mi... me ayuda a bajar a tierra.... lo quiero y lo respeto... me llevo muy bien con él y con la familia de él, con su pareja, con mis tíos... no sé si es porque no convivo con ellos... mi padre me dice que tengo que tranquilizarme" (E4).

Apoyos instrumentales

Son aquellos proporcionados por el entorno institucional educativo, principalmente. Los apoyos instrumentales por la institución liceal y otros, en oportunidad la institución judicial, aparecen con la capacidad de:

- a) Identificar y ser conocedores de la situación problema del adolescente, explicitar o denunciar el problema a otros.
 - b) Búsqueda de soluciones alternativas (suministro de información, orientación/indicación, coordinación).
 - c) Otros apoyos instrumentales fueron los profesionales de la salud que intervinieron en alguna oportunidad actuando como orientadores/derivantes.
- a) Identificar y ser conocedores de la situación problema del adolescente, explicitar o denunciar el problema a otros:

"Yo estaba en primero de liceo, lo llamaron y le dijeron tu hija tiene un ojo negro!... la directora y la subdirectora sabían, y la profesora se dio cuenta y medio que le contaba en confianza, llamaron a mi tía y a mi abuela" (E1).

"La Directora me llamaba para ver cómo estaba, me daban el almuerzo, me ayudaron a pasar, di los exámenes fuera de fecha, no tenían porqué..." (E3).

"con la madre de mi amiga hicimos la denuncia en la comisaría, de ahí pasé al juzgado. Me daba un alivio de poder salir de la situación, pero era una mezcla de cosas... Estaba dando a luz todas las cosas que estaban pasando en mi casa, que no los dejaba muy bien parados, a pesar de todo eran mis padres", "Pero por otro lado, me daba alivio de por fin poder yo salir de esa situación". "Estando viviendo en el Hogar, yo seguí con mi vida viviendo en el Hogar, iba al liceo estudiaba, no salía mucho tampoco, porque ellos te dan un horario para que puedas salir y para que vuelvas..." (E3).

"De estar allá y enterarse que la hija estaba en un cuartito, como qué... le cayó medio pesado y después se fue enterando de pila de cosas y terminamos en los juzgados...O sea veía eso -padre- y después terminabas en el juzgado porque tá!. Porque dice no puede estar sufriendo así la gurisa, está todo en el expediente de lo que pasó" (E1).

b) Búsqueda de soluciones alternativas:

"Y mi profesora de Biología en ese momento, (ella es estudiante de psicología) y fue por ella que yo llegué porque ella sabía que yo estaba mal" (E1).

"Fui a la Policlínica... me recomendaron este lugar, hablé con la que atiende ahí, me iba a poner para la psicóloga de ahí, estaban llenos los cupos me indica acá, me da esa información" (E5).

"Nunca la veía porque la gente del Hogar se encargaba de que no se generara una situación fea o algo.... me dieron permiso a que ella viniera una tarde a buscarme a salir a tomar un helado y volver al Hogar. Así un par de semanas más y después me dejaron ir a mi casa" (E3).

c) Profesionales de la salud intervinientes:

"Se fijaron si yo tenía problemas,...los médicos vieron que estaba muy nerviosa... me mandaron a la psicóloga y la psicóloga a la psiquiatra... la psicóloga me dijo después, que por todos los problemas que tenía, estaba bueno que hiciera terapia" (E3).

"Fui al psicólogo de chica, era medio inquieta... ya sé, es para hablar, me medicaron años, me mandaron al psicólogo", "El psiquiatra me mandó al psicólogo" (E1).

"Fui al centro de salud y me dieron la dirección de acá sabiendo que había psicólogo y atendían adolescentes" (E5).

Apoyos emocionales – instrumentales, acompañados de afectos/emociones

Los afectos o emociones que acompañan son: la tranquilidad, confianza y bienestar psíquico.

Tranquilidad:

"me ayuda a no enojarme con tanta facilidad, a tranquilizarme... cuando estoy con él (padre) me divierte", "trato de hacerle caso (al padre), para que esté tranquilo y yo también",

"encontré en mi padre, mi lugar, mi padre generalmente está y está conmigo" (E4), "habían dos gurisas que pum para arriba, le ponían onda de buen humor" (E1). "con mis amigos me divierto y me tranquilizan, dicen que no me preocupe, que no de pelota" (E4).

Confianza-bienestar psíquico:

"Con mi novio fue con el único que hablé, me entendía"... "con mi patrona, me llevo muy bien... habló mucho con ella"... "me ayuda un poco"... "no me juzga en lo que hago, me dice de otra manera, que algo está bien o que está mal, ... si estoy mal, me dice venite"... "ella está siempre ahí", "le tengo confianza" (E5).

"Valoro pila porque los docentes no tenían porqué ir, eso me hizo sentir mejor, más confiada de que podía" (E3), "A ella (abuela) le cuento todo y tengo más confianza incluso que con mi madre", "entre mi abuela y mi tía me activaban" (E1).

5.2.1.2. Categoría central "Experiencia de la consulta"

Matriz categorial. Categoría central teórica-emergente y dimensiones

Experiencia de la consulta	Expectativa de la consulta	<ul style="list-style-type: none"> • Búsqueda de bienestar (escucha, alivio, ayuda, explicación/sentido del problema) • Búsqueda de cambio conductual, manejo del problema
	Acceso a la consulta	<ul style="list-style-type: none"> • Iniciativa del entorno cercano • Derivación por equipo de salud actuante • Motivación propia de búsqueda
	Percepción en las modificaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución de tensión/regulación afectiva • Modificación en relación a sí mismo • Modificación en la relación con otros

La "Experiencia de la consulta" fue una categoría explorada especialmente en la investigación. Se decidió ponerle esta nominación porque la población objetivo fue entrevistada luego de una experiencia inicial de intervención.

La categoría "Experiencia de la consulta" contempla las propiedades: A) expectativas frente a la consulta, B) acceso a la consulta y C) percepción en las modificaciones.

Krause (2005), entiende que las expectativas ante la atención psicológica es una de las subcategorizaciones de la "Construcción del problema psicológico". La argumentación de esta decisión se basa en el entendido de que esta subcategoría sería la "contracara" de la "Construcción del problema". El sujeto espera de una intervención aquello que pueda servirle para lo que él entiende que puede ser su problema y cómo espera que sea solucionado. Ello se encuentra dentro de lo que entiende por teoría subjetiva como el modo en que entiende, explica y cree que es su problema y de allí la "solución" al mismo.

Si bien se está de acuerdo con lo señalado por la autora, en esta investigación se vio la necesidad de crear la categoría de “Experiencia de la consulta” y desagregarla en subcategorías siendo las expectativas frente a la misma una propiedad de aquella categoría más abarcativa.

La categoría “Experiencia de la consulta” contempla las propiedades: A) Expectativas frente a la consulta, B) Acceso a la consulta y C) Percepción en las modificaciones. (Referirse a Matriz categorial punto 5.2.1.2).

Krause (2005) y OPD2 (2008), refieren que la direccionalidad de la expectativa que tiene el consultante frente a la consulta está en relación con el punto en el que se encuentra en referencia a su carga emocional en relación al problema. En toda expectativa está de forma inherente la búsqueda de un cambio. Implica cambio para disminuir el estado emocional anterior, un aumento del bienestar, teniendo como resultado un efecto tranquilizador. El sujeto que haya llegado a un punto crítico buscará alivio, sea un alivio de la angustia, un alivio sintomático, una búsqueda de apoyo emocional, búsqueda de escucha o búsqueda de un espacio propio. Pueden buscar consejos, orientación o apoyo instrumental. También puede aparecer la motivación o búsqueda de cambio de perspectiva de la situación problema, lograr un esclarecimiento o nuevo sentido a la situación, como la búsqueda de un manejo mejor de los problemas.

5.2.1.2.1. Expectativas frente a la consulta

Las expectativas recogidas en los datos, van en una escala dimensional de:

1) búsqueda de bienestar que comprende, escucha-alivio-ayuda/explicación-sentido del problema,

2) búsqueda de un cambio conductual en el adolescente es en referencia al manejo del conflicto.

1) Búsqueda de bienestar

Escucha-alivio-ayuda.

“Me di cuenta que lo necesitaba, no estaba bueno lo que estaba pasando, necesitaba hablarlo en algún lado... desahogarme... por lo menos decirle a alguien que me escuchara lo que estaba diciendo...yo sola no lo hubiera podido hacer...necesitaba un proceso que me ayudaran” (E3).

“A mí me agradó venir a hablar con un psicólogo... expresarse y decir lo que uno siente y que lo escuchen, no?, Considero que está bueno hablarlo, a veces me da vergüenza hablarlo con mis amigos” (E4).

“Sacarme toda la mochila”, “ porque yo estaba sufriendo... fue como tocando fondo... yo sufría mucho me sentía deprimida, era como ganas de sacarme todo eso” (E2).

Explicación-sentido del problema.

"Por eso consultaba, porque alguien que lo veía de afuera, me podía decir en qué momento y dónde estaba parada... Yo lo quería hablar para desahogarme y no sabía cómo enfrentarlo, cómo explicarlo, para que me den su punto de vista" (E5). "

"Quería entender lo que pasó... quería encontrarle el porqué del asunto... quería encontrarle lo positivo a esto..." (E1), "...fuertes dolores que me pasaron, para mí tenían una razón... poder reconocer las propias contradicciones" (E2).

2) Búsqueda de un cambio conductual en el adolescente

En los datos aparece la búsqueda de un cambio conductual que redunde en el manejo del conflicto.

"Cambiar de actitud porque yo era muy inquieta, pum para arriba... era como muy eufórica" (E1), "no sabía cómo hablarlo...no sabía cómo desarrollarlo, ...como que corría", "en ese momento creí que era lo mejor no hablarlo, como decía mi madre, para nada!", "hasta la semana pasada yo no había tocado los papeles del embarazo... me era difícil, necesitaba hacer otra cosa, manejarlo de otra manera" (E5).

5.2.1.2.2. Acceso a la consulta

El acceso a la consulta aparece desde un menor grado de implicación por parte del adolescente a un mayor grado de implicancia, como motor para la búsqueda de ayuda concreta. Lo anterior aparece reflejado en:

- 1) La iniciativa de la consulta es por un familiar cercano, a veces esta acción la concreta el involucrado en el conflicto familiar con el adolescente.
- 2) Derivación del equipo de salud que actuó con anterioridad.
- 3) Motivación propia en la búsqueda profesional. (Referirse a la Matriz categorial punto 5.2.1.2, p).

1) Iniciativa de la consulta por un familiar cercano:

"Iba al psiquiatra también... mi madre creía que yo estaba loca... primero me trajo papá, después yo seguí viniendo solita" (E1), "mi madre me veía deprimida y que no rendía en los estudios... ella entendía algo diferente que yo... que estaba desbordada por la vida... Ella quería que estuviera más tranquila y tah!" (E2), "mi madre me anotó en el servicio para que me atendieran... aunque mi madre siempre llamaba, un día me llamaron" (E3), "en primer lugar porque consultó mi madre y yo le dije que sí, estaba de acuerdo, nos iba hacer bien a los dos" (E4).

2) Derivación del equipo de salud:

Este punto, derivación del equipo de salud, se encuentra en estrecha relación con uno de los apoyos instrumentales ya desarrollados. Esto marca la interrelación entre las categorías y la acción compleja entre unas y otras.

"Todo comenzó en el 2009, me internaron por dolor en el pecho... me hicieron estudios tenía gastritis, no entendían cómo tan chica tenía eso... 13 años, me derivaron a psiquiatra y el psiquiatra me dijo que era para psicólogo" (E3), "fui al psicólogo de chica, era medio inquieta... ya sé es para hablar... me medicaron años, me dijeron que viniera a psicólogo" (E1).

3) Motivación propia en la búsqueda:

Krause (2005) plantea que es necesario que se dé siempre el reconocimiento de la necesidad de ayuda en el sujeto, para el inicio de la búsqueda de ayuda. El reconocimiento de la necesidad de ayuda se encuentra en cada uno de los entrevistados pero tal reconocimiento de necesidad de ayuda no siempre se presenta como suficiente para hacer el movimiento de la concreción la propia consulta.

"Apenas perdí el embarazo le pedí a mi madre ayuda psicológica, dice que sí y no me averiguó nada... por lo que más consulté fue por la pérdida del embarazo,... en unos días llamé acá y arreglé todo, me llamaron,... fui a la Policlínica... me recomendaron este lugar, hablé con la que atiende ahí, me iba a poner para la psicóloga de ahí, estaban llenos los cupos me indica acá" (E5).

5.2.1.2.3. Percepción de las modificaciones

Krause (2006a, 2006b) señala que la percepción del cambio por parte del paciente dentro de un proceso psicoterapéutico es de carácter subjetivo, por lo que habla de cambio subjetivo, el sujeto percibe la modificaciones de cómo se maneja en comparación con otros momentos antes de la intervención.

Como ya se señalara, los adolescentes entrevistados fueron aquellos que finalizaron su consulta inicial, si bien no se habla de proceso psicoterapéutico sí pasaron por una consulta psicológico y/o intervención que culminó.

Los datos recogidos muestran que lo que se decidió en llamar percepción de las modificaciones es un aspecto que entra en la esfera netamente subjetiva. La percepción de las modificaciones es el efecto que siente el sujeto que se ha producido en él y/o en el entorno a partir de la consulta inicial. Aparece la percepción de cambios que van desde:

- 1) Disminución de tensiones/regulación de afectos.
- 2) Modificaciones en relación a sí mismo.
- 3) Modificaciones en el relacionamiento con los otros.

1) Disminución de tensiones/regulación de afectos:

"Estamos como tranquilizándonos,... no sé si fue casualidad o va funcionando el empezar a venir acá, nos tranquilizamos los dos, nos empezamos a sentir mejor". "Ahora no me pasa de enojarme rápido", "una de las cosas que me ha ayudado es a estar tranquilo" (E4).

"Estoy mucho más tranquila", "empecé a venir acá y cambié rotundo... yo era tremenda loca le contestaba a mi padre, estaba enojada, estoy más tranquila" (E1).

"Ahora voy a tomarme las cosas más natural, no tomármelas dándome tanto por la cabeza" (E5).

2) Modificación en relación a sí mismo:

"Cuando terminé la consulta no me había dado cuenta de todo lo bueno que había logrado, ahora hago una revisión de las cosas malas, ya tengo el antídoto,.. el venir acá me dio la oportunidad de liberarme de mis preconceptos" (E2).

"creo que yo lo estoy viendo de otro modo, porque mi hermano sigue complicado y yo ya no me amargo" (E4).

"me noto muy cambiada de cabeza", "ahora sé que la última decisión en mi vida la tengo yo", "me ayudaron a ver las cosas de otra manera", "ahora disfruto de las cosas, es distinto, paso bien" (E5).

"Siento que me entiendo más, no hay muchas discusiones en casa nada que ver, nada que ver... me deja salir..." (E3).

3) Modificación en el relacionamiento con los otros:

"Me ayudó en el relacionamiento con mi madre, dejo que grite sola", "me ayudó a juntarme con mis amigos" (E5).

"Fue en ese momento en que empezamos a venir los dos al psicólogo, fuimos mejorando, la noto más tranquila, más contenta, estamos mejor", "hemos cambiado las 2 partes, la convivencia está mucho mejor" (E4).

"Tengo amigas del liceo que nos conocimos este año y otras que ya habíamos estado juntas desde 4°, habían elegido la misma orientación que yo. Y después tengo amigas de la vida, de esas que están siempre desde hace años, esas también, siempre nos juntamos, o vienen a mi casa o yo voy a la casa..." (E3).

5.3. Análisis de proceso

El análisis de proceso se le realizó a los datos proporcionados por las entrevistas para lograr una mayor profundidad en el análisis de datos.

Se había explicitado que Krause (2005), toma a la expectativa frente a la consulta como una de las subcategorías dentro de la categoría mayor de “Construcción del problema” y en el presente estudio se decidió que la subcategoría de expectativa frente a la consulta, fuera una de las propiedades de la categoría mayor “Experiencia de la consulta”.

Es en el análisis de proceso donde se analiza la interrelación entre las categorías de “Construcción del problema” y “Experiencia de la consulta”.

El análisis de proceso realizado consistió en un análisis transversal de todas las entrevistas que compusieron la muestra identificando los aspectos relevantes. Implicó la detección de los elementos que tomaban presencia en el proceso que va desde la “Construcción del problema” a la “Experiencia de la consulta”.

Se tomó como proceso la trayectoria en actitudes y acciones de los entrevistados desde la “Construcción del problema”, a partir de la “Percepción del inicio del problema” con los afectos que lo acompaña, a la “Experiencia de la consulta” o momento en que se decide consultar.

Se hizo una matriz condicional/consecuencial, definida en el Capítulo 4 Metodología (Strauss y Corbin, 2002, p. 67), en la que se ubicaron las condiciones y/o el contexto donde se dan las acciones/interacciones de los entrevistados conformando la base estructural del proceso. A partir de una línea ficticia de tiempo en direccionalidad que va desde la “Percepción el problema” a la concreción de la consulta en el entendido que fuese el camino recorrido por los entrevistados para la “Resolución del problema”.

El proceso se desarrolla a lo largo de toda la matriz contextual conformada por la “Percepción del inicio problema”, como componente cognitivo, los “afectos o emociones” como los componentes afectivos y los componentes comportamentales, actitudes, acciones/interacciones, como “Resolución del problema”. A lo largo de esa trayectoria se percibieron permanencias y cambios en el transcurso del desarrollo a la “Experiencia de la consulta” (Presentado en Diagrama 1 Matriz condicional/consecuencial p. 98)

Se partió de la “Percepción del inicio del problema” acompañado de afectos/emocionales como confusión, ansiedad/angustia, enojo/rabia/envidia, depresión, tristeza, culpa, miedo/dolor. Se identificó la dinámica de ciertas acciones/actitudes de los adolescentes como intentos de solución a la situación problema. Las conductas implementadas fueron en principio conductas que se caracterizaron por ser del orden de lo privado o solitarias. Aparece el “silencio sobre la situación problema”, no se habla de esta con padres, ni con pares, aspecto que implica un sufrimiento silencioso. Estas actitudes consideradas “pasivas” se las pensó en llamar: “arreglárselas a solas” ya que no se acude al entorno cercano.

Se identificó actitudes asociadas a algo más “activo”, en el que el adolescente hace un movimiento si bien queda dentro de lo privado. Aparecen las conductas de huida del ambiente familiar, evitación del contacto familiar y/o restricción o retraimiento al contacto familiar. En comparación con las actitudes anteriores, si bien puede mantenerse la actitud del silencio, estas actitudes entran en el orden de lo activo simplemente por retirarse del medio conflictivo. En el contexto familiar de estas conductas se ubican los afectos o emocionales como: confusión, incomodidad, desconfianza, enojo/cansancio/aburrimiento, celos, soledad, culpa, angustia, depresión.

Los afectos como confusión, incomodidad, desconfianza, enojo/cansancio/aburrimiento, celos, soledad, culpa, angustia, depresión son los que se dan en la intersección entre las acciones pasivas a las activas, sin que los afectos anteriores mencionados que acompañan a la “Percepción del inicio del problema”, desaparezcan.

Los afectos como la soledad, culpa, angustia, depresión, desconfianza, desprecio, molestia/enojo, se dan en el pasaje de las conductas que pueden ser ubicadas dentro del orden de las actitudes activas pero implican una dirección contra sí mismo, como ser: cortes en el cuerpo hasta intentos de autoeliminación (IAE). Estas últimas siguen en el parámetro de “arreglárselas a solas”, siendo intentos en el ámbito privado sin recurrir al entorno circundante como Resolución el problema. (Presentado en Diagrama 2 Actividades/acciones-Resolución del problema p. 99)

Ante la percepción de los apoyos sociales emocionales tanto de pares u otros sujetos del medio, los que comienzan a interesarse por la situación del adolescente se introduce un cambio en el contexto descrito hasta el momento. Este cambio marca una modificación en las acciones del adolescente en el que comienza con una serie de actitudes orientadas a recurrir el entorno como apoyo.

Se registra en primera instancia, una búsqueda de apoyo emocional en pares y/o adultos referentes dentro de las instituciones a las que pertenece o concurre el adolescente. Se genera la aparición de afectos como: tranquilidad, confianza, bienestar psíquico, sensación de protección, lo que sirve como alivio y regulación afectiva.

Este nuevo contexto da lugar a la aceptación del ofrecimiento de la consulta psicológica, a partir de la iniciativa de esos apoyos que pueden oficiar en casos como emocionales y/o instrumentales. Esta nueva situación introduce un cambio de actitud, la que se decidió en llamar actitudes “pro-activas” del adolescente. En la presente lógica aparece la aceptación activa de la consulta, en algunos casos se da la iniciativa propia por consultar y en otros además, la búsqueda de otras soluciones alternativas dentro del entorno. En este sentido pueden aparecer conductas como las de efectuar denuncias o acudir a la intervención de otros profesionales (policías, jueces de familia).

Cuando la consulta se concreta, toman expresión las expectativas ante la atención psicológica. Las expectativas que aparecen son: la búsqueda de alivio/escucha/cambio conductual.

Al concretar o dar inicio a la consulta se genera la sensación de bienestar psíquico, alivio y regulación emocional. La línea que parte de la categoría “Construcción del problema” da paso a la dinámica del proceso de “Resolución del problema” que va de la activación de conductas “pasivas” a “activas” a “pro-activas”. Cuando el contexto y/o condiciones iniciales cambian, se reorienta la actitud del adolescente a nuevas acciones. El momento de inflexión para el cambio de actitud aparece cuando se da la articulación entre el interés del medio por lo que le sucede al adolescente y la percepción de éste de posibles apoyos. Estas nuevas condiciones propician la direccionalidad a la consulta por atención psicológica, momento culmine del proceso. (Presentado en Diagrama 3 A la Experiencia de la consulta p. 100)

Diagrama 1 Matriz condicional/consecuencial

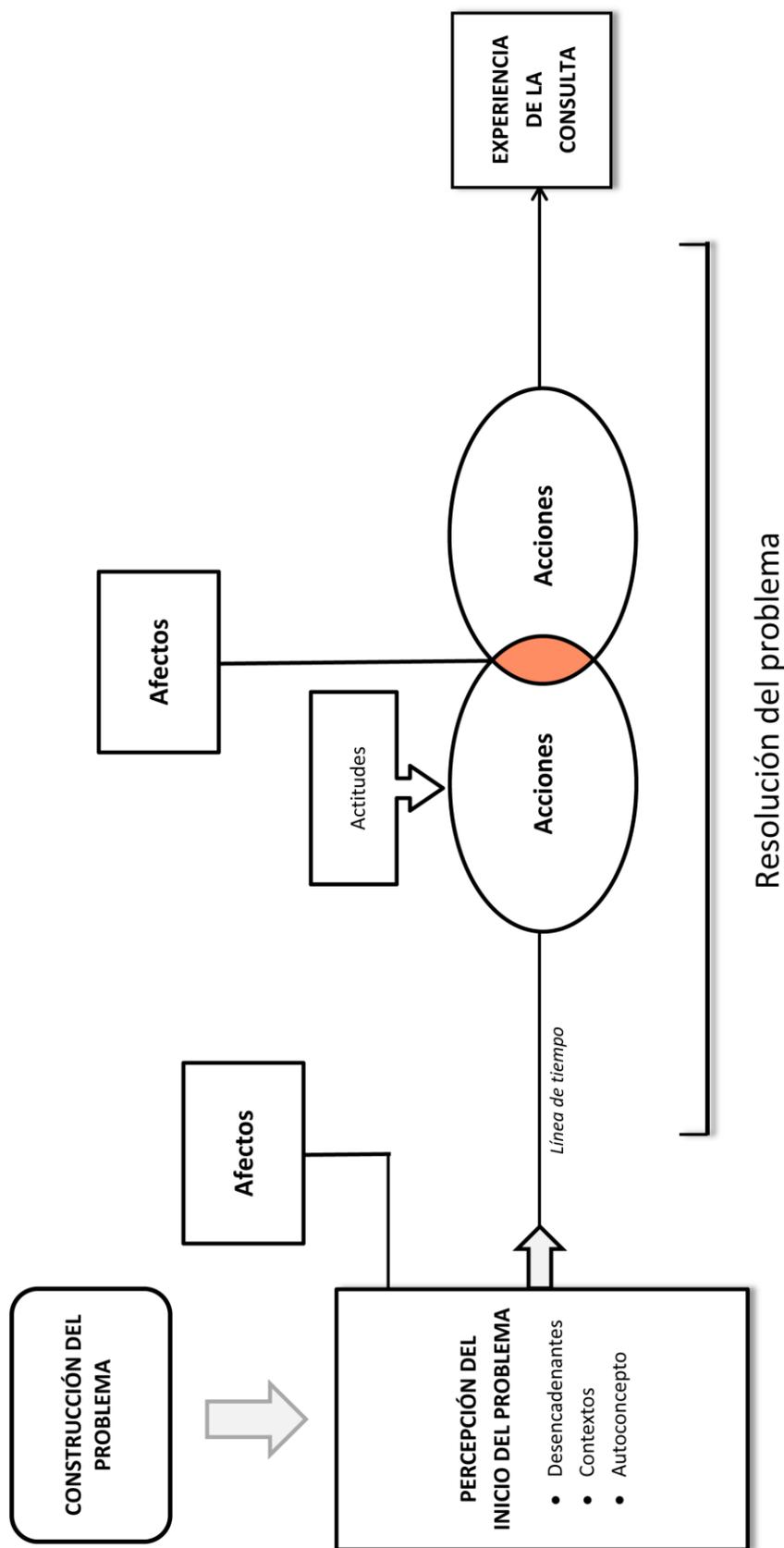


Diagrama 2 Actividades/acciones-Resolución del problema

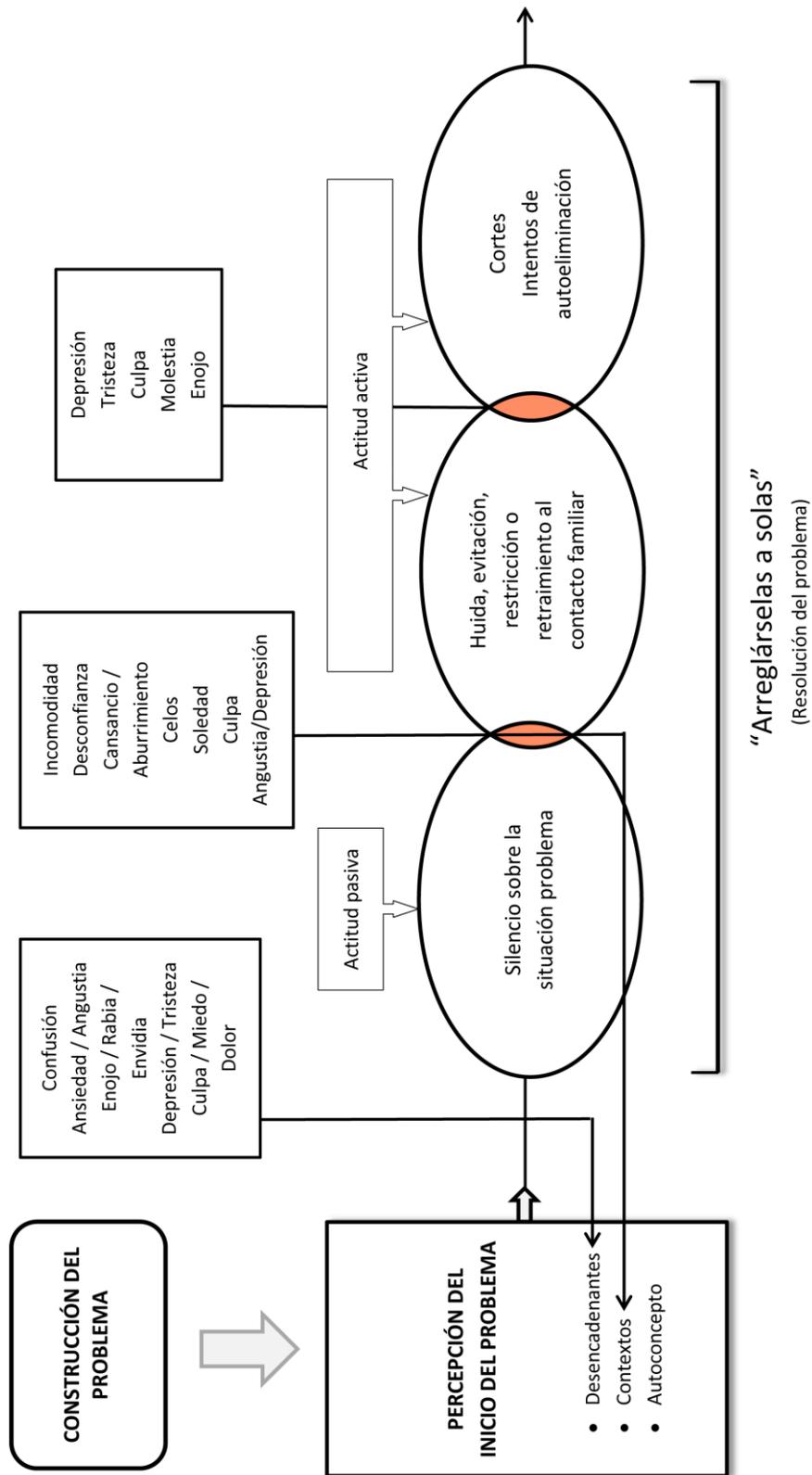
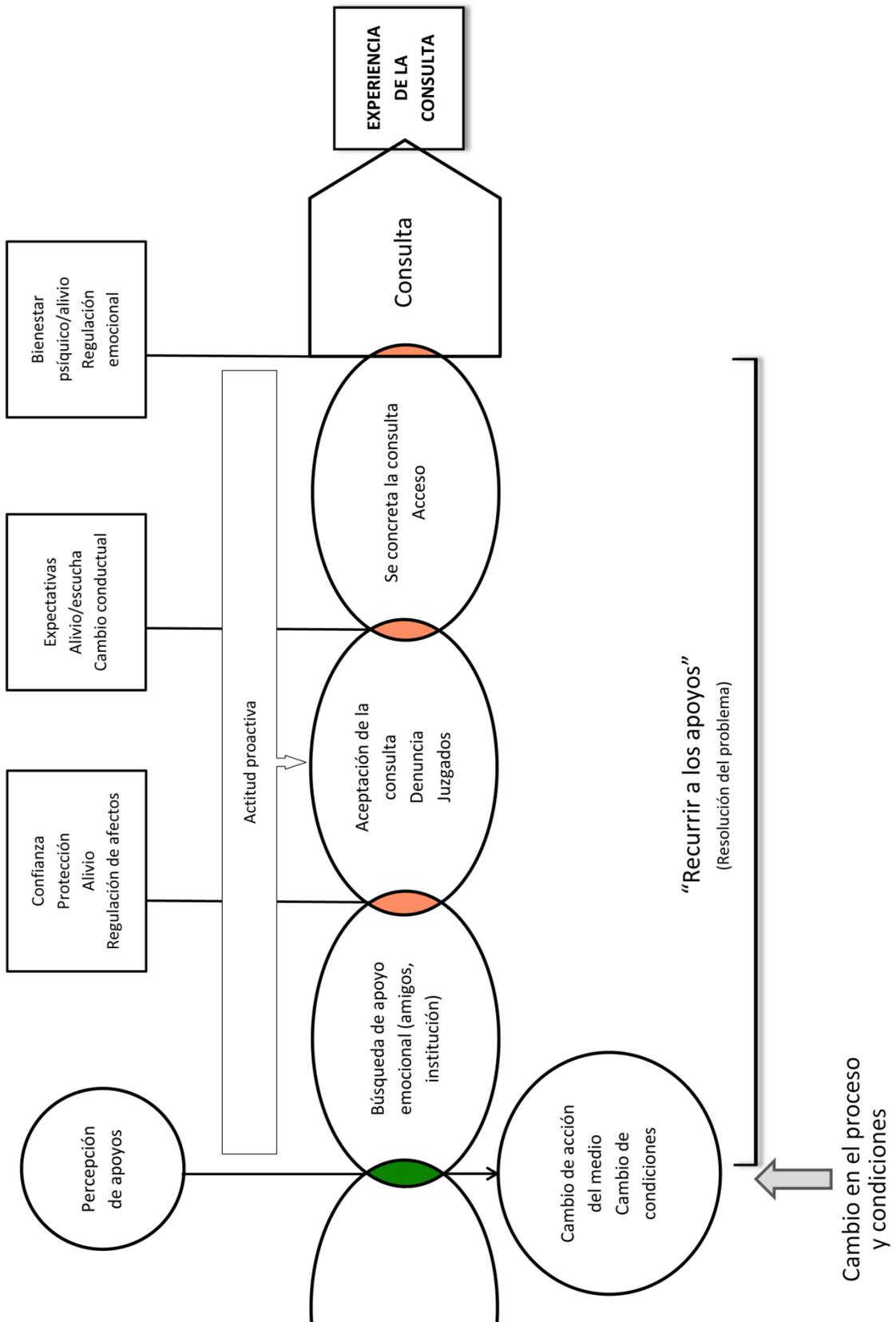


Diagrama 3 A la Experiencia de la consulta



5.4. Análisis de datos del Grupo focal y resultados.

El análisis de los datos del grupo focal de terapeutas de adolescentes permitió lograr describir las percepciones clínicas de los terapeutas sobre los significados, creencias o vivencias del problema que el adolescente trae a la consulta psicológica y describir las percepciones clínicas de los terapeutas de cómo debe ser trabajado el motivo de consulta del adolescente para dar respuesta a su problemática.

5.4.1. Matriz categorial. Categorías teóricas- emergentes y dimensiones

Percepción clínica del adolescente y su contexto	Caracterización del adolescente actual	<ul style="list-style-type: none"> Desvalido, frágil, desamparado, solo, conductas de riesgo (trastornos alimentarios, adicciones, cortes, delincuencia), “joven a la deriva”. Dificultades e proyecto de vida, “vida sin sentido”, dificultades en la comunicación, necesidad de lo inmediato. Denunciante de la problemática familiar
	Caracterización del contexto familiar inmediato	<ul style="list-style-type: none"> Transmisión del agotamiento, sobrecarga de jornada múltiple, vulnerabilidad en los vínculos, “adultos en crisis”, “familia en retiro”. Presencia de los padres, dificultad en la comunicación “no empáticos”, dificultad de sostener al adolescente. Control parental “sobreinvasores”, “presidentes”
	Caracterización social cercano del adolescente	<ul style="list-style-type: none"> Presencia de los pares como soporte/apoyo, por la “familia en retiro”. Riesgo de pares como referentes. Instituciones (amparantes, no amparantes/adultos descalificantes)
Percepción clínica de la consulta adolescente	Motivos de consulta	<ul style="list-style-type: none"> Estados del ánimo, sintomatología inhibitoria, falta de límites, dificultades con los pares como síntoma, dificultades con el proyecto de vida, orientación vocacional, cortes en el cuerpo.
	Acceso a la consulta	<ul style="list-style-type: none"> “Llegan solos”, debilitamiento de la figura del adulto. Vehiculizada por el adulto, instituciones, otros profesionales.
	Expectativas frente a la consulta	<ul style="list-style-type: none"> Búsqueda de alivio Escucha de “otro tipo de adulto”
	Motivos de permanencia del adolescente en la consulta	<ul style="list-style-type: none"> Importancia del vínculo Lograr una singularidad Espacio donde no se juzga, no se descalifica
	Vivencias del problema que traen los adolescentes	<ul style="list-style-type: none"> No parecen traer sentidos sobre lo que les pasa. Reconocimiento de que traen algún sentido Dificultad cuando el sentido traído es diferente al parecer familiar.

5.4.2. Percepción clínica/Inferencia clínica:

La percepción es la experiencia sensible, es el conocimiento directo no conceptual de los objetos físicos. Los enfoques empiristas de la percepción tienden a considerarla como las impresiones, sensaciones que tiene un sujeto sobre un objeto. Los enfoques racionalistas rescatan que la percepción es algo más que la suma de los elementos, destacan la importancia de los elementos cognitivos, en particular de índole intelectual que se presentan al momento de interpretar los estímulos. Por tanto este enfoque señala el papel de la mente en la percepción (Echegoyen Olleta, s/f).

El presente estudio tuvo la intencionalidad de poder llegar a las percepciones clínicas de los terapeutas de adolescentes, tratando de rescatar la experiencia subjetiva de aquellos en la clínica con adolescentes (Echegoyen Olleta, s/f), si bien se tuvo presente que el aspecto cognitivo, intelectual y referencial teórico de cada terapeuta estaría presente al momento de sus apreciaciones, tal como lo explicita el concepto de inferencias clínicas descriptivas (Levobichi de Duarte, et al, 2009, Juan, Etcheberne, Weisman, Levobichi de Duarte y Roussos, 2009) o de inferencias clínicas de primer nivel observacional (Celener, 2005).

En el presente estudio se define percepción clínica como las impresiones que los terapeutas reconocen y describen sobre la clínica con adolescentes partir de su experiencia clínica.

Las categorías configuradas como predominantes fueron: A) “Percepción clínica del adolescente y su contexto” y B) “Percepción clínica de la consulta adolescente”.

La discusión grupal comenzó con una serie de impresiones clínicas en referencia a varios tópicos. Surgen en primera instancia las percepciones clínicas en relación a las formas en que llegan los adolescentes a la consulta. La discusión deriva en describir las características de la consulta adolescente en la actualidad. Aparecen las percepciones clínicas de algunas características de la familia actual y la presencia de pares, adultos e instituciones de referencia los que conforman el contexto social inmediato del adolescente.

5.4.2.1. Categoría central: “Percepción clínica del adolescente y su contexto”

Las propiedades de esta categoría central son “Caracterización del adolescente actual”, “Caracterización del contexto familiar inmediato en el que se encuentra el adolescente y “Caracterización de contexto social cercano del adolescente” (Referirse a Matriz categorial punto 5.4.1).

5.4.2.1.1. Caracterización del adolescente actual

Prevalece la descripción de un adolescente que se encuentra sólo frente a sus problemas. Caracterizado como desvalido-frágil, en desamparo, con posibilidades de

incursionar en conductas de riesgo como: adicciones, trastornos alimenticios, delitos, marcas en el cuerpo o cortes autoinflingidos. Prevalece el acto en vez de la palabra, con dificultades en la comunicación y la necesidad de lo inmediato. Presenta dificultades de proyecto a futuro y dificultades para tomar elementos del entorno como positivos. En el extremo de esta escala dimensional descrita de dificultades aparece una *“vida sin sentido”* (TB, 16⁸). Se tomó como síntesis de la descripción el código un *“joven a la deriva”* (TB, 5).

El modo en que los terapeutas sugieren las formas de presentación a la consulta por parte de los adolescentes son:

“En los últimos tiempos, no sé si uds tienen la misma percepción, están viniendo más solos a consultar. Porque en general veía más antes que la consulta llegaba más a través de los padres o a través del adulto referente y estoy viendo más consultas donde son ellos que vienen solos a la primera entrevista” (TB, 2),

Emergen aspectos referidos a la visualización de la soledad asociada a la adolescencia y falta de soportes claros, valoración crítica en referencia a las familias y los adolescentes:

“Aparece de todo lo que dijeron, de todo un poco, adolescentes que vienen solos, de 13 años 14, piden ayuda. Otros que los mandan, porque a esa edad están solos entonces los mandan, otros que no aparecen los padres más, de todo.... lo que dijeron un poco. De los que hay un motivo de los propios padres o del chico” (TA, 6), *“esta cuestión de estar solo. Estar solo a la hora de comer, estar solo a la hora de estudiar, estar solo a la hora de tener que arreglárselas con un problema del liceo”* (TF, 3), *“para nosotros en algún momento necesitamos un adulto en la consulta”* (TC, 2), *“se sienten muy solos”* (TD, 10).

Se perciben los adolescentes con las características antes mencionadas, fragilidad, inseguridad, desamparo, las que parecen ser relacionadas por los terapeutas con las conductas de riesgo que pueden presentar:

“Algunos vienen inseguros otros ya más frágiles” (TC, 2), *“hay como una vivencia de desamparo, lo trabajo en mi proyecto de tesis, el adolescente queda perdido en esto”* (TB, 10), *“las conductas de riesgo tienen que ver con los cortes, trastornos alimentarios, conductas de riesgo... la delincuencia”* (TB, 10).

Otro aspecto a ser destacado, es la valoración que hacen los terapeutas de los proyectos vitales donde presenta mayor peso el desinterés, el desánimo frente a lo existente, sin posibilidades de rescate de lo positivo en esto. Se presentan dificultades en la orientación vocacional, proyección a futuro y una incapacidad de tolerancia a la espera:

⁸ TB, 16, corresponde Terapeuta B (segundo terapeuta interviniente) y página 16 de la transcripción.

“Agregaría las dificultades de proyecto a futuro, esto de la vocación, de la orientación vocacional” (TD, 15), “‘para qué voy a ir’, ‘entonces dejo todo’, no vale nada el liceo,... nada. Y eso también, es como un punto, no hay como una cosa de aspiración.... es como que no se pueden como plantearse el qué hacer, porque nada está bueno” (TB, 13).

“Dificultades en la vocación, me parece que se encuentra ligado a dificultades en concebir que el futuro existe. Por una cuestión de esto que decía B, voy en el ómnibus, no aguanto y debo bajar, también hay un no poder aguantar nada y no poder aguantar la espera” (TF, 15).

Las dificultades que los terapeutas perciben en la construcción de un proyecto de vida son asociadas a aspectos patológicos:

“Me preocupa cuando aparece... porqué voy a hacer tal cosa si al final me voy a morir, hay algo con todo el tema de la muerte, de la existencia... como la vida sin sentido, creo que es el paso último que tienen con esto de los estados de ánimo y de la depresión” (TB, 16).

En el discurso de los terapeutas toma prevalencia la presencia de “los cortes”. En referencia al tema aparecen diferentes concepciones al respecto. Algunos la refieren como “modas” de presentación actual adolescente, otros las refieren como formas alternativas no apropiadas de comunicación, modo de expresión de los afectos hasta expresiones patológicas.

Modas de presentación actual adolescente:

“.. y otras de las cosas que se me ocurrían cuando las escuchaba, tiene que ver cómo los chiquilines expresan a través del cuerpo. Una de las cosas que me llaman más la atención, la cantidad de cortes y no como intentos. Y en distintos contextos... la cantidad de cortes. Está de moda cortarse” (TD, 3). “Con esto de las marcas en el cuerpo y que no tienen que ver con el nivel socioeconómico” (TC, 15). “Bueno, la marca, es todo un tema, lo que marque el cuerpo. Los tatuajes...” (TA, 14).

Formas alternativas no apropiadas de comunicación, modo de expresión de afectos, expresiones patológicas:

“El cortarse es porqué está de moda, aparece el ‘mirá, mirá’, porque está angustiado, triste, solo, para no pensar, para dejar de sentir” (TD, 10).

“Lo primero que hacen es mostrarte. Me acuerdo de un chico que una vez me dijo, cuando me corto, siento que existo” (TF, 10). “Creo que tiene que ver con esto de la vivencia de desamparo no, que el adolescente queda perdido en todo esto, que hablan los autores referentes y qué pasa con todo esto no?” (TB, 10), “Esto de los ‘Adultos en crisis’ de Silvia Di Segni, si lo habremos trabajado, ‘... y jóvenes a la deriva” (TB, 5).

Otra corriente dentro del grupo logra formular que el adolescente, con la presentación de ciertas conductas “riesgosas”, presenta la capacidad o la “fortaleza” en “denunciar” una problemática familiar (TF, 11):

“Lo hacen por denuncia. En entrevistas familiares, uds todas tendrán experiencia, a un adolescente que lo traen por ejemplo, porque consume alguna sustancia, le diga al padre, así delante de todo el mundo, lo veo como una fortaleza, es una posibilidad de mostrarle a los otros lo que no pueden ver de sí mismos. ‘Qué me venís a hablar de drogas que siempre estabas con el vaso de whisky en la mano?’... creo que lo estamos trayendo por el lado de lo vulnerable pero me parece que está la fortaleza del adolescente de poder denunciar. Y aprovecha cuando hay un tercero, alguien que no es de la familia que está escuchando, en la medida de hacer una denuncia” (TF, 11).

5.4.2.1.2. Caracterización del contexto familiar inmediato

Prevalece la descripción de un contexto familiar inmediato integrado por adultos caracterizados como “agotados” que hacen una “transmisión del agotamiento” (TD, 4), por una “sobrecarga de la jornada múltiple”, “adultos en crisis” (TB, 5). Esto implica poco tiempo disponible de los padres para con los adolescentes. Lo anterior conlleva a dificultades en la comunicación, no facilitando la empatía.

“La transmisión del agotamiento, de no tener tiempo, tener 4 trabajos,... Esa transmisión del agotamiento, no tener disponibilidad... Una sobrecarga absoluta de los adultos entonces no hay disponibilidad para lo que decíamos, para conectar, para sostener, para empatizar, para comprender, para acompañar” (TD, 4), “ahí hay un sesgo de la población adulta, de la sobrecarga y la jornada múltiple laboral” (TD, 4), “no han podido hablar de sus hijos, una incapacidad absoluta de captar sufrimiento no del chiquilín” (TD, 2), “cuando se quiere hablar con los padres por una adolescente en consulta, esa hija no cobra figura o dimensión propia en el discurso, especialmente en el materno” (TF, 4), “si hablan es sólo del trabajo” (TF, 5), “pero qué le pasa si tiene todo?”, (TD, 2).

Dentro del ámbito familiar se señala la “vulnerabilidad en los vínculos” (TD, 8), en el entendido de que los vínculos parentales son poco sostenedores del adolescente, esto último es señalado en independencia de factor socioeconómico.

Por otro lado se tiene la impresión que el adulto hace una depositación de la responsabilidad del problema en el adolescente, no haciéndose cargo de la propia implicancia en el problema que presenta el adolescente.

“Hay algo que tienen en común, los sectores carenciados pero también los sectores medios altos, en ambos casos hay una vulnerabilidad tremenda en los vínculos, que no creo que tenga que ver sólo con los pobres”, “La vulnerabilidad y la falta de sostén no, y que ahí

entran los pares y otros adultos” (TD, 9), *“parece que traen que el problema es del adolescente!”*, (TC, 2).

En referencia al control o monitoreo parental del adolescente, para tomar la conceptualización de Oliva (2004, 2006), se lo presenta en una escala dimensional que va desde ser *“sobreinvasor”* (TC, 2), hasta no el estar presente.

Las apreciaciones de esta dimensionalidad surgen a partir de las impresiones explicitadas por los participantes del grupo en relación a la forma en que perciben a los padres que suelen acercan o no a la consulta psicológica.

Control parental: *“sobreinvasores”*.

“Aparece lo muy invasivo, lo muy invasivo o lo prescindente”, “Que se cite al adulto y que el adulto no aparezca... Aunque sea para ponerle una sanción, el adolescente marca que para él hubiera sido importante que el adulto referente venga” (TF, 4).

“En un porcentaje mucho menor, están los padres sobreinvasores”, “te entran a la mitad de la consulta o quieren siempre hablar veinte minutos al final contigo” (TC, 2).

Control parental: no presentes, dejar solo al adolescente.

“Logran anotarlos a la consulta, traerlos y luego quedan completamente solos”, “tienen que arreglárselas solos” (TF, 4). *“A los adultos les cuesta venir a la consulta”* (TA, 1), *“cuesta lograr la coordinación realmente para la entrevista”, “vienen solos sin un adulto”* (TB, 1), *“los adultos referentes no sienten que tengan que estar ahí”* (TB, 2).

En un momento de síntesis grupal emerge la inferencia de una *“familia en retiro”* (TF, 8). La aparición de esta idea de *“familia en retiro”* parece estar unido a la percepción de cómo llegan los adolescentes a la consulta psicológica, valorándose que llegan *“solos”* o en algún momento del desarrollo de la misma, quedan solos. Esta impresión es producto de una inferencia de segundo nivel, al decir de Celener (2004), donde los aspectos teóricos formativos y las visiones personales influyen en la formulación de las hipótesis.

El formular una *“familia en retiro”* a diferencia de otros momentos contextuales, conduce a la idea de la familia actual con un funcionamiento diferente a la que se cree o espera que tenga como factor protector y sostén para el adolescente y el desarrollo adolescente. Se podría decir, que es presentada como *“fallante”* por dejar al adolescente solo con sus problemas no oficiando como interlocutor válido de las dificultades que pueda presentar el adolescente.

Bernardi et al, (2011), Bruno (2014) plantean que la presencia del adulto referente, su compromiso y anclaje transferencial dentro del contexto de la consulta con niños y adolescentes, es fundamental para la continuidad y resultados de una intervención. Esto

logra en un trabajo conjunto dentro del proceso terapéutico, involucrando subjetivamente a los padres en los aspectos conflictuales de sus hijos.

Diferente es la idea expuesta por los participantes del grupo focal. La *“familia en retiro”* parece estar más asociada a apreciaciones ya mencionadas en relación a las características de la época actual donde los *“adultos en crisis”*, *“transmitiendo el agotamiento”*, la *“sobrecarga laboral”*, de exigencias y necesidad de consumo, no dejando espacio a la presencia de la familia como en otrora parecería haber tenido para los adolescentes, esto daría paso a la idea de *“jóvenes a la deriva”* (Di Segni (2002) y las consecuencias de riesgo que implica.

“... antes era el ‘quiero ser grande’, o ‘el trabajar y ahora es como que no sé’, ‘lo fantástico es ser adolescente’ y el adulto quiere mantenerse lo más joven posible. Ahí se nos hace un problema a todos, como psicólogos como adultos, y nosotros estamos también implicados en eso, no?” (TB, 6), *“Estamos en crisis como decía Di Segni”* (TB, 4).

“... parece que en este momento cuando la familia, así por lo que estamos hablando ahora hace una especie de retiro, qué peso tiene todo lo social?” (TF, 8).

En esta lógica de la *“familia en retiro”* aparece en los participantes una figura sustitutiva de apoyo o soporte necesario para el adolescente, como ser las funciones que cumple el contexto social cercano de los pares.

“Me quedé pensando en esto de los adolescentes y el lugar de los pares, esto de venir con los pares a la consulta. Y me preguntaba si eso no tenía algo que ver, de alguna manera con esto que se decía, esto de los adultos en retirada y estos pares como ocupando algún lugar. Un lugar de apoyo de acompañamiento, de sostén, que en otro momento por ahí tomaba la familia, no?” (TE, 9).

Frente a toda esta presentación de un contexto familiar inmediato en el que se articula la familia con aquello que la trasciende, como el momento histórico cultural presente, aparece lo que se llamó un *“corte generacional”* (TF, 3). Se aprecia los aspectos socioculturales como aquello que produce un corte entre las generaciones, corte como distanciamiento.

“Estaba atenta a lo que se estaba diciendo y me resultó interesantísimo esto de cortarse, está de moda cortarse. Está de moda cortarse y está de moda cortar, porque hay algo de un corte generacional..” (TF, 3), *“... y muchas cosas tienen que tener que ver con esto de los cambios de la globalización, de la necesidad del mercado, de la necesidad de que los adultos tenemos que trabajar más. Hay como una necesidad de consumo mayor y eso requiere de adultos que estén más fuera de la casa. Creo que por ahí aparecería que los jóvenes quedan más solos y ahí, empiezan a traer como los modelos referentes no?”* (TB, 3).

“Aquí hay algo que trasciende lo familiar, aquí hay algo tan invasora desde lo social que la familia aunque quisiera mediar, también colapsa porque lo social puede más. A veces la familia, es adecuada. Frente a todo este discurso tan invasor, por más que la familia quiera, arrasa” (TF, 16).

Sin embargo, otra corriente dentro del grupo focal señala cómo el adolescente es traído por los padres a la consulta. Pueden tener hasta la iniciativa de ella, vehiculizándola. Se rescata la presencia de las instituciones como orientadoras de la consulta.

“Yo capaz que tengo otra percepción, por las consultas que me llegan. A mi me llegan los adolescentes cuando el pedido de atención viene por otros, ya sean los padres o las instituciones.... No sólo, sino que también en la consulta particular, me han llegado adolescentes que también, la demanda y el pedido viene desde el otro lugar. Y no como planteaban las compañeras desde el pedido del adolescente” (TE, 3).

Esta diferencia en las percepciones de participación de los padres en la consulta por adolescentes, puede ser que se encuentre en relación con las diferentes inserciones institucionales referentes de los terapeutas.

Aquellos terapeutas que trabajan en instituciones educativas y/o referenciales de educación formal y no formal, a la que acude el adolescente, reciben las consultas por adolescentes desde los padres.

Bruno (2014), señala que una de las formas en que los padres llegan a la consulta por sus hijos, esto en el campo de los niños pero se puede pensar desde el lugar de los adolescentes, es cuando la institución educativa detecta las dificultades. Es en esas situaciones que los padres consultan por sus hijos siendo “mandatados” a ello. Esto parecer ser lo explicitado por esta corriente de terapeutas cuando los padres concretan y acompañan al adolescente a la consulta. Esta situación planteada implica que la institución advierte la situación del adolescente y se lo comunica a los padres. Esto marca una posición subjetiva en relación a la consulta por parte de los padres, al menos una forma de estar presente en la consulta (Bruno, 2014).

Sin embargo, podemos apreciar cómo los datos proporcionados por las entrevistas en profundidad, una de las formas de acceso a la consulta por parte de los adolescentes es a través de las figuras parentales, incluso por aquellas con las que se mantiene el conflicto. Esto lleva a pensar, que más allá de la valoración de los terapeutas en relación a las características de la familia actual y la impresión que puede causar como una “familia en retiro”, los padres y/o adultos referentes, toman participación de alguna forma en el acceso a la consulta.

5.4.2.1.3. Caracterización del contexto social cercano del adolescente.

El contexto social cercano del adolescente es identificado por los terapeutas a partir de las percepciones clínicas en vinculación a dos áreas. La importancia y presencia de los pares y la calidad de la presencia de otros adultos e instituciones referentes del adolescente.

En el debate grupal aparece el cuestionamiento del lugar de los pares en la actualidad. Se identifica la “presencia de los pares” oficiando como sostén o como dificultad de relacionamiento.

La presencia de los pares como sostén y apoyo para el adolescente, aparece en vinculación con la “retirada” de otros adultos referentes en especial la “*familia en retiro*”. A partir de esta hipótesis manejada, se señalan los riesgos que implica la presencia de los pares como referentes en lugar de los adultos.

Presencia de los pares como sostén y apoyo:

“Me pasa que han ido acompañados por amigos a la consulta”, “me pasa... puede pasar fulana?, entonces los padres qué papel han tenido?” (TB, 7).

“Los amigos funcionan como sostén incluso para acompañarlos al médico, a buscar el resultado de un examen” (TC, 8). *“Pensando el lugar de los padres, pensaba esto de los ‘adultos en retirada’ y estos padres ocupando algún lugar. Un lugar de apoyo, de sostén que en otro momento estaba la familia, no?”*, *“Una de las conclusiones de mi Tesis es que los gurises se sostienen, el sentimiento de pertenencia al grupo”* (TD, 9).

“Lo adulto juega como desde muchas puntas, siempre el grupo de pares aparece como destacado como sostén” (TF, 11). *“... pensamos que fue porque se sintió, se sintió parte de otra cosa donde se sintió contenida y pudo comer con sus pares”* (TF, 5), *“Creo que por ahí aparecería que los jóvenes quedan más solos y ahí, empiezan a traer como los modelos referentes no?, como lo que pasa en esto que tiene que ver con los lugares que tienen los pares, los adultos pasan por el lugar que tienen los pares...”* (TB, 5).

Riesgos de los pares como referencia:

“Tener de referente a los pares en ocasiones es un riesgo, porque no tienen los recursos suficientes para las cosas” (TB, 11). *“Que yo creo que lo que pasa con los pares, tiene riesgos, evidentemente también tiene riesgos, porque va a depender de los grupos. Y ahí va a depender de los agrupamientos, porque tener referente a algunos grupos es jorobado”, “... me parece que con pares es más complejo. Porque hay algo de lo que ha vivido y realmente no hay posibilidades, está el sostén del otro, pero no tiene los suficientes recursos como para apuntalar las cosas”* (TB, 11).

Al parecer la preocupación sobre una percepción clínica de la función del adulto o la familia diferente a la que se percibió y se cree que debe de ser, hace aparecer una

inferencia que confunde la sustitución del apoyo que puede ofrecer la familia y aquella que pueden ofrecer los pares.

El apoyo de los pares va más en la línea de un apoyo emocional, en el que prevalece el alivio, la empatía, el apego, la contención y sensación de paridad. El apoyo de la familia, junto con el de otras instituciones, va en la línea del apoyo instrumental (Orcasita Pineda, Uribe, 2010).

La otra forma de aparición de los pares aparece como dificultad de contacto entre ellos, relacionándola con limitantes importantes y con lo sintomático:

“Recuerdo casos de chiquilinas que comían la merienda en el baño o llegaban tarde al liceo para no encontrar la mirada de los otros” (TC, 8).

Dentro del contexto social cercano al adolescente se le reconoce la entrada de otros adultos de referencia a diferencia de los padres:

“Hay otros adultos de referencia que están afuera” (TF, 9), “la vulnerabilidad y la falta de sostén no?, ahí entran los pares y otros adultos, adultos que están en instituciones” (TD, 9).

El lugar de las “Instituciones” es presentada de forma ambivalente como “amparante” y “no amparante”.

Dentro de lo institucional aparece la institución educativa liceal como cercana y de apoyo desde el lugar de algunos profesores.

“Antes era una cosa más de distancia, de no conocerse por medio del personal, no contacto, aquello que supuestamente era respeto pero era miedo, yo noto que ahora hay más contacto con el docente. Así como que les dicen disparates, les cuentan cosas, les preguntan. Hay muchachos que son.. hay cosas que son rescatables... El adolescente que cuenta muchas cosas al docente, y desde su intimidad, que está más próximo el que es más accesible, en ese sentido, y a veces si el docente, si tiene condiciones puede a partir de esa proximidad, generar unas cosas interesantes en el adolescente, que de pronto no tiene otros referentes” (TA, 13).

Hay un reconocimiento que instituciones en “situaciones complejas familiares”, han oficiado de apoyo y de amparo.

“... se da el volver a instituciones más amparantes, vienen de situaciones familiares muy complejas y la institución es más amparante de lo que era su realidad anterior. A veces sorprende un poco, porque uno tiene como el preconceito que la institución no es un buen lugar para el gurí, de hecho no lo es, pero bueno. Hay algunas situaciones donde es preferible y los chiquilines optan y eligen, pero bueno, de hecho denuncian y están conformes con venir a la institución” (TE, 13).

La presentación de la institución educativa como “no amparante”, entra en la impresión de un efecto negativo sobre el adolescente. La institución educativa como “no amparante” aparece como conformada por docentes que presentan actitudes de descalificación del adolescente. Esta presentación del docente se la relaciona como producto de las generalidades de la época.

“Yo me preguntaba en otros momentos atrás si los docentes, algunos docentes, si hubieran permitido ser tan destratantes, mal educados, poco docentes, poco formados, no sé si no hay en esto un sesgo un poco de época, porque el docente se permita de forma impune... La vivencia de ellos era que iban a ser castigados ellos, no el docente. Sí queda el lugar de la encerrona” (TF, 12).

Como contrapartida del docente descalificante y autoritario, aparece la actitud del adolescente como descalificante del “mundo adulto” representado por el docente. Di Segni (2002), trabaja la posición de los adultos en la época de la posmodernidad. En oportunidades los adultos presentan una postura autoritaria frente a los jóvenes por temor a perder el poder y la autoridad. Esta actitud, plantea la autora, lo que genera en los jóvenes es la pérdida de la imagen de autoridad del adulto pero no el poder. Esto no tiene lugar porque la condición de dependencia del adolescente lo deja en una posición donde el adulto sigue con “el poder”. El modo que tiene el joven de “burlar” ese poder, es descalificar al adulto (Di Segni, 2002).

Terapeutas:

“Es un referente, positivo o no, me preocupa como que ‘no existe’, ‘no me importa’, o le contesto al profesor, lo lingüneo, eso me preocupa, al adulto, al padre, al profesor, eso me preocupa. Esto es como que... la debilitación de la palabra del adulto. Ese profesor que no sabe nada, que no sirve para nada...” (TB, 13).

Esta dinámica que es presentada por los participantes del grupo donde el adulto no es amparante y puede ser autoritario, con conductas de descalificación del adolescente, genera riesgo. El riesgo es la desmotivación, el desinterés en el entorno, la no valoración de lo que el medio puede ofrecerle, no sirviendo como modelo identificatorio positivo como plantea Cao (2013), o es factor de identificaciones alienantes (Kancyper, 1997, 2007).

“Pero hay cosas como extremas, ‘para qué voy a ir’, ‘entonces dejo todo’, no vale nada el liceo, no vale nada, nada.” (TB, 13). *“Por eso la cifra de deserción cada vez más faltas, porque lo que ofrecen los liceos a nivel educativo, no les sirve. Porque te dicen para qué me sirve para mi estudiar ecuaciones... No llegan a 2° de liceo”* (TD, 14).

5.4.2.2. Categoría central: “Percepción clínica de la consulta adolescente”

La categoría central de “Percepción clínica de la consulta adolescente”, está definida por las siguientes características: a) los motivos de consulta, b) el acceso a la consulta, c) las expectativas de los adolescentes frente a la consulta, d) los motivos que mantienen a los adolescentes en la intervención y e) las vivencias que presentan los adolescentes en relación a su problema (Referirse a Matriz categorial, punto 5.4.1).

5.4.2.2.1. Motivos de consulta

Los motivos de consultas identificados por los terapeutas a partir de la experiencia clínica, están en relación a los estados del ánimo, sintomatología inhibitoria, falta de límites, dificultades con grupos de pertenencia, dificultades con proyecto de vida y orientación vocacional.

Estados del ánimo:

“Tiene que ver con los estados anímicos, la depresión, desinterés, el vacío, las crisis de ansiedad en realidad... sintomatología que preocupan porque quedan como paralizados, inhabilitados...” (TC, 15).

Falta de límites:

“Y después todo lo que tiene que ver con la falta de límites también” (TC, 15), *“la falta del otro.. esto de no tener grupos de pertenencia también... Que tienen que ver con él y no con los otros, estas cuestiones existenciales, que soy como soy, esto del vacío... o la falta de ese otro que te ayuda a ser”* (TA, 15).

Dificultades con proyecto de vida y orientación vocacional:

“Yo agregaría a todo esto que están diciendo, las dificultades del proyecto a futuro. Esto de la vocación, orientación vocacional” (TD, 16), *“Dificultades en la vocación, me parece que se encuentra ligado a concebir que el futuro existe”* (TF, 17).

El grupo repara en la diferencia de género en las consultas y en las modalidades de presentación. Las inferencias clínicas al respecto de los integrantes del grupo respecto a aspectos de género, se vinculan a cómo llegan a la consulta los varones. Al parecer estos, son traídos a las consultas y las marcas en el cuerpo como los cortes, son asociados más al género femenino. Estudios en Chile (Krause, 2005), con respecto a las consultas psicológicas por jóvenes varones, señala que en número son menos que frecuenten a diferencia de las mujeres. En un estudio comparativo en Alemania (Krause, 2005), los jóvenes varones consultaban por atención psicológica en los momentos culmines de situaciones de crisis.

“Acá lo que fueron trayendo las compañeras yo lo comparto, pero también, habría que pensar en un “corte de género”. Porque los casos que se me fueron viniendo a la

cabeza yo pensaba que hay diferencias a las consultas por varones y por chicas. He visto en los últimos años, los varones se los traían porque pasaba algo, o ser anotado porque le pasaba algo” (TF, 3).

“Con esto de las marcas en el cuerpo y que no tienen que ver con el nivel socioeconómico. Lo que se suele ver es más en chiquilinas... es una cuestión de género” (TC, 13). “Me quedé pensando en esto de la consulta que uno lo ve, es que se cortan más las mujeres o es que los varones consultan menos, porque no sabemos. Yo por lo menos no tengo cifras, desconozco totalmente. Pero después de esto que se cortan, muchísimos no van a consultar. (TF, 15).

Se presentan la significación adolescente de lo cortes en el cuerpo. Los terapeutas lo perciben como “moda” y con ello un “saber” sobre la conducta y por ello no ser valorado por el adolescente como un riesgo. Por otro lado aparecen como formas diversas de expresar con el cuerpo aspectos vividos como conflictivos.

“Entonces, contestando tu pregunta (se refiere a la moderadora), he recibido chicas, que las traen los padres porque justamente, porque se cortan. A partir de eso se abre una cuestión riquísima del discurso adolescente, que va desde: ‘por fin me miró’, a hasta ‘porque está de moda’, ‘no le doy tanta importancia, estos hicieron bruto escándalo, total al fin y al cabo, me preocupé muy bien de que la gillette no entrara muy profunda, nunca corrí riesgo en ningún momento” (TF, 15).

Otra corriente del grupo, no presenta la percepción de diferencias de género en el discurso adolescente, dentro de la consulta, de la homosexualidad. Esto es atribuido a una cuestión cultural o de “moda”.

“Yo lo he visto en varones y mujeres. No sé si han visto pero yo lo he visto muy claro también, otra de las cosas que traen mucho es la moda de la homosexualidad,... Y esto de la homosexualidad como una moda, eso lo ven uds?” (TD, 14),

5.4.2.2.2. Acceso a la consulta

Los modos de acceso a la consulta fue uno de los puntos más tratados en el debate grupal. Los lugares de pertenencia y referencia institucional de los terapeutas saturan las inferencias en referencia a estos puntos. Se señala que “*llegan solos*”, relacionándolo con el debilitamiento de la figura adulta por un lado y como posibles efectos o consecuencias de la implementación del Programa de Salud Mental para Adolescentes dentro del Programa Nacional Integral de atención al adolescente del Sistema Nacional Integrado de Salud, el que promueve la autonomía progresiva del adolescente para solicitar y asistir a la consulta solo.

“En los últimos tiempos, no sé si uds tienen la misma percepción, están viniendo más solos a consultar. Porque en general veía más antes que la consulta llegaba más a través de los padres o a través del adulto referente y estoy viendo más consultas donde son ellos que vienen solos a la primera entrevista... Me ha llevado a pensar a nivel de qué nos habla eso? Y después lo que implica citar al adulto referente. Y a veces les cuesta un poco llegar también...llegan 13, 14” (TB, 2).

Este aspecto remarcado por los terapeutas de la llegada solo del adolescente a la consulta psicológica, es vivido como una dificultad. Al parecer los terapeutas presentan una dificultad para acomodarse a las nuevas formas de trabajo donde el adulto no se encuentra con tanta disponibilidad o no se presenta de la misma forma que en otros momentos. Esta reflexión, surge a partir de las inferencias del propio grupo en el que reconoce que seguramente otras disciplinas, como la pediatría o ginecología, puedan adecuarse a estas nuevas formas de presentación de la consulta adolescente.

“Tal vez más grandes. tiene que ver con esto el Programa Nacional Integrado de Salud y la autonomía progresiva... Capaz que para lo médico sea diferente pero para nosotros en algún momento necesitamos de un adulto” (TC, 2).

También es señalado que cuando las instituciones y/o los padres pueden acceder a la consulta, hay que trabajar una demanda con el adolescente, ya que son traídos y se debe hacer un trabajo previo de construcción de una posición subjetiva del adolescente para el inicio y mantenimiento de la intervención.

“El adulto inscribe la consulta, abre la consulta, va y pide para su hijo o hija, pero luego cierto que se retira. Porque en general son los adultos que arriman a los gurises o por parte de un profesor y ahí quedan medios solos y habrá que ver quién puede construir una demanda y cuantos logran sostenerlos y la figura del referente adulto es fundamental para que eso se termine de cerrar” (TB, 3).

“Y ahí hay que como dedicarse mucho como a la construcción de la demanda del adolescente, a veces llegan porque lo mandaron o en franca oposición con los que lo mandaron. Hay que trabajar mucho si es posible construir una demanda, abrir un vínculo que permita un trabajo.... No sólo, sino que también en la consulta particular, me han llegado adolescentes que también, la demanda y el pedido viene desde el otro lugar. Y no como planteaban las compañeras desde el pedido del adolescente” (TC, 3).

Se presenta otras figuras, como la de los médicos que pueden oficiar como derivantes para el acceso de la consulta. Este es un punto que también coincide con lo que aparece en los datos de las entrevistas en profundidad.

“Los que vemos..., los veo desde el consultorio ginecológico o pediátrico, no hay un motivo de consulta, tu vez que hay un montón de problemas, pero no se manifiestan allí de

esa manera” (TA, 6), “Y hay otros adolescentes que son derivados por consultas psiquiátricas” (TC, 15).

5.4.2.2.3. Expectativa de los adolescentes frente a la consulta

Los terapeutas señalan como expectativas de los adolescentes sobre la consulta, la búsqueda de alivio y la escucha de otro tipo de adulto.

Búsqueda de alivio:

“Sí me parece es que hay un pedido de calmar la ansiedad que de un pedido de pensar en un conflicto. Más de esto que me pasa me tiene muy mal o sacámelo!, el pedido es sacame esta ansiedad que no soporto” (TF, 16).

Escucha de otro tipo de adulto:

“Uno diría no se sienten como entendido o comprendido, pero eso sería propio del adolescente, pero no hay como un interlocutor” (TC, 17), *“vienen buscando alguien que lo escuche. Que lo escuche y lo conozca, que lo perciba en lo que es”* (TA, 17). *“Buscando a otro adulto”* (TF, 18).

5.4.2.2.4. Motivos que mantienen al adolescente en la intervención

En cuanto a los motivos por los que los adolescentes mantienen, sostienen o continúan con la intervención, son señalados como: la importancia del vínculo, de un lugar donde se logra la singularidad, un terreno en el que no se juzga y no hay indiferencia ni descalificación.

Importancia del vínculo:

“Es importante porque se logra el vínculo, porque cuando se logra con el terapeuta un lugar, un lugar propio ahí” (TA, 18).

Singularidad:

“Un lugar singular. No un lugar distinto como problema, sino un lugar singular, distinto pero desde lo singular. Porque ese espacio es absolutamente único, singular para él y quizás lo que necesita es encontrar esa singularidad, en un terreno donde no haya indiferencia o descalificación” (TF, 18).

No juzgar, no indiferencia ni descalificación:

“Pareciera importante una escucha que no juzgue. Porque está esto de que no existe para los adultos y a veces existen en la descalificación... vaya qué perogrufada que estoy diciendo, de escuchar sin salir con un mazazo, con una categorización inmediata, que de repente produce muchísima angustia” (TF, 17). *“La fuerza que tiene el vínculo, la escucha, el poder no juzgar”* (TD, 19). *“Uno diría no se sienten como entendidos o comprendidos, pero eso sería propio del adolescente, pero no hay como un interlocutor”* (TB, 17).

5.4.2.2.5. Vivencias de los adolescentes sobre su problema

Las percepciones clínicas de los terapeutas sobre las vivencias de los adolescentes en relación a su problema o sobre lo que les sucede, surge a partir de una pregunta específica, realizada desde la coordinación del grupo, para indagar sobre el punto. ¿Qué explicaciones les dan los adolescentes a lo que le sucede, qué sentidos, qué significados o creencias aparecen o tienen sobre lo que les pasa?

Se configuran dos ideas centrales diferentes. En una se afirma que los adolescentes no parecen tener sentidos, explicaciones o creencias sobre lo que les pasa y la otra logra identificar el sentido que puede darle el adolescente a su problemática.

La primera posición parece estar saturada por los aspectos teóricos formativos del terapeuta donde se entiende por significación aquella que es posible darse desde un sentido preconciente. Estos sentidos son logrados por el trabajo terapéutico en el que se amplían las significaciones del sufrimiento, pero en lo que no pueden reparar los terapeutas es en las teorías subjetivas que traen los adolescentes sobre su problema. Es probable que esta posición sea una línea de lectura que no dé lugar a otros tipos de lecturas por parte de los profesionales intervinientes.

Los terapeutas:

“Ella no podía ponerle sentido a lo que le pasaba.... No sé si siempre pueden traer un sentido. Me parece que ellos no siempre traen una creencia sobre lo que les pasa. Sí hay un pedido de calmar la ansiedad, más que un pedido de pensar un conflicto... Y no tanto un poder poner en palabras, algo que a uno le de entrada un significado... En otros casos me cuesta ubicar que se note claramente que traen un significado” (TF, 16).

“No puede decir nada de lo que siente, de lo que está mal, ni siquiera de la casa, de los padres” (TA, 17).

“... no se daba cuenta que tenía que tomar líquido, entonces, la primera vez que lograron sacarla del piso, la sacaron desmayada. Entonces era la cosa vertiginosa, esas luces, esos saltos, qué significa para ti: ‘nada, nada’. No sé si siempre pueden traer un sentido” (TF, 16).

Los que logran percibir las significaciones que trae el adolescente sobre lo que le pasa a la consulta:

“Recuerdo una adolescente de 15 años que no hablaba, pero que me decía que era como ‘Peter Pan’, no quería crecer” (TA, 17).

Otros presentan la percepción de convertirse en un desafío profesional cuando el adolescente tiene un modo diferente de explicar lo que le pasa y no es coincidente con el parecer de la familia.

“A veces hay otros que comprenden la situación como ellos la ven pero el resto de la familia no y cómo poder resolver eso, no?” (TC, 17).

Se entiende que el modo en que se pueden trabajar las vivencias que presenta el adolescente dentro de la intervención es:

“Creo que el objetivo ahí dentro del terreno de lo terapéutico, tendría que poder permitir ser de otra manera, poder ser sin esta necesidad de ser con esta carga negativa o sufrimiento” (TF, 20).

5.5. Vinculación entre los datos proporcionados por ambas técnicas

La vinculación de los datos de la investigación pretende analizar las interrelaciones entre las categorías proporcionadas por una y otra técnica de recolección de datos para aportar a una mirada y lectura compleja del fenómeno en estudio.

El elemento contextual aparece como un aspecto relevante en ambas fuentes de recolección de datos.

En la categoría central de “Construcción del problema” se presentan los contextos familiares inmediatos y los sociales cercanos. En los adolescentes el contexto familiar inmediato, es señalado como mayoritariamente conflictivo (“*convivencia conflictiva*”) por discusiones, violencia verbal/física y por ciertos estilos parentales de control que generan dificultades en la comunicación.

El factor contextual en los datos proporcionados por el grupo focal, el contexto familiar inmediato y un contexto social cercano básicamente referido a los pares, aparece en estrecha vinculación uno con otro. En el grupo de terapeutas el contexto familiar es presentado con mayor intensidad como “*familia en retiro*”, con una “*vulnerabilidad en los vínculos*”, dejando al adolescente solo en desamparo presentando dificultades en la comunicación y por lo tanto, siendo poco empático para el adolescente.

Lo conflictivo dentro del ámbito familiar aparece con descripciones similares tanto en los datos proporcionados por las EP como por el GF. Sin embargo, aparecen enfoques diferentes, en los adolescentes las dificultades de la convivencia familiar está puesta en la cotidianidad y los terapeutas presentan una visión del contexto familiar como producto de un contexto social general y mayor. Este último es el que influye, atraviesa y constituye las formas de presentación de lo familiar, teniendo como efecto las descripciones señaladas, en relación a una “*familia en retiro*”.

El contexto social cercano de pares presentado como conflictivo, aparece descrito como un entorno de desconfianza e “*hipócrita*”, siendo aquel no vivido como apoyo. Por otro lado, en las EP el grupo de pares es presentado como apoyo emocional vinculando más a las formas de resolución del problema. En el grupo de terapeutas el contexto de pares

aparece con mayor intensidad como aquel que se encuentra ocupando el lugar de apoyo que la familia no logra ocupar. Las dificultades de relacionamiento con pares son percibidas y mencionadas pero más en la línea de elementos sintomáticos.

En los adolescentes el grupo de pares es presentado como apoyo emocional/afectivo éste es aquel que proporciona diversión/distracción, generando una sensación de confiable/continente. No es presentado ni reconocido como sustituto de una función faltante, sino más bien amortiguador y tranquilizador de los efectos de la situación problema conflictiva familiar.

Una diferencia entre lo presentado por las EP y lo presentado por GF en referencia al contexto social cercano, es el papel que pueden llegar a cumplir las instituciones educativas y otros adultos referentes. En los entrevistados hay un contexto social cercano institucional que es percibido como apoyo instrumental. Es el que ha operado en una línea de resolución del problema. En el grupo focal las instituciones suelen aparecer, con mayor intensidad, como “*no amparantes*”. La presencia de adultos referentes como algunos docentes, en las EP, han sido presentados como aquellos que han proporcionado confianza y en ocasiones denunciado o haciendo público la situación problema, con la actitud de orientación, indicación, hasta posibilitar la consulta. Esto no es referenciado como tal por el GF. Sin embargo, en una corriente menos fuerte dentro del grupo, aparecen las instituciones educativas o de referencia como aquellas que solicitan y vehiculizan las consultas.

Las “expectativas de la atención psicológica” proporcionado por las EP se presentan como la búsqueda de alivio, ayuda, explicación/sentido del problema, junto a la búsqueda de cambio conductual y manejo del problema.

Los datos proporcionados por el GF señalan como expectativa del adolescente en referencia a la atención psicológica como la búsqueda de alivio, la escucha diferencial de “*otro adulto que no juzgue*”, facilitando la singularidad y la no descalificación. El último aspecto se presenta como uno de los elementos que, junto a la importancia del vínculo, es lo incide en que los adolescentes sostengan y permanezcan en la intervención.

Estos últimos aspectos no son recogidos por las EP. A diferencia de lo anterior, aparece en las EP, el acento en la percepción de modificaciones como efectos de una consulta inicial. Se rescata las modificaciones en una disminución de tensión/regulación afectiva, un cambio propio y un cambio en la relación con los otros. Se valoran los cambios a nivel del alivio de tensiones o sobrecarga afectiva y a nivel comportamental.

En referencia al “acceso a la consulta” aparece una diferencia entre lo recogido por las EP y lo recogido por el GF. En las EP se presenta la incidencia de familiares como uno de los vehículos para el acceso a la consulta, como la incidencia de otros adultos en vinculación con la institución educativa y/o la gestión de otro profesional de la salud.

El “acceso a la consulta” que aparece en el GF, resalta el cambio de modalidad de presentación. Aparece que los adolescentes consultan solos, “la no presencia de los padres” tanto en el inicio de la consulta como en la imposibilidad de mantenerse en ella si son convocados.

En cuanto a la “vivencia del problema”, los entrevistados presentan en un nivel más o menos conectivo y más o menos explícito los modos subjetivos explicativos sobre la situación problema. Lo que aparece frente a la situación problema es la identificación, por parte de los entrevistados, de un inicio y la forma en que se orientan al ensayo de una resolución del problema, acompañándose de la descripción de los afectos de su vivencia. La modalidad de presentación de estos modos subjetivos explicativos, puede conducir a pensar en los posibles primeros efectos del haber pasado por una consulta psicológica inicial, por más que esta haya sido de carácter diagnóstico. En el GF aparece de forma explícita una dificultad en percibir que los adolescentes le atribuyan sentido o significado a lo que les sucede. Se afirma que no es frecuente que el adolescente pueda darle de forma espontánea una significación o sentido a lo que siente como un problema, sino que esto implica un logro del trabajo terapéutico. Sin embargo otra línea de reflexión dentro del grupo, plantea que en oportunidades, los adolescentes pueden expresar de forma espontánea, lo que piensan sobre lo que les sucede, si bien no implica un significación preconiente del conflicto.

En síntesis, los resultados jerarquizables proporcionados por las EP son aquellos que tienen que ver son la “Construcción del problema” y la “Experiencia de la consulta”.

La “Construcción del problema” presenta dos propiedades, la “Percepción del problema” y la “Resolución del problema”.

La “Experiencia de la consulta” presenta como características las “Expectativas de la consulta”, el “acceso a la consulta” y la “percepción de las modificaciones”.

Los resultados jerarquizables proporcionados por el GP, son aquellos que hacen a las “Percepciones clínicas del adolescente y su contexto” y las “Percepciones clínicas de la consulta adolescente”.

La “Percepción clínica del adolescente y su contexto”, presenta las propiedades sobre la “Caracterización del adolescente actual”, “Caracterización del contexto familiar inmediato”, “Caracterización del contexto social cercano de pares”.

La “Percepción de la consulta adolescente” es caracterizada por los “Motivos de consulta” prevalentes, las formas de “acceso a la consulta”, las “expectativas del adolescente” en función de la consulta como los “motivos que hacen que el adolescente se mantenga en la intervención” y las “vivencias del problema de los adolescentes” que perciben los terapeutas.

6. Discusión

6.1. El adolescente y la construcción del problema

Las edades de los adolescentes entrevistados comprendidas entre los 15 y 18 años abarca el período denominado adolescencia media, en el que el acento de los conflictos se encuentra en la esfera psicológica y relacional (Oliva, 2004; Nin, 2004; Amorín, 2008). Período en donde comienza a conformarse la cognición del concepto de salud y enfermedad (Greco, Gil Roales-Nieto, 2007), y donde tiene inicio la consolidación del autoconcepto de sí mismo acompañado de una percepción más diferenciada del reconocimiento de las características o aspectos personales (Pastor, Belaguer, García Merita, 2006; Salvatierra López, 2005; Martínez Festorazi, 2011), facilitado por la maduración progresiva de las funciones operatorias cognitivas formales (Oliva, Parra Jiménez, 2004; Oliva, Parra Jiménez, Sánchez Queija, 2006; Oliva, Jiménez Morago, Parra Jiménez, Sánchez Queija, 2007).

Respecto a la “Construcción del problema” los entrevistados presentan una serie de asociaciones, ideas, creencias o constructos subjetivos (Krause, 2005), que son identificables de forma explícita y señalados como las circunstancias que dan origen a la “percepción del inicio del problema”. El inicio del problema está asociado a uno o más acontecimientos, situaciones críticas, acciones/actitudes de figuras significativas que en general son las figuras parentales. El autoconcepto (Pastor, Belaguer, García Merita, 2006; Salvatierra López, 2005; Salvatierra López, 2005; Martínez Festorazi, 2011), es un elemento que aparece como componente de la percepción del inicio del problema el que se da dentro de un determinado contexto. Ese contexto hace referencia al contexto familiar inmediato y/o al contexto social cercano de pares. El contexto familiar inmediato se describe mayoritariamente como conflictivo. El contexto social de pares suele aparecer como conflictivo cuando no es vivido por el adolescente como apoyo social.

La “Percepción del inicio del problema” se encuentra acompañada siempre por el componente afectivo y/o emocional. Ante el problema tiene lugar una serie de movimientos por parte del sujeto y/o de su entorno para conducir a la “Resolución del problema”.

La “Resolución del problema” presenta componentes que van desde las actitudes y/o acciones implementadas por el propio adolescente y el recurrir a apoyos percibido como emocional e instrumental, lo que genera también afectos/emociones acompañantes.

La descripción del “Construcción del problema” presentado por los datos, es coincidente con los desarrollos teóricos de Krause (2005, 2007) sobre teorías subjetivas. Estos modelos atribucionales o modelos explicativos pueden ser más o menos concientes sobre la causalidad de la situación problema. Pueden ir desde lo más simple en una lectura mecanicista de causa-efecto a algo más complejo como multicausal y de carácter más

sistémico en el que aparece una sumatoria de causas que no están claramente relacionadas entre sí pero hacen a la vinculación con lo percibido como problema (Krause, 2005). La modalidad descrita anteriormente, aparece en alguno de los entrevistados y en otros, la "Percepción del inicio del problema" es presentada como la articulación de uno o varios factores señalados, con cierta conectividad explícita.

Krause, (2005) alude que los modelos atribucionales o explicativos más complejos de carácter sistémico, son logrados como resultados de un trabajo psicoterapéutico. Es en este momento cuando el sujeto hace referencia explícita, a su biografía o historia de vida en un sentido de encadenamiento de significaciones varias que dan justificación psicológica al problema. En las entrevistas aparece un modelo explicativo que por momentos tiene un componente o presentación sistémica, no necesariamente una línea narrativa o argumentativa en un encadenamiento explícito de significaciones, pero muestra una complejidad de sucesión y simultaneidad de situaciones en un contexto determinado, con una autopercepción de ciertas características que tiene su participación en el conflicto. Esto hace pensar que los elementos explicativos ya existen en el paciente siendo en el proceso terapéutico donde pueden co-construirse (Bernardi, 2013, entrevista a experto del 30/10/2013) junto con el terapeuta una línea de significaciones diferentes asociadas a un funcionamiento psíquico particular o personal, como lo que Krause (2005, 2007) define como teoría subjetiva psicológica.

La presencia de ciertos acontecimientos, situaciones críticas, acciones y actitudes de otros se presentan como desencadenantes o precipitantes del problema. Lo anterior coincide con la visión de Barra, Cerna, Kramm y Véliz, (2006) sobre la acumulación de eventos estresantes no esperados dentro del ámbito familiar y que implican una presencia adicional de factores de estrés mayor, que aquellos propios y esperados para el período adolescente. Estos aumentan el ambiente conflictivo familiar y la carga emocional que los acompaña llega al límite de los mecanismos para afrontarlos (Krause, 2005).

El contexto familiar conflictivo presentado como relevante por los datos es coincidente con los desarrollos teóricos que hablan de los procesos intrasubjetivos y psicosociales conflictivos que tienen lugar en la adolescencia. Procesos necesarios de desidentificación de las figuras parentales infantiles a un movimiento de nuevos procesos identificatorios donde las confrontaciones son necesarias para el proceso de separación, individuación y construcción de identidad. Esto tiene como escenario, mayoritariamente, los conflictos intersubjetivos dentro del contexto familiar (Kancyper, 1997, 2005, 2007; Nin, 2004; Catsicaris, 2008; Cao, 2011, 2013).

Los adolescentes entrevistados caracterizan al contexto familiar conflictivo como de discusiones y con un aumento de la intensidad en ellas que pueden llegar, en ocasiones, a la violencia verbal y/o física.

Investigaciones como las de Oliva, Parra Jiménez (2004), Oliva, Parra Jiménez, Sánchez Queija, (2006), Jiménez Morago, Parra Jiménez, Sánchez Queija, Oliva (2007), Oliva Delgado, Jiménez Morago, Parra Jiménez, Sánchez Queija, (2008), Facio y Resett (2006, 2007), Orcasita Pineda y Uribe (2010), Barrio del Campo y Salcines Talledo (2012), sobre contexto familiar social y desarrollo adolescente, señalan que el tránsito por la adolescencia es un importante perturbador del sistema familiar en las que aparecen las interacciones oscilando entre las discusiones, la hostilidad y el conflicto.

En la mayoría de los entrevistados el motivo de consulta explícito fue las dificultades de relacionamiento con alguna de las figuras parentales. Los motivos de las discusiones presentadas estaban en relación a dificultades económicas, diferencia en el trato entre miembros de la familia, mayoritariamente hermanos (rivalidad fraterna).

Desarrollos teóricos de Kancyper (1997, 2005, 2007) señalan que los motivos de la confrontación generacional en el período adolescente, están en relación con la dinámica de activación del complejo de Edipo y fraterno. Este último no representa una mera consecuencia del complejo de Edipo, sino que presenta su propia especificidad pudiendo tener en él un valor hasta estructurante en la identidad del adolescente. Los conflictos en el campo dinámico de la intergeneracionalidad dependen de los sistemas narcisistas parentales y filiales. Las alteraciones en el campo dinámico de la confrontación generacional y fraterno, depende de la singularidad de la interacción entre las particularidades del hijo y las características de los padres.

Los motivos de los conflictos y la caracterización por parte de los entrevistados fueron sobre las dificultades de comunicación, coincidente con alguna de las descripciones sobre ciertos tipos de padres: “hacedores”, “blandos” y “distráidos” desarrollados por Kancyper (1997, 2005, 2007) y de acuerdo con otra línea de desarrollo teórico, los llamados estilos parentales presentados por Oliva, Parra Jiménez (2004, 2006) en vinculación con el control o monitoreo del desarrollo adolescente por parte de aquellos. Los estilos parentales pueden ocasionar dificultades en las comunicaciones. Los datos descritos en referencia a los estilos parentales son presentados como figuras parentales con actitudes de intromisión, poca presencia, hasta rechazantes.

En referencia a la comunicación entre padres e hijos adolescentes, Orcasita Pineda y Uribe (2010), Barrio del Campo y Salcines Talledo, (2012) estudiando el bienestar psíquico del adolescente, apoyo emocional y comunicación familiar, plantean que los adolescentes suelen referir tener problemas de comunicación con los padres. Describen no ser

entendidos, buscando otros interlocutores que en general son los pares. Los estudios citados presentan como más concluyente, conflictos con las madres a pesar de que se las percibe como más comprensivas. Frente a los problemas, los adolescentes señalan los autores, suelen acudir primero a la familia y dentro de esta a la madre, luego al padre y en tercer lugar a hermanos y amigos. Parece haber diferencias de género en esta forma de presentación. Las adolescentes acuden con mayor frecuencia a amigas antes que a los padres y a la inversa en el caso de los varones. El estudio de Facio y Resett (2007), señala una posición distinta en donde no parece haber diferencia de género en esta actitud o comportamiento.

En referencia a los planteos anteriores los datos recogidos por la investigación presentan que los conflictos son precisamente con las figuras parentales lo que va acompañado de afectos como desconfianza, soledad y desprecio, aspectos estos que influyen como para que la comunicación no esté justamente orientada a las figuras parentales.

En cuanto a percibir diferencias de género en relación a las figuras conflictivas parentales dentro de la familia, puede ser una necesidad de profundizar en el tema en cuanto este componente no ha sido específicamente considerado en el estudio.

La población objetivo de la investigación ubica subjetivamente el comienzo e intensidad de los conflictos familiares y psicosociales entre los 13, 14 años de edad. Este momento evolutivo se encuentra en el pasaje de la etapa inicial de la adolescencia a la media. Desarrollos como los de Nin (2008), Catsicaris (2008) y Amorín (2008) señalan que en el período de la adolescencia comprendido entre las edades referenciadas, los conflictos se encuentran más orientados a las a lo relativo al cuerpo, sus cambios o la imagen corporal y es a partir de la adolescencia media que los conflictos psicosociales comienzan a tener lugar. Prestando atención al discurso de los entrevistados y los datos, la ubicación por parte de aquellos de los problemas, es en la adolescencia temprana si bien la consulta se efectiviza a partir de los 15 años, esto hace pensar en que no debe percibirse esta discriminación de conflictos y edades como algo rígido y secuencial, sino que la temporalidad de esta secuencia de etapas y conflictos se da más en la trayectoria de una simultaneidad y singularidad de cada proceso adolescente particular.

Barra, Cerna, Kramm y Véliz, (2006), señalan que la escasa experiencia vital del adolescente para el enfrentamiento de los conflictos es menor en la edad de la pubertad, período en el que la dependencia afectiva de las figuras parentales es más marcada y las iniciativas propias están más sujetas a la de los adultos significativos. Éste factor se iría atenuando a medida que se da el crecimiento y la instalación de cierta autonomía progresiva. Esta escasa experiencia vital para el enfrentamiento de los conflictos planteada

por Barra, Cerna, Kramm y Véliz, (2006), se ve reflejada en comentarios como: “no sabía cómo manejarlo”, “no me iban a creer”, “para qué hablarlo no iba a molestar más a nadie con mis problemas”, “tampoco tenía ganas de hablar”, “nunca me preguntaron”, “para no estar en el medio, no meterme”, “para tener una postura neutra”.

Lo que arrojó el análisis de proceso de los datos, evidencia cómo ciertas condiciones de orden afectivo como la confusión, incomodidad, desconfianza, ansiedad/angustia, desprecio, enojo, rabia, envidia, cansancio, aburrimiento, culpa, celos, soledad, tristeza, depresión, hasta el miedo y el dolor, conforman la estructura para que las acciones de los adolescentes vayan más en la línea de tratar de dar respuesta a lo que les sucede desde conductas más pasivas, como las de mantener en silencio los problemas, a aquellas instrumentadas como activas pero que no toman en cuenta el entorno. La posibilidad de utilizar los recursos del entorno se logra cuando se percibe la presencia de los apoyos. Esto último permite un cambio en la percepción subjetiva del adolescente de las condiciones contextuales hasta el momento.

Las acciones implementadas por los adolescentes como para poder resolver el problema pero que aún no implican la utilización del recurso social, se presentan en la línea de la “huída” del ámbito familiar, “evitación” del contacto, aislamiento físico o del retraimiento en los vínculos familiares. Otros intentos más activos, pero que no toman en cuenta tampoco el entorno, pueden ir hasta contra el propio adolescente como ser los cortes en el cuerpo y los IAE. Estas conductas se encuentran en el contexto de la intensidad de significaciones afectivas como la depresión, tristeza y culpa. La dificultad para afrontar los conflictos, acarrea problemas emocionales, conductuales y problemas de salud con ánimo depresivo. Aquellos que emplean conductas pasivas, evitativos y retraídos, presentan mayor riesgo señala Barra, Cerna, Kramm y Véliz (2006).

“... yo estaba en el medio no podía hacer nada”, “estaba en un pocito”, “no me iban a creer”, “estaba agobiada”, “estaba triste muy triste”, “no le podía decir a nadie”, “estaba depresiva”.

Los afrontamientos como los cortes en el cuerpo e IAE, se encuentran dentro de lo que Krause (2005) plantea, intentos de afrontamiento privados fallantes. El sujeto ha llegado a un nivel de desborde en su carga emocional, a la desesperación, poniendo en juego lo corporal. Los entrevistados plantean: "me corté, quería lastimarme, sentía rabia", "no sé, necesitaba... descargarme, desahogarme y yo era la manera que había encontrado", "tomé pastillas quería.... lo único que quería era morirme, no quería saber nada con la vida", "quería dormir, nomás, para no sufrir más le causaba problemas a todo el mundo entonces.. me ponía mal". La presente forma de resolución del problema hace entrar a otros actores sociales como los equipos de salud que intervienen en estas situaciones límites. Las

acciones precedentes hace que los profesionales actuantes oficien como apoyos que implican lo que Krause (2005) llama: "control social". Se hace público el propio problema y se da lugar a que otros brinden ayuda como también intenten controlar el propio proceso de afrontamiento instrumentado por el sujeto.

En relación a los apoyos emocionales que aparecen en los datos, se busca en la red social de pares la "distracción" con amigos o familiares, oficiando como reguladores de los factores estresantes y/o angustiantes. Son calificados como de diversión/distracción, confiables/continentes: "me aguantan la cabeza", "me hacían reír", "me distraían", "me tranquilizaba".

El apoyo emocional por familiares son caracterizados como: protectores/continentes, empáticos: "mi padre tiene influencia sobre mi... me ayuda a bajar a tierra.... me llevo muy bien con él y con la familia de él, con su pareja, con mis tíos...", "con mi novio fue con el único que hablé, me entendía"... "con mi patrona, me llevo muy bien... habló mucho con ella...me ayuda un poco, no me juzga en lo que hago, me dice de otra manera, que algo está bien o que está mal, ... si estoy mal, me dice venite...ella está siempre ahí".

Cumsille, et al. (1994), Krause (2005), Barra, et al. (2006), Orcasita Pineda, et al, (2010), describen que los apoyos sociales en la adolescencia ofician como apoyos emocionales cuando son personas cercanas o pertenecientes a la propia red social del sujeto que proporcionan apoyo. La vinculación del apoyo social con el proceso de estrés psicosocial y sus consecuencias es ampliamente reconocida, se considera la función de aquel como atenuadora de los efectos de los problemas cotidianos de los adolescentes y su estado emocional. La lectura de análisis de proceso presenta que cuando el entorno aparece y es percibido como apoyo instrumental, los adolescentes presentan el asentimiento para concretar la consulta. Estas en algunos de los casos, se concretan a partir de la iniciativa de la figura en conflicto con el adolescente, como en otros, por figuras de familiares no implicados en el conflicto o referentes que sirvieron como apoyo emocional e instrumental a los que se acudió en algún momento del proceso.

El factor sociocultural parece no ser menor. Los adolescentes entrevistados estaban afiliados en el sistema educativo, red social que ofició de apoyo en muchos de los casos. En situaciones el soporte institucional liceal fue de relevancia como apoyo instrumental para vehiculizar la derivación en algunos casos, como para sostener al adolescente en situaciones complejas de tensión familiar.

Los apoyos instrumentales proporcionados por la institución liceal y otros, en oportunidad el sistema sanitario o la institución judicial, aparecen con la función de identificar y ser conocedores de la situación problema del adolescente, explicitar y/o denunciar el

problema a otros y en ocasiones con una actitud activa de búsqueda de soluciones alternativas (suministro de información, orientación/indicación, coordinación).

Aparece como dato novedoso en algunos casos, acudir a “acciones legales” por parte de los adolescentes, denuncias a la comisaría e intervenciones del juez de familia. Estas acciones que se podrían llamar “proactivas” por parte de alguno de aquellos, implica un cambio en la actitud del adolescente orientado a tratar de resolver los problemas, haciendo participar otros actores del medio, recurriendo a los apoyos percibidos. El análisis de proceso arroja que las condicionantes que estimulan este movimiento a la actividad del adolescente es coincidente con la aparición de afectos descritos como la confianza, protección, contención y regulación de afectos, acompañantes a la percepción de los apoyos instrumentales que comienzan a operar. Es en este contexto donde se dan las condiciones para que se pueda concretar la consulta psicológica.

Cuando el contexto social cercano de pares es vivido como conflictivo, genera afectos en una línea dimensional como: desconfianza, desprecio, molestia/enojo, soledad, denunciando sufrimiento. La teoría marca que la urgencia de los adolescentes por conectarse a otros vínculos oficia como modelos auxiliares o rivales en la búsqueda de un lugar en la vida adulta (Nin, 2004; Cao, 2013).

El contexto social cercano no percibido como apoyo, no facilita los procesos de identificación necesarios para la reconstrucción de la identidad (Kancyper, 2005, 2007), pudiéndose generar problemas afectivos a nivel del narcisismo e Ideal del yo, representaciones de sí (Nin, 2004; Bleichmar, 1999) y desde otros autores, a nivel de la autoimagen y autovaloración del autoconcepto (Martínez Festorazi, 2011).

El grupo de amigos facilita elaborar la separación del entorno de la infancia y la salida al mundo adulto. Cumple la función de socialización que en otros momentos cumplía la familia. Los pares son agentes importantes en el desarrollo psicosocial del adolescente. En ocasiones este contexto puede facilitar los procesos de separación e individuación y en otros pueden officiar como fuente de conflicto si no son percibidos como apoyos (Oliva, 2006, 2007; Orcasita Pineda y Uribe, 2010; Barrio del Campo y Salcines Talledo, 2012).

La capacidad valorativa de los adolescentes frente a factores que pueden estar influyendo en la situación problema y son percibidas como vinculantes con ciertas características personales o por el solo hecho del transcurso por la etapa adolescente, es un aspecto que aparece en los datos de la investigación. Tomando como referencia a Oliva (2004, 2006), se puede afirmar que esta capacidad puede estar en relación con el mayor desarrollo de las funciones operatorias cognitivas formales que le permiten al adolescente tener una postura crítica frente a sí y al entorno. Otros desarrollos teóricos más en la línea del funcionamiento psíquico, como los aportes de Bleichamar (1999), afirman que la etapa

adolescente es el momento álgido de redefiniciones y ajustes de las representaciones de sí mismo, siendo ellas una construcción entre la percepción de los déficit narcisistas, sus compensaciones y las valoraciones comparativas entre la instancia yoica y la instancia superyoica, especialmente del Ideal del yo.

La revisión teórica y empírica realizada por Salvatierra López (2005) y Martínez Festerazi (2011), sobre el autoconcepto indica que éste es construido y definido a lo largo del todo desarrollo. Tiene anclaje en la influencia de personas significativas y las propias experiencias de éxitos y fracasos a partir de la niñez, complejizándose con el paso de la edad. El autoconcepto general es más estable y a medida que se va volviendo específico, depende de cada situación y contexto. Refleja una autoevaluación de atributos y comportamientos que incluyen una dimensión cognitiva y emocional. La dimensión emocional hace referencia al estado emocional y las respuestas emocionales a situaciones específicas. Implica la percepción que los sujetos tienen sobre sus comportamientos en las situaciones y la percepción de la reacción de los demás frente a ello.

Los datos presentan que el reconocimiento de ciertas características personales y algunas apreciaciones de figuras significativas como los padres sobre el comportamiento del adolescente, dan lugar a una autoimagen. Las autoimágenes presentadas van en una línea dimensional de ciertas características propias a la valoración de sí como: intranquilidad-irritabilidad, impaciencia, agresividad, derivando en una autoimagen de locura. Baja autoestima, sensibilidad, dificultades de relacionamiento en una autoimagen de timidez. Celoso/a, desapegada, derivando en una autoimagen de maduro/a-exigente-abrumador.

Nin (2004), habla del momento crítico en la adolescencia en que la autoimagen refleja el anudamiento entre el narcisismo con las vergüenzas y las fragilidades de la autoestima en general. Este aspecto también puede relacionarse con desarrollos teóricos en los que se plantea que es en esta etapa donde comienza a redefinirse una identidad (Garbarino y Freire de Garbarino, 1986; Aberastury y Knobel, 1986; Kancyper, 1997, 2007; Oliva, 2004, 2006; Nin, 2004, Catsicaris, 2008, Cao, 2013).

La valoración de la etapa adolescente como la etapa en la que comenzaron los conflictos dentro del ámbito familiar, junto a la percepción de un cambio en la trayectoria de vida, en donde la infancia es identificada como “ideal”, “tranquila”, “re-bien”, “estábamos bien”, se puede relacionar con lo que autores clásicos como Garbarino y Freire de Garbarino (1986), Aberastury y Knobel (1986), Nin (2004), que hacen alusión a los duelos por los padres infantiles y la identidad infantil perdidos en este período. Sin embargo, aparece acompañada la mencionada valoración con un saldo en referencia a que los conflictos se dieran en esta etapa: “había cumplido los 15 años y era importante esa edad”, “creo que

tuve la suerte de que pasaron varias cosas pasaron en el tiempo justo”, “las etapas justas para que yo pueda aprender de ellas, renacer de nuevo y todo eso”, “era para que madure”.

Casco, Oliva, (2005); citado por Oliva, (2006, p. 124); Facio y Resett (2006, 2007), Barrio del Campo y Salcines Talledo (2012), Luna Bernal, Laca Arocena y Cruz Abundis (2013), afirman que la valoración de la etapa adolescente como “tormenta y tensión”, es vivida con mayor intensidad por los padres que por los hijos, lo cuales revierten esta percepción. Oliva (2004, 2006), plantea que seguramente esta percepción es diferente porque los padres lo viven como una pérdida de autoridad y los adolescentes como una ganancia de autonomía y crecimiento.

6.2. El adolescente y la experiencia de la consulta

Con respecto a la “Experiencia de la consulta”, las expectativas ante las mismas se presentan en una escala dimensional de la búsqueda de bienestar psíquico que comprende desde la escucha-alivio-ayuda, a la explicación/sentido del problema. Aparece la búsqueda de un cambio conductual en el adolescente en un segundo lugar junto al manejo del conflicto.

En referencia a lo escrito sobre el tema, Krause (2007), OPD2, (2008), plantean que las expectativas ante una consulta por atención psicológica implican siempre una búsqueda de un cambio en algún nivel. En primera instancia, se busca disminuir el estado emocional anterior logrando un aumento del bienestar y un efecto tranquilizador. El sujeto que llegue a un punto crítico, buscará alivio, sea un alivio de la angustia, un alivio sintomático o una búsqueda de apoyo emocional como la búsqueda de escucha y de un propio espacio, búsqueda de cambio de perspectiva de la situación problema o lograr un esclarecimiento o nuevo sentido a la situación. En la esfera conductual, tiene lugar la búsqueda de un manejo mejor de los problemas. Estos aspectos son coincidentes con lo proporcionado por los datos de la investigación.

El “acceso a la consulta” va desde la iniciativa por parte de un familiar cercano, por derivación del equipo de salud que actuó con anterioridad o la motivación propia en la búsqueda de efectivizar una consulta psicológica.

“... de acuerdo de quién está en crisis, cuando las personas cercanas perciben al afectado como poco autosuficiente, es más probable que actúen con mayor decisión que cuando no lo consideran capaz de conducir su propia búsqueda de ayuda” (Krause, 2005, p. 78).

La iniciativa de la consulta por un familiar cercano en oportunidades concretada por el involucrado en el conflicto familiar, es probable que se presente de esta forma, por varios factores. Por un lado, el hecho de ser solicitada por el familiar en conflicto está en relación

con lo que señala Krause (2005), como condiciones de una situación de crisis que orienta a que se consulte. Las figuras parentales involucradas llegan al límite de la carga emocional y a los límites en la capacidad de manejo del conflicto. Por otro lado, Oliva (2004, 2006), plantea que la intensidad emocional con que se viven los conflictos familiares es diferente. Parece estar más permanente en los padres que en los hijos adolescentes los que se recuperan más fácilmente de las situaciones tensionantes de conflicto. Otro factor, es la etapa vital del adolescente en el que la dependencia con las figuras parentales hace que en parte la iniciativa para algunas cosas la tenga otro y en esto, se encuentra el contexto de la consulta (Bernardi, et. al, 2011).

Krause (2005) explicita que se da la búsqueda de ayuda profesional cuando hay un reconocimiento por parte del sujeto de la necesidad de ayuda. Se pasa de la percepción subjetiva “esto me pasa”, “me sucede este problema” a “este es mi problema”. Es de importancia rescatar que todos los adolescentes entrevistados se encontraban a fin con concretar la consulta, dejando percibir una necesidad de ayuda pero no necesariamente lo vivían como un problema propio, incluso algunas de las explicaciones del problema las referenciaban a acontecimientos, actitudes y/o acciones de los otros las que son vividas como por “tener problemas con otros”. Por otra parte, así como se explicitó, el adolescente acepta la sugerencia de la consulta psicológica como ayuda cuando logra percibir el interés del entorno la que es captada como apoyo.

La percepción de las modificaciones a partir de la consulta que arrojan los datos, va desde la disminución de tensiones/regulación de afectos, la percepción de un cierto cambio propio, a un cambio en el relacionamiento con los otros. Se evidencia que lo percibido, fueron los efectos iniciales de alivio de la tensión y angustia que permitió un mejor relacionamiento con los demás y la sensación de bienestar psíquico.

6.3. Las percepciones clínicas de los terapeutas, vivencias del problema y modos de trabajar para dar respuesta a la consulta

De acuerdo con los datos proporcionados por el grupo focal, se presenta la “Percepción clínica del adolescente y sus contextos” y la “Percepción clínica de la consulta adolescente” como categorías relevantes sobre las que se discutirá.

La “Percepción clínica del adolescente y sus contextos”, se construye a partir de la caracterización del adolescente actual y del contexto familiar inmediato como del contexto social cercano. La descripción del adolescente actual es desde una visión del desvalimiento, fragilidad, desamparo y soledad. Se presenta un “joven a la deriva”, se lo percibe de la forma descrita porque la presencia de los adultos referentes aparece como debilitada. El contexto familiar se presenta como una “familia en retiro”, contexto familiar inmediato que no ofrece el sostén que en otros momentos podría haber ofrecido. Las apreciaciones

esbozadas parecen tener una línea de lectura de un adolescente como un sujeto que debe ser cuidado y protegido, al que se le debe garantizar su mejor bienestar. (Grunbaum y Misol, 2015).

La familia actual es presentada como conformada por “adultos en crisis”, donde en los tiempos actuales es el contexto en el que los adultos se desenvuelven. Se percibe al adulto-padre como “agotado”, “transmitiendo el agotamiento” a sus hijos y consecuentemente esto repercute en los vínculos con ellos apareciendo una importante “vulnerabilidad en los vínculos”, que trae dificultades en la comunicación. Esto genera “jóvenes a la deriva”, “adultos en crisis” conceptos planteados por la autora Di Segni (2002).

La familia se presenta como no cumpliendo roles que cumplía en otros momentos como los de ser referente, contenedor, sostén e involucramiento con lo que le sucede al adolescente, aspecto que es coincidente con lo planteado por autores como Di Segni (2002) y Viñar (2009).

El contexto social cercano de pares es presentado como supletorio de los aspectos fallantes de la familia. Se valora como un importante apoyo emocional por un lado pero se considera de fragilidad o riesgo el oficiar como referentes, por encontrarse en la misma condición adolescente. El contexto social cercano de pares es así caracterizado a partir de la percepción novedosa de la forma en que llegan los adolescentes a la consulta, ya sea solo o en compañía de un par, sin mediar adulto alguno. Facilita esta línea de mirada o caracterización, la incidencia de las realidades institucionales de inserción de los miembros del grupo focal donde en los sistemas de salud públicos y/o privados la progresiva implementación del PSMA (2007), del SNIS (2005), estimula y fomenta la autonomía progresiva de adolescente como usuario del servicio sanitario. Esta situación, marca un cambio de posicionamiento del adolescente en referencia al empoderamiento de este con respecto al derecho a su salud, ubicándolo como sujeto de derecho (PNSM, 2007; Fandiño Parra, 2011; Grunbaum y Misol, 2015).

Los datos arrojados por la técnica en relación a este punto, marcan una tensión entre la postura en la que se considera al adolescente como sujeto al que se le debe garantizar cuidado, protección para su buen desarrollo y aquella que aboga por el derecho del adolescente como usuario en que puede tomar sus decisiones sobre donde, cuando, como y con quién venir a consultar.

La no presencia de los padres en la consulta puede manifestarse a través de no acompañar al adolescente desde el inicio de la consulta como la dificultad que presentan para su compromiso dentro del proceso de intervención en su continuidad cuando es requerido.

Otra línea presenta la aparición del adolescente a la consulta acompañado de adultos “sobreinvasores”, los que son presentados como aquellos que no permiten un desarrollo personal del adolescente. Aspecto que es leído por los terapeutas como aquellos que no dejan un espacio para fomentar el espacio propio y la consolidación de la identidad y desprendimiento (Kancyper, 1997, 2005, 2007).

En cuanto al contexto social inmediato que involucra a otros adultos e instituciones, se presenta posturas opuestas. Adultos referentes e instituciones “amparantes” y adultos referentes e instituciones “no amparantes”. Los primeros son presentados como aquellos que pueden servir de apoyos instrumentales para el adolescente y consecuentemente vehiculizar lo que aquel necesita, incluso la consulta oficiando como derivantes cuando la familia no percibe un problema. Los segundos, los “no amparantes”, se ubican en el contexto de la fluidez de la época actual (Di Segni, 2002; Krause, 2007; Viñar, 2009).

La “Percepción clínica de la consulta adolescente” se presenta a través de los motivos de consulta referenciados como más frecuentes: alteraciones en los estados del ánimo como las depresiones, sintomatología psiquiátrica, cortes autoinfringidos, inhibiciones, dificultades en concretar proyectos de vida y dificultades en la orientación vocacional. Se señala que las expectativas de los adolescentes sobre la consulta son la búsqueda de alivio y la búsqueda de una escucha de “otro tipo de adulto”. La búsqueda del alivio aparece relacionada con la necesidad de la inmediatez y las dificultades de tolerancia al dolor, en vinculación con modalidades de la actualidad contemporánea (Viñar, 2009).

Desarrollos de Krause (2005), OPD2 (2008) señalan la búsqueda de alivio tensional o de angustia como la motivación principal ante la atención psicológica. No aparece en los desarrollos teóricos referenciados en este caso, alusión a la inmediatez o la intolerancia al dolor como sincrónico con una modalidad contextual sociocultural actual, como sí se presenta en los datos. Sin embargo, los datos plantean la importancia de la búsqueda de una escucha de “otro tipo de adulto” caracterizado como aquel que “no juzgue” y no “descalifique”. Se rescata la importancia del vínculo terapéutico como uno de los motivos de permanencia de los adolescentes en las intervenciones. Este último aspecto, es coincidente con lo planteado por Krause (2006a) en relación a los indicadores inespecíficos de continuidad y cambio subjetivo de un paciente en un proceso terapéutico.

En relación a las vivencias del problema que traen los adolescentes a la consulta, los datos recogidos plantean, en su mayoría, “la difícil tarea de identificación” por parte de los terapeutas sobre los sentidos o significados que el adolescente puede darle a lo que le sucede, no pudiendo reparar en las teorías subjetivas que puedan traer sobre su problema.

Esta postura presenta una forma de lectura a partir de ciertas conceptualizaciones teóricas utilizadas en el contexto de la práctica clínica por parte de los terapeutas. La

concepción teórica de intervención clínica que privilegia el marco del modelo psicodinámico, sustenta que en el encuentro clínico, el que consulta construye junto con el terapeuta sentidos o significaciones del sufrimiento psíquico facilitando la significación preconciente y/o inconciente de los contenidos que trae el mismo, a partir del entretreído con la historia del paciente (Muniz, 2002; Muniz, 2005; Bleichmar, 2005; Maganto Mateo, 1999a, 1999b). Si bien esto es cierto, se puede pensar que la presente lectura de la realidad y práctica clínica no acostumbra como dice Bernardi, Zytner, Miller, Varela, Villalba, (2011), la exploración de la vivencia del problema, “vivencia de enfermedad” (OPD, 2008). No aparece un detenimiento en la exploración de los componentes que construyen la vivencia del problema como elementos presentes en los modos explicativos, afectivos y comportamentales que presentan los adolescentes consultantes.

La pregnancia de una lectura donde lo que se aspira es la construcción de hipótesis sobre lo que le sucede al sujeto y con este en transferencia, se logre construcciones de enlaces simbólicos para dar sentidos al sufrimiento psíquico (Bleichmar, 2005), parece no orientar la mirada a la exploración de los componentes de la vivencia del problema. Los datos arrojan que los terapeutas entienden por sentidos o significaciones que los adolescentes pueden darle a lo que le sucede, como aquello que puede ser alcanzado en un proceso psicoterapéutico y que se refiere a otro sentido del conflicto: “ella no podía ponerle sentido a lo que le pasaba... No sé si siempre pueden traer un sentido. Me parece que ellos no siempre traen una creencia sobre lo que les pasa...”, “entonces era la cosa vertiginosa, esas luces, esos saltos, qué significa para ti?: ‘nada, nada’. No sé si siempre pueden traer un sentido”.

En referencia al modo en que se entiende que debe ser trabajado lo que trae el adolescente dentro del proceso terapéutico, está sustentado en la idea fuerte de promover otras formas de sentidos que al aliviar el sufrimiento, permitan configurar formas de subjetivación, donde se pueda ser: “sin esta necesidad de ser con esta carga negativa o sufrimiento”, aspecto que se presenta como a ser construido ya que “Sí, hay un pedido de calmar la ansiedad, más que un pedido de pensar un conflicto...”.

7. Conclusiones

Teniendo en cuenta la identificación y análisis de los componentes de la vivencia del problema en los adolescentes que consultan por atención psicológica, se plantea que aparecen aspectos del orden cognitivo, afectivo y comportamental. Se constata que los consultantes presentan una construcción subjetiva del problema que consta de una percepción del inicio de problema, elemento explicativo o justificativo y una resolución del problema por parte del adolescente, aspecto comportamental en tanto instrumenta una serie de acciones y/o actitudes en ese sentido.

Los elementos que componen la percepción del inicio del problema son de diferente naturaleza. Están aquellos que son vividos como desencadenantes o precipitantes, en un contexto familiar conflictivo y/o un contexto social cercano de pares, no percibido como apoyo. Un factor relevante dentro de la percepción del inicio del problema es el autoconcepto del adolescente, valoración de los aspectos personales, de la etapa vital de la adolescencia y la valoración de un cambio en la trayectoria de vida del adolescente, sea por el tránsito por dicha etapa o por los aspectos identificados como el inicio del problema.

Los afectos que rodean la construcción del problema suelen estar algunos en la línea de la confusión que acompaña la dificultad sobre el entendimiento de la situación y otros que se asocian más al enojo, la angustia, tristeza, soledad, culpa y depresión. Estos afectos envuelven una atmósfera en donde las posibles soluciones al problema quedan en la esfera privada o a “solos” sin poder apoyarse en el entorno.

La construcción subjetiva del problema es un proceso y los intentos de resolución a éste, también lo son. Muchos comportamientos del adolescente dentro del orden de lo privado van desde actitudes pasivas a las activas. Momentos o instancias del proceso de resolución que no siempre es necesario tener una mirada sobre ellos como algo que responde a lo patológico del sujeto como modalidad de dar lectura, interpretación o explicación de los comportamientos. Es totalmente admisible que la “elección” de uno u otro comportamiento tiene que ver con lo singular, histórico y afectivo que está presente, lo contextual como inhibidor o facilitador del proceso, pero a veces pueden responder a trayectorias de transcurso por los procesos adolescentes.

Los adolescentes presentan en la construcción del problema, modos explicativos que serán más o menos explícitos y/o conectivos entre sus componentes. El aspecto novedoso de la autopercepción del adolescente en la construcción de la vivencia, que la literatura al respecto no menciona como un elemento presente, no es un elemento de peso menor. Se detectó que la autopercepción de ciertas características personales que rescatan o resaltan los adolescentes, de forma más o menos precisa, son percibidas como participantes de las

situaciones conflictuales por las que atraviesan. Este aspecto presenta en parte el reconocimiento de la implicación en el conflicto y/o problema a la vez que puede estar en la base de la búsqueda de una modificación o cambio.

La presencia de la percepción de los apoyos, ya sean de naturaleza emocional y/o instrumental, resulta ser fundamental a la hora de que el adolescente incorpore como posibilidad la sugerencia o derivación a la consulta psicológica en algunos casos y en otros, directamente efectivizarla. De esta forma, se da un cambio de la conducta que lo orienta a una resolución del problema desde un lugar “proactivo” tanto por las iniciativas como por ir en busca de los apoyos. Un contexto que oficie como apoyo facilita ese movimiento del adolescente. Esto confirma la importancia de un contexto social cercano al adolescente que sirva como apoyo para el bienestar psíquico del mismo y oficie como protector, regulador de las emociones y/o tensiones internas, teniendo un efecto de alivio.

El modo de acceso de los adolescentes a la consulta psicológica puede ser desde el lugar de un tercero, generalmente alguien del círculo más cercano del adolescente o por derivación desde otro profesional. Esto no impide que produzcan asociaciones en referencia al problema que los conduce a la consulta y que puedan valorar la posibilidad de modificaciones propias, que reconocen como influyentes en el problema.

Las expectativas de la consulta se configuran en la búsqueda de alivio de un sufrimiento por más que en la mayoría de los casos investigados, fueron traídos por terceros. La búsqueda de sentido o entendimiento parece ser coincidente con los afectos iniciales de confusión frente al inicio del problema. La búsqueda de un cambio conductual como expectativa, puede ser pensado como efecto del proceso de intervención inicial de la consulta. Los entrevistados fueron aquellos que finalizaron la instancia de intervención diagnóstica la que se considera haya tenido efectos en ese y otro sentido.

A nivel de las percepciones clínicas de los terapeutas en referencia a la adolescencia y su contexto, el entorno familiar de los adolescentes es un punto de relevancia. La “familia en retiro” que aparece en el consenso de los terapeutas es coincidente con lo que aparece en los adolescentes pero no exactamente en una visión de retiro, sino una visión de “convivencia conflictiva” donde no se percibe una buena comunicación y apoyo, aspecto que es resaltado también por los terapeutas.

La presentación de una “familia en retiro” por parte de los terapeutas no solo denuncia los cambios de aquella en referencia a otros tiempos, sino que explicita la dificultad de la tarea del abordaje psicológico con la que se encuentran como para intervenir con los adolescentes, “nosotros en algún momento necesitamos a los padres”.

La percepción clínica de la adolescencia y sus contextos, permite por un lado entender la adolescencia actual y sus formas de presentación en la clínica, traído por los

terapeutas a partir del método clínico y en especial la escucha clínica. Se evidencia por lo proporcionado por los datos, el desafío de cómo abordar esta clínica adolescente que se les presenta.

Los terapeutas presentan una mirada inevitablemente saturada de teorías psicológicas referenciales, posiciones ideológicas, visiones culturales, posición conceptual sobre la salud-enfermedad, que implican una forma de lectura de la realidad actual adolescente. Los datos proporcionados por los terapeutas en referencia a los cambios subjetivos en la adolescencia actual y cómo abordarlo, trasmite que por momentos se sienten “en crisis” y a la “deriva”. Se les presenta una clínica donde el desafío es el de ser el facilitador de un proceso de individuación, de construcción de identidad en un contexto posmoderno en el que el sujeto debe construir esa identidad en un momento de transformaciones socioculturales donde el armado e inclusión de las redes y normas sociales es más laxo (Di Segni, 2002; Krause, 2007; Klein, 2008; Viñar, 2009; Cao, 2013).

Las percepciones clínicas de los terapeutas en referencia a los motivos de consulta son percibidos más en la línea de lo sintomatológico que pueden dar cuenta de dificultades severas, trastornos de los estados del ánimo, depresión, “vida sin sentido”, inhibiciones en el relacionamiento con pares, falta de límites, entre otros. Otro desafío al que se enfrentan es el diagnóstico diferencial entre aquello que implica una situación patológica, de aquella otra, que se encuentra dentro de los parámetros socioculturales cambiantes que hacen referencia a modalidades de tránsito por los que transcurren los adolescentes, donde los signos y síntomas pueden llegar a ser los mismos: “está de moda cortarse” (PNSMA, 2007; Klein, 2008; Fandiño Parra, 2011).

La postura demandada al rol profesional de la salud mental en la modernidad se orientaba a una mirada de aquello problemático o conflictual como una “desviación psicológica” o del desarrollo “normal” de un sujeto, en este caso de los adolescentes. Si bien este aspecto sigue presente y es necesario, las políticas sanitarias del PNSMA (2007), impulsan abordajes que minimicen los factores de riesgo en la salud mental del adolescente y se potencie los factores de protección de este.

La exploración de la vivencia del problema del adolescente que consulta, facilita el poder percibir entre sus componentes, aquellos factores que están presentes como riesgo para el proceso adolescente y aquellos otros que pueden oficiar como protección. Esto facilitaría la evaluación clínica y orientación técnica en la minimización de los primeros y potenciar los segundos.

Resulta importante desde la academia, la formación de profesionales preparados para las nuevas realidades que hacen a una nueva concepción de asistencia de usuarios en servicios de Salud Mental contemplando la realidad del PNSMA en el SNIS. La universidad

no solo está mandatada desde la sociedad con la formación de profesionales que puedan adecuarse a las nuevas situaciones, sino a la orientación en la implementación de servicios en la comunidad que resulten efectivos a la hora de intervenir. La finalidad formativa y extensionista de la universidad, pretende ser orientadora en servicios de psicoterapia y servicios psicoeducativos direccionados al primer nivel de atención en salud que pueda incorporarse al SNIS, con una visión de prevención y promoción de salud integral.

7.1. Aportes de la Investigación:

El trabajo sobre la construcción de la vivencia del problema que trae el adolescente a la consulta, permite identificar los factores que se encuentran en la misma, el peso que presentan en la vivencia facilitando la identificación de factores de riesgo y de protección que aporten a la evaluación clínica.

Posibilitar la indagación de la vivencia del problema dentro del contexto clínico, permite darle un lugar al saber del adolescente sobre lo que le sucede, cómo lo entiende y las ideas que tiene como para manejar lo que le sucede. Se permite ubicar al adolescente en el lugar no solo de sujeto de la consulta, sino de sujeto que puede decir sobre lo que le sucede y cómo piensa que puede solucionarlo, para que en el proceso de intervención junto al terapeuta se pueda lograr una coconstrucción de otros sentidos sobre lo que le pasa que permitan nuevas formas de subjetivación acercándose al motivo de consulta. La exploración de las vivencias sobre el problema desde la intervención, permite percibir en qué posición se encuentra el sujeto y desde qué lugar comenzar con una estrategia clínica de intervención sintiendo el adolescente un lugar de empatía frente a su sufrimiento.

La identificación de estos factores permitirá reorientar la estrategia y la intervención clínica. La identificación de factores de protección facilita la orientación e indicación en una intervención puntual en un servicio clínico universitario donde confluyen la asistencia y la formación. La identificación de factores de protección facilita la orientación e indicación en una intervención clínica que cuenta con tiempos acotados para resolver la consulta. Aporta a instrumentar a futuros profesionales que puedan trabajar en sistemas públicos del primer nivel de atención, teniendo en cuenta las políticas públicas en salud que rigen en la actualidad.

La exploración de los factores que componen la vivencia del problema del adolescente que consulta, facilita la orientación a los adolescentes, padres y adultos referentes ya sea en instituciones de pertenencia u otros, a los efectos de la concientización de la importancia para el bienestar y desarrollo psíquico y social del adolescente, de la presencia de apoyos afectivos y/o instrumentales.

7.2. Limitaciones de la investigación:

Las limitaciones metodológicas ya señaladas en el Capítulo de Metodología, no permitieron percibir si siempre se da el mecanismo de Resolución del problema de la forma identificada y descrita.

Esto lleva al planteo de algunas preguntas:

¿Qué sucede con el proceso de resolución del problema con aquellos adolescentes que no llegan a la consulta? ¿E l factor género cómo se encuentra presente y qué incidencia tiene en el proceso de construcción de la vivencia del problema y resolución del problema?

¿Con una actitud de prevención y promoción de salud integral desde el lugar que plantea el estudio, se dará otras formas de resolución a sus problemas por parte de los adolescentes?

¿Dispositivos de promoción y prevención, dispositivos psicosocioeducativos pueden ser alternativas para otras formas de la resolución del problema?

¿Las posibilidades de fortalecimiento de los equipos de salud multidisciplinarios como los que se encuentran en el primer nivel de atención en la adolescencia, actuando en la línea de apoyos tanto afectivo como instrumental, serán suficientes como para impulsar la direccionalidad del adolescente a la consulta psicológica?

¿Cómo trabajar con los terapeutas para que no tengan la sensación de la imposibilidad de acción si no están los adultos referentes o la familia como en otrora?

8. Referencias bibliográficas:

- Aberastury, A., Knobel, M., (1986), *La Adolescencia Normal*, Escuela Universitaria de Psicología, Universidad de la República, Uruguay, Mdeo.: Departamento de Publicaciones CEUP.
- Alzugaray, A., Burghi, N., Contino, S., (2008), *Dispositivos de intervención con adolescentes*, (2008-2010), En Proyecto de Extensión, Convenio Scean-Mides-INJU-SAP-Facultad de Psicología, (2008), Uruguay, Montevideo: sin editar.
- Amorín, D., (2008), *Apuntes para una posible Psicología Evolutiva*. (Serie cuadernos de psicología evolutiva) Montevideo: Psicolibros Waslala
- Andriola, K. (2013). Salud Mental y Malestar Subjetivo. Debates en Latinoamérica, *Revista Derecho y Ciencias Sociales*. N°8 .pp.212-218. Instituto de Cultura Jurídica y Maestría en Sociología Jurídica. FCJ y S. UNLP. Recuperado de:
http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/27184/13_Salud+Mental+y+Malestar+Subjetivo+;jsessionid=3C808B47271CF97F414CFA364062412B?sequence=1
- Aspillaga C., Cruzat C., Torres M., Hamnerli C., et. al., (2012), Vivencias subjetivas en adolescentes con obesidad respecto a su tratamiento, *Revista Chilena de Nutrición*, 39(2) Santiago de Chile, Recuperado de:
<http://www.scielo.cl/pdf/rchnut/v39n2/art08.pdf>
- Avendaño, C; Krause, M ; Winkler, M.I. (1993) Representaciones sociales y teorías subjetivas: relevancias teóricas y aplicaciones empíricas. *Psykhé* 2(1) 107-114. Recuperado de: <http://www.psykhe.cl/index.php/psykhe/article/viewFile/45/45>
- Barra, AE, Cerna R, Kram D, Véliz V, (2006), Problemas de salud, estrés, afrontamiento, depresión y apoyo social en adolescentes. *Terapia Psicológica*, 24 (001) 55-61. Recuperado de:
http://www.researchgate.net/profile/Enrique_Almagia/publication/26493174_Health_problems_stress_coping_depression_and_social_support_in_adolescents_Problemas_de_salud_estrs_afrontamiento_depresin_y_apoyo_social_en_adolescentes/links/0912f513399578b1f0000000.pdf
- Barrio del Campo, JA., Salcines Talledo, I., (2012), Características de la comunicación entre los adolescentes y su familia. *International Journal Developmental and Educational Psychology, INFAD Revista de Psicología*, 24 (1) 393-402. Recuperado de:
<http://dehesa.unex.es:8080/xmlui/handle/10662/2733>
- Berenstein, I (1997), Vínculo familiar. *Hechos, sucesos y acontecimientos*. Recuperado de:
<http://200.123.167.85/BAKCUP%20AAPP/Compartida/BIBLIOTECA%20DIGITAL/REVISTA%20AAPP/1997%20N%C2%BA1/BERENSTEIN.pdf>
- Berenstein, I., Gaspari, R., Gomel, S., Moreno, J., de Moscona SL., Santos, G., Rejnerman, G., Rojas, MC., (2000), Clínica Familiar Psicoanalítica, En Estructura y Acontecimiento, (pp. 235-237). Buenos Aires: Paidós. Recuperado de:
<http://200.123.167.85/BAKCUP%20AAPP/Compartida/BIBLIOTECA%20DIGITAL/REVISTA%20AAPP/2001%20N%C2%BA1/12.PAS%20REV-G%20BIANCHI.pdf>

- Bernardi, R., Zytner, R., Miller, D., Varela, B., Villalba, L., (2011), La exploración diagnóstica de la vivencia de enfermedad del paciente. *Revista de Psicoterapia Psicoanalítica*, Psicoanálisis Contemporáneo (AUDEPP), 7(4) 9-25
- Bleichmar, H., (1999), *Alcances en psicoterapia psicoanalítica. Hacia una técnica de intervenciones específicas*. Bs.As.: Paidós.
- Bleichmar, S., (2005), La psicoterapia psicoanalítica como lugar de producción simbólica. *Revista de Psicoterapia Psicoanalítica*, Cambio Psíquico (AUDEPP) ,7(1)15-60
- Bleichmar, S., (2006), *La deconstrucción del acontecimiento. Tiempo, Historia y Estructura – Su impacto en el psicoanálisis contemporáneo*. Buenos Aires: Lugar Editorial y APA Editorial, 2006. Recuperado de:
http://www.silviableichmar.com/actualiz_07/la_desconstruccion_del_acontecimiento.pdf
- Bruno Camares, G. (2014). Significado del motivo de consulta en padres con hijos en entrevistas iniciales para atención psicológica. Tesis de Maestría, Recuperada de:
<https://www.colibri.udelar.edu.uy/handle/123456789/4373>
- Cao, M., (1994), *El trabajo de la intersubjetividad en psicoanálisis con adolescentes*. Recuperado de:
<http://200.123.167.85/BAKCUP%20AAPP/Compartida/BIBLIOTECA%20DIGITAL/REVISTA%20AAPP/1999%20N%C2%BA1/4-CAO.pdf>
- Cao, M., (2011), Nuevos teatros, viejos temores, *Cuestiones de Infancia*, 14, 28-40
Recuperado de: <http://dspace.uces.edu.ar:8180/jspui/handle/123456789/1055>
- Cao, M., (2013), *Bordes y desbordes adolescentes*, en I Coloquio Internacional sobre Culturas Adolescentes, Subjetividades, Contextos y Debates actuales, Buenos Aires, 2013.
Recuperado de: <http://www.sociedadescomplejas.org.ar/docs/CAO-Marcelo-Luis-Bordes-y-desbordes-adolescentes.pdf>
- Castro Carrasco, P., Cercano Leiva, R., (2012), Cambio de teorías subjetivas de profesores respecto de la educación en valores, *Subjetividad y procesos cognitivos*, 17(1)
Recuperado de: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1852-73102012000100001&script=sci_arttext
- Casullo MM., Fernández Liporace, R., González Barrón, R., Montoya I., (2001), Problemas Adolescentes en Iberoamérica, *Revista Psicodebate: Psicología, Cultura y Sociedad*.
Recuperado de:
<http://www.palermo.edu/cienciassociales/publicaciones/pdf/Psico2/2Psico%2003.pdf>
- Catsicaris, C., (2008), Crisis normal de la Adolescencia: crisis que nos involucra a todos, *Conexión Pediátrica, Artículos Especiales, 1, 1-3*, Servicio de Clínica Pediátrica Departamento de Pediatría Hospital Italiano de Buenos Aires. Recuperado:
<http://conexionpediatrica.org/conexionpediatrica.org/index.php/conexion/article/view/File/52/62>
- Celener, G., Febbraio, A., Rosenfeld, N., Hidalgo, G., Peker, G., Battafarano, S., Avrutin, H., Jordá, A., Baratta, N., (2004), *Técnicas Proyectivas. Actualizaciones e Interpretación en los Ámbitos, Clínicos, laboral y Forense. Vol. 2* Buenos Aires: Ed. Lugar

- Cortés Duque, C; Uribe, Carlos, A. y Vásquez, R., (2005). Etnografía clínica y narrativas de enfermedad de pacientes afectados con trastorno obsesivo-compulsivo. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34 (2) 190-219. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v34n2/v34n2a03.pdf>
- Contino, S. (2011) *Los elementos culturales conforman subjetividad adolescente?*, Seminario de “Clínica y Subjetividad”, Maestría en Psicología Clínica, Facultad de Psicología, UdelaR, Montevideo.: (inédito)
- Contino, S. (2012) *Proyecto de aspirante al cargo de Prof Adjunto del Instituto de Psicología Clínica*, aprobado por sesión del Consejo de la Facultad, 30 de octubre de 2013, Facultad de Psicología, UdelaR. Montevideo (inédito)
- Cristóforo, A., (2002), La noción de Intervención en el marco de la consulta psicológica. Intervenciones Siempre?, En *Enfoques teóricos del Diagnóstico y la intervención en la Práctica Psicológica*,(pp.29-42) Montevideo.: Psicolibros
- Cristóforo, A., (2006), *El paradigma hace al método: diagnóstico o evaluación. Análisis crítico de una práctica*. Conferencia en las XIII Jornadas de Investigación de la Facultad de Psicología y 2º Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR, “Paradigmas, métodos y técnicas”, Facultad de Psicología, UBA, Buenos Aires: (inédito).
- Cruzat, C., Aspillaga C., Torres M., Rodríguez M., Díaz M., Hamnerli C., (2010), Significados y vivencias subjetivas asociadas a la presencia de un Trastorno de la Conducta Alimentaria, desde la perspectiva de las mujeres que lo padecen, *Psykhé* 19(1),3-17 Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22282010000100001&lng=en&nrm=iso&tlng=en
- Cumsille, P; Lorto Martínez, M (1994), Efectos del estrés y el apoyo social sobre el bienestar psicosocial de los adolescentes. Revisión de la literatura, *Psykhé*, 3 (2),115-123 Recuperado de: <http://www.psykhe.cl/index.php/psykhe/article/view/49/49>.
- Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD2, 2008), *Manual para el diagnóstico, indicación y planificación de la psicoterapia*, Barcelona: Herder:
- Diccionario de Psicología Científica y Filosófica, *Explicación de los principales conceptos, tesis y escuelas en el área de la Psicología, Percepción*, Javier Echegoyen Olleta. Recuperado de: <http://www.e-torredebabel.com/Psicologia/Vocabulario/Percepcion-Externa-Interna.htm>
- Di Segni Obiols, S., (2002), *Adultos en crisis Jóvenes a la deriva*, Buenos Aires: Novedades Educativas
- Dimarco, RM., (2001), Marcas psíquicas y el debate entre el determinismo y el acontecimiento, en *Revista Asociación Argentina de Psicoterapia de Grupo, Tomo XXIV, N 2*, pp 15-45. Recuperado de: <http://www.aappg.org/wp-content/uploads/2001-N%C2%BA2.pdf#page=11>
- Díaz Gómez, A., (2005), *Subjetividad una perspectiva histórico-cultural. Conversando con un psicólogo cubano Fernando González Rey*, 2005, Universidad de Manizales

- Colombia. Recuperado de:
<http://sparta.javeriana.edu.co/psicologia/publicaciones/actualizarrevista/archivos/V4N310subjetividad.pdf>
- De Souza, L., (2010), *Programa: Modalidades y efectos en las intervenciones clínicas en servicios de salud*, Instituto de Psicología Clínica, Facultad de Psicología, UdelaR. Recuperado de:
http://www.psico.edu.uy/sites/default/files/programa_modalidades_de_int_y_efectos_setiembre_2013.pdf
- Domínguez García, L (2013), Perspectivas Histórico Cultural para el desarrollo. *Revista Amazônica* 9 (2), 169-259. Recuperado de:
<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4730567>
- Escobar, J., Bonilla Jiménez, F., (2008), Grupo Focales: Una guía conceptual y metodológica, 2008, *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 9 (1), 51-67. Recuperado de:
<https://scholar.google.com.uy/scholar?hl=es&q=GRUPOS+FOCALES%3A+UNA+GU%C3%8DA+CONCEPTUAL+Y+METODOL%C3%93GICA+Escobar+Jazmine&btnG=&lr=>
- Espinosa, R; Koremblit, M., (2007), *Adolescencia y Tecnoculturas*. Recuperado de:
http://www.escuelapsicoanalitica.com/wp-content/uploads/2014/06/AECPNA_02_adolescycnoculturaespinosaykoremblit.pdf
- Espinosa, R., Koremblit, M., (2008), *Adolescencia y Tecnocultura, aproximación al estudio de las culturas juveniles y las nuevas formas de lazo social desde una perspectiva psicoanalítica*. Recuperado de : <http://www.apdeba.org/wp-content/uploads/Espinosa-Koremblit.pdf>
- Facio, A., Resett, S., Micochi, F (2006), *Relaciones interpersonales y problemas emocionales y de conductas en adolescentes entre 17-18 años*, En Memorias de las XIII Jornadas de Investigación y Segundo Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur 10, 11 y 12 de Agosto de 2006 Paradigmas, Métodos y Técnicas (pp 34-36). Recuperado de:
<http://www2.mdp.edu.ar/psicologia/cendoc/archivos/tomo1.pdf#page=34>
- Facio, A., Resertt, S., (2007) Desarrollo de las relaciones con padres y hermanos en adolescentes argentinos, *Apuntes de Psicología*, 25(3), 255-266. Recuperado de:
http://www.cop.es/delegaci/andocci/files/contenidos/vol25_3_3.pdf
- Fandiño Parra, Y. J. (2011). Los jóvenes hoy: enfoques, problemáticas y retos. *Revista Iberoamericana de Educación Superior*, 2(4). Recuperado de:
<http://ries.universia.net/index.php/ries/article/view/42>
- Fariñas León, G, (1990) Acerca del concepto de vivencia en el enfoque histórico cultural, *Revista Cubana de Psicología*. 16(3),62-66. Recuperado de:
<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rcp/v16n3/11.pdf>
- Fernández Moar, MR., (2013), Trayectorias familiares de Adolescentes en conflicto con la ley penal, Tesis de Maestría en Derechos de Infancia y Políticas Públicas, Facultad de Psicología, UdelaR, Mdeo: (sin editar)

- Garaigordobil, M., Durá, A., (2006), Relaciones del autoconcepto y la autoestima con la sociabilidad, estabilidad emocional y responsabilidad en adolescentes de 14 a 17 años. *Revista Análisis y Modificación de Conducta*, 2006, Vol. 32, N° 141 (37-64), *Publicaciones de la Universidad de Huelva*. Recuperado de: <http://uhu.es/publicaciones/ojs/index.php/amc/article/viewArticle/2132>
- Garbarino, H.; Freire de Garbarino, M., (1986), *La Adolescencia*, Escuela Universitaria de Psicología, Universidad de la República, Uruguay, Mdeo.: Departamento de Publicaciones CEUP.
- García Canclini, N., (2004), *Diferentes, desiguales y desconectados. Mapas de la Interculturalidad*, Barcelona: Gedisa
- García Canclini, N., (2008), Los jóvenes no se ven como el futuro, serán el presente?, *Revista Pensamiento Iberoamericano* (3),3-17, Inclusión y Ciudadanía. Perspectivas de la Juventud Iberoamericana, Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- Ginés, A (2005), Psicoterapia en el Programa de Salud Mental. Hacia el sistema nacional integrado de salud, *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 69 (1):32-41. Recuperado de: http://www.mednet.org.uy/~spu/revista/jun2005/01_foro_06.pdf
- Ginés, A (2013), Retomando el debate la organización de la atención psiquiátrica y salud mental en el Uruguay, *Revista de Psiquiatría Uruguay* 77(1):53-58. Recuperado de http://www.spu.org.uy/revista/jul2013/06_Conferencia_03.pdf
- González Forteza, C; Salgado de Snyder, V; Andrade Palos, P; (1993), Fuentes de conflicto, recursos de apoyo y estado emocional en adolescentes, *Revista Salud Mental, México, setiembre, Vol 16, N° 3*, p 16-21, ISSN 0185-3325. Recuperado de: <http://inprf.biblioteca.unam.mx/handle/123456789/1638>.
- Grunbaum, S., Misol, S. (2015). Salud mental en la adolescencia. En Uruguay, Ministerio de Salud Pública, Sistema Nacional Integrado de Salud (2005), Programa Nacional de Salud Adolescente (2007), *Aportes para el abordaje de la Salud del Adolescente en el 1er. Nivel de Atención* (pp. 89-107). Recuperado de: <http://www.msp.gub.uy/publicaciones/libro-apuntes-para-el-abordaje-de-la-salud-de-adolescentes-en-el-primer-nivel>
- Greco, C., Gil Roales-Nieto, J., (2007), *Creencias en salud de preadolescentes con diabetes tipo I*, Universidad de Aconcagua, Argentina. Recuperado de: <http://www.ijpsy.com/volumen7/num3/178/creencias-en-salud-en-preadolescentes-con-ES.pdf>
- Hernández, A. (2010). La vivencia como categoría de análisis para la evaluación y el diagnóstico del desarrollo psicológico. *PsicoPediaHoy*, 12(12). Recuperado de: <http://psicopediahoy.com/vivencia-como-categoria-de-analisis-psicologia/>
- Hernández, O. (2008), La subjetividad desde la perspectiva histórico-cultural: un tránsito desde el pensamiento dialéctico al pensamiento complejo, *Revista Colombiana de Psicología*, 17 (1) 8,147-160, Recuperado de: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3244933>

- Hernández Sampieri, R., (1997), *Metodología de la Investigación*, Colombia: Ed. Panamericana.
- Herrera Jiménez, Luis Felipe; García Medina, Nela, (2003), La investigación en psicoterapia, en busca de senderos eficientes, *Revista Cubana de Psicología*. V20.n2. La Habana. Recuperado en: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rcp/v20n2/02.pdf>
- Juan, S., Etchebarne, I., Weisman, V., Leibovich de Duarte, A., Roussos, A., (2009), El proceso inferencial clínico, el pronóstico y las intervenciones del psicoterapeuta. *Anuario de Investigaciones*. Recuperado de: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862009000100004
- Kancyper, L., (1997) *La confrontación generacional. Estudio psicoanalítico*, Buenos Aires: Paidós.
- Kancyper, L., (2005), La confrontación generacional, en *Verdad, Realidad y el Psicoanalista. Contribuciones Latinoamericanas al Psicoanálisis*, Asociación Psicoanalítica Internacional, 2005, p.49-72, Impreso en Uruguay: International Psychoanalysis Library.
- Kancyper, L., (2007), *Adolescencia: el fin de la Ingenuidad*. Buenos Aires: Lumen.
- Klein, A., (2008), La (dramática) realidad social y psíquica de muchos jóvenes latinoamericanos. *Revista Liberabit [online]*. 14 (14) 21-30. Recuperado de: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1729-48272008000100004&script=sci_arttext
- Krause, M. (1993). Efectos Subjetivos de la Ayuda Psicológica Discusión Teórica y Presentación de un Estudio Empírico. *Psykhe*, 1(1). 41-52. Recuperado de: <http://www.psykhe.cl/index.php/psykhe/article/view/45/45>,
- Krause, M., Uribe, R., Winkler, M., Avendaño, C., (1994). Caminos en la búsqueda de ayuda psicológica. *Psykhe*, 3(2), 211-222. Recuperado de: <http://www.psykhe.cl/index.php/psykhe/article/view/57/57>
- Krause Jacob, M. (1999). Representaciones Sociales y Psicología Comunitaria. *Psykhe*, 8(1), 41-45. Recuperado de: <http://www.psykhe.cl/index.php/psykhe/article/view/45/45>
- Krause, M., (2005), *Psicoterapia y Cambio. Una mirada desde la Subjetividad*, Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile.
- Krause, M., Dagnino, P., (2006a), *Evolución del cambio en el proceso terapéutico*. Recuperado en: http://www.psychotherapyandchange.org/download/Articulo_evolucion_cambio.pdf
- Krause, M et al, (2006b), Indicadores genéricos de cambio en el proceso psicoterapéutico, *Revista Latinoamericana de Psicología Vol.38 no.2* Bogotá. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-05342006000200006&script=sci_arttext

- Krause, M., (2007), Krause: La psicoterapia al microscopio, *Revista Gaceta de Psiquiatría Universitaria*, Temas y Controversias, Universidad de Chile, Facultad de Medicina, 3 (3). Recuperado de:
http://psychotherapyandchange.org/download/10_Krause_La_psicoterapia1.pdf
- Leibovich de Duarte, A.; Rubio, M.E.; Zanotto, M, Juan, S, Roussos, A, Huerin, V, Torricelli, F., (2009). *Inferencias Clínicas de Psicólogos y Médicos en formación en Salud Mental en el sector público de la Ciudad de Buenos Aires*. I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVI Jornadas de Investigación Quinto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Recuperado de:
<http://www.academica.com/000-020/173.pdf>.
- Luna Bernal, ACA., Laca Arocena, FV., Cruz Abundis, MC., (2013), Conflictos con los padres y satisfacción con la vida de familia en la vida de adolescentes de secundaria, *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 16, (3) Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2013/epi133h.pdf>
- Maganto Mateo, C., Ávila Espada, A (1999a), *El diagnóstico psicodinámico aspectos conceptuales en Clínica y Salud*, Parte IV. Marcos Teóricos de la entrevista de evaluación Capítulo 9. La entrevista de Evaluación Psicodinámica. Año IX, 10, (3), 287-330. Recuperado de: http://www.sc.ehu.es/ptwmamac/Capi_libro/51c.pdf
- Maganto Mateo, C., Ávila Espada, A (1999b), *El diagnóstico psicodinámico aspectos conceptuales*. Recuperado de:
http://www.psicoterapiarelacional.es/portals/0/Documentacion/AAvila/CMAAvila_1999_Diagnostico_Psicodinamico_CyS.PDF
- Martínez Fectorasi, V (2011), Revisión teórica y empírica del Autoconcepto, *Anuario de Proyectos e Informes de Becarios de Investigación*, Investigación Doctoral Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Mar del Plata, 8, 487-493. Recuperado de:
<http://www.mdp.edu.ar/psicologia/sec-inv-pos/escbeca/ANUARIO-2012-UNMDP.pdf#page=48>
- Mejía Calcaño, I., (2007), Análisis sobre la investigación de la autoestima en tesis y tesinas de la Universidad Pedagógica Nacional, Tesis de Licenciado en Psicología Evolutiva, Recuperado de:
https://scholar.google.com.uy/scholar?q=%22+autoestima+y+autoconcepto%22+Cava+2000&btnG=&hl=es&as_sdt=0%2C5
- Menéndez P., Bordón, C., Mayorga, P., (2005), Aplicación del modelo de situación clínica a la consulta psicológica, *Anuario de Investigación*, vol.13, pp. 19-31. Recuperado de:
http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862006000100002
- Muniz, A., (2002), Psicodiagnóstico, un instrumento vigente. En *Diagnóstico e Intervenciones. Enfoques teórico, técnico y clínicos de la práctica psicológica*, (v.1 p.p. 23-28), Montevideo.: Psicolibros.

- Muniz, A., (2005), Conceptualizaciones acerca del diagnóstico y la intervención psicológica. Aportes para un abordaje complejo de la cuestión. En *Diagnósticos e Intervenciones. Enfoques teóricos, técnicos y clínicos en la práctica psicológica*, pp. 11-27, Montevideo.: Psicolibros.
- Nin, A., (2004), Algunas peculiaridades en el tratamiento psicoanalítico de pacientes adolescentes, *Revista Uruguaya de Psicoanálisis* 99: 153 – 168. Recuperado de: http://www.apuruguay.org/revista_pdf/rup99/rup99-nin.pdf
- Oliva Delgado, A; Parra Jiménez, A., (2004), Contexto familiar y desarrollo psicológico durante la Adolescencia. En *Familia y desarrollo psicológico* Universidad de Sevilla, Recuperado de: https://scholar.google.com/uy/scholarq=Contexto+familiar+y+desarrollo+psico?q=C%C3%B3gico+durante+la+Adolescencia+Oliva+2004+&btnG=&hl=es&as_sdt=0%2C5
- Oliva, A., (2006), Relaciones Familiares y desarrollo adolescente, *Anuario de Psicología* 37 (3), 209-223. Recuperado de: <http://www.raco.cat/index.php/anuariopsicologia/article/viewFile/61838/82584>
- Oliva Delgado, A; Parra Jiménez, A; Sánchez Queija, I; López Gaviño, F, (2007), Estilos educativos materno y paterno: Evaluación y relación con el ajuste adolescente, *Anales de psicología* 23 (1), 49-56. Recuperado de: http://www.um.es/analesps/v23/v23_1/07-23_1.pdf
- Oliva Delgado, A ; Jiménez Morago, J., Parra Jiménez, A., Sánchez Queija, I., (2008), Acontecimientos vitales estresantes, resiliencia y ajuste adolescente, *Revista de Psicopatología y psicología Clínica*, Vol. 13, núm. (1), 53-62, Recuperado en: <http://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/view/4050/3904>
- Orcasita Pineda, L; Uribe Rodríguez, A, (2010), La importancia del apoyo social en el bienestar de los adolescentes, *Psychology: avances de la disciplina*, 4 (2). Recuperado de: <http://revistas.usbbog.edu.co/index.php/Psychologia/article/view/182/159>
- Passalacqua, A; Piconne, A; (2010), Algunas observaciones para evaluar las funciones yoicas de realidad con la aplicación de una técnica gráfica, *Revista Anuario de Investigaciones*. Recuperado de: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-16862010000100063&script=sci_arttext
- Pastor, Y., Belaguer, I., García Merita, M., (2006), Relaciones entre el autoconcepto y estilo de vida saludable en la adolescencia media: un modelo exploratorio. *Psicothema* 18 (1), pp. 18-24. Recuperado de: <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=3170>
- Rodríguez Gómez, D., Valdeoriola Roquet, J., (2007), *Metodología de la Investigación*. Universitat Oberta de Catalunya, recuperado en: <http://www.uoc.edu>
- Salvatierra López, L., Aracena Alvarez, M., Ramírez Yañez, P., Yovane, C., et al., (2005), Autoconcepto y proyecto de vida: Percepciones de adolescentes embarazadas de un sector periférico de Santiago, participantes de un programa de educación para la salud, *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*

Sistema de Información Científica. Recuperado de:

<http://www.redalyc.org/pdf/264/26414111.pdf>

- Sanz Rodríguez, L J., Gómez García de la Pedrosa, M., Almendro Marín, MT., Rodríguez Campo, C., Izquierdo Núñez, M., Sánchez del Hoyo, P., (2009), Estructura familiar, acontecimientos vitales estresantes y psicopatología en la adolescencia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, .29,(2) pp. 501-521. Recuperado de : http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021157352009000200015&lng=es&nrm=iso
- Sierra, P., Belenchón, M., Benavent, P., Yáñez, N., Pino, A., Livianos, L., (2007), Vivir con un trastorno bipolar. ¿Qué opinan los pacientes? *Archivos de Psiquiatría*, Vol. 70 (1), 43-64. Recuperado de: <http://archivosdepsiquiatria.es/index.php?journal=adp&page=article&op=view&path%5B%5D=30&path%5B%5D=32>
- Singer, F., (2012), *Propuesta de creación de un eje trans-programático de Unidades Clínicas*, Instituto de Psicología Clínica, Facultad de Psicología, UdelaR, Mdeo: sin editar.
- Strauss, A., Corbin, J., (2002), *Bases de la Investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la Teoría Fundamentada*, Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquía, Colombia, Medellín: Editorial Universidad de Antioquía.
- Toassar, G; Rebello De Saouza, M, (2009), *As vivencias: Questões de tradução, sentidos e fontes epistemológicas no legado de Vigotski*, Universidad de, São Paulo, Psicología, 21(4), 757-779. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/pusp/v21n4/v21n4a07>
- Ulloa, F., (1988), *Psicología Clínica de Adultos*, Escuela Universitaria de Psicología, Universidad de la República, Uruguay, Montevideo.: Departamento de Publicaciones CEUP.
- Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Salud Mental Adolescente (2007), Recuperado de http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Programa_Nacional_Salud_Adolescente_2007_0.pdf
- Uruguay. Consejo de Ministros, Ministerio de Salud Pública, Decreto Ley CM N° 515 (agosto 2008), *Investigación con Seres Humanos*. Recuperado de: http://archivo.presidencia.gub.uy/web/decretos/2008/08/CM515_26%2006%202008_00001.PDF
- Uruguay. Poder Legislativo Reglamentación de la Ley 18.335 (2008), *Derechos y Obligaciones de pacientes y Usuarios de Servicios de Salud*. Recuperado de: <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=18335&Anchor=>
- Uruguay. Consejo Nacional de Políticas Sociales. Comité de Coordinación Estratégica de Infancia y Adolescencia. Estrategia Nacional para la Infancia y la Adolescencia (2010-2030), ENIA (2008), *Plan de Acción 2010-2015*. Recuperado de: <http://www.inau.gub.uy/biblioteca/eniabases.pdf>

- Uruguay. Ministerio de Salud Pública. *Guía elaborada por el Programa Nacional de Salud Adolescente y de la Juventud* (2009), Programa Nacional de Salud Adolescente (2007), en Sistema Nacional Integrado de Salud (2005). Recuperado de: http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Guia_abordaje_salud_adolescente_08_10%5B1%5D.pdf
- Valles, M., (1999), *Técnicas Cualitativas de Investigación Social. Reflexión metodológica y práctica profesional*, 1999, España: Ed. Síntesis.
- Vasilachis, I. (coord.), (2006), *Estrategias de Investigación Cualitativa, Biblioteca de Educación. Herramientas Universitarias*, España, Barcelona: Editorial Gedisa, S.A.
- Verdugo-Lucero, J. L., Ponce de León-Pagaza, B. G., Guardado-Llamas, R. E., Meda-Lara, R. M., Uribe-Alvarado, J. I. & Guzmán-Muñoz, J. (2013). Estilos de afrontamiento al estrés y bienestar subjetivo en adolescentes y jóvenes. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 11 (1), pp. 79-91. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rlcs/v11n1/v11n1a05.pdf>
- Viñar, M., (2009), *Mundos Adolescentes y Vértigo civilizatorio*, 2009, ISBN 978-9974-32-523-4, Uruguay, Mdeo.: Ed. Trilce.

9. Apéndices

9.1. Entrevistas a Expertos

9.1.1. Rosa Zytner 29.10.2013.

Se intercambia acerca del concepto de “cambio psíquico”, luego viene la consigna de S. y comienza la entrevista.

S: Bueno, ahora era que justamente era lo que yo te quería preguntar, una de las preguntas... cuando tú te detuviste en esto del cambio psíquico y dijiste cambio psíquico no!... Digo... estee..., es como, a ver... la percepción, de las vivencias subjetivas, o poder detenerse en las vivencias subjetivas de un paciente, en función de su dolencia, padecimiento, ya sea antes y a posteriori de su tratamiento, eso me da la (Por lo que yo he estado leyendo que muchas gracias por lo del texto que está muy bueno), hay un cambio paradigmático ahí, de paradigma. Porque justamente el acento... o sea, es un modo de entender el funcionamiento de la subjetividad, de un modo distinto. Digo no?, porque como vos mismo decías, el cambio psíquico tiene más el acento puesto en lo intrapsíquico (R: en lo intra y en lo estructural), estructural. Y me parece que más esto de... lo subjetivo y la subjetividad pone en juego la incidencia de otros factores.

R: tiene que ver más con la alianza terapéutica y lo que nos hace pensar en el cambio psíquico vinculado con la alianza terapéutica, todo lo que trabaja el psicoanálisis relacional. O sea el vínculo, la importancia del vínculo.

S: Ahora cuando tú dijiste que en ti hubo un interés con respecto a las vivencias subjetivas del paciente en relación a su padecimiento o lo que le sucede (R: sigue habiendo), ¿qué importancia le das tú a esto, porque lo tomaste como un elemento relevante?.

R: Ahh!, primero por el estudio del OPD2 (que a mi me abrió la cabeza) y con toda la intención de este artículo que escribimos, que dice que... que en general lo que se considera es el motivo de consulta manifiesto y después se salta al motivo de consulta latente. Se interpreta, pero pocas veces se va a fondo, considerando las vivencias subjetivas de enfermedad del paciente y muchos tratamientos fracasan porque el terapeuta va por un lado y el paciente va por el otro. La vivencia subjetiva no es la traducción del motivo de consulta manifiesto ni el latente, va mucho más allá que eso, es cómo vive el paciente la enfermedad, qué obstáculos piensa que puede haber. O sea, si uno no entiende (como terapeuta) la vivencia subjetiva de enfermedad del paciente, se puede ir por otro lado y dejarlo por el camino. (S: o sea que tiene un interés técnico y además clínico...). También teórico, (S: teórico, clínico...), teórico-clínico. O sea que es para el diagnóstico y la estrategia de abordaje, para mi... tiene que ver tanto con el diagnóstico como con la planificación de la estrategia de abordaje. Por ejemplo,

Etchegoyen pone pila ejemplos (algunos los mencionamos en el artículo), para mostrar que no han funcionado los tratamientos porque el terapeuta no se dio cuenta qué era lo que pedía el paciente. Y ahí hay una incidencia fuerte de la motivación, toda la idea de motivación que lo trae Hugo Bleichmar también, en "Avances en Psicoterapia...", creo que el penúltimo libro que hizo, no?. Toda esta cuestión modular que cada paciente es único y que hay que entender cada situación de cada paciente. No es lo mismo un depresivo que otro depresivo, entonces... es una forma de... un termómetro de ver posibilidades de cambio. No te digo psíquico por ahora, te digo transformaciones, modificaciones, cambios. Entonces, lo clásico que hace Krause y otra gente, es medir, primero cuál es la vivencia subjetiva de enfermedad, y ver después... (y de cambio posible), y ver al finalizar, qué es lo que se hace. Que tiene que ver con la Escala de Heidelberg del OPD2, sobre evaluación del cambio terapéutico, que también mide el cambio desde el concepto de estructura del OPD2. Entonces, para mi tesis yo tengo que enfocarme en el cambio terapéutico, que puede incluir el cambio sintomático y el cambio estructural. Voy a hacer las entrevistas semi-estructuradas cuando trabaje la percepción en sí, luego de la evaluación con los instrumentos de evaluación, cuando trabaje la percepción en sí, en relación a la vivencia subjetiva, porque la percepción es siempre subjetiva.

S: Entonces, a ver... por lo que yo entiendo también puede entenderse a la vivencia subjetiva como una construcción, a ver en qué sentido Rosa, a ver... Te pregunto, me da la sensación por lo menos (por lo que yo te escucho y lo que he leído y demás), habrían ciertos factores varios de distinta índole que puedan contribuir, a las percepciones o a las vivencias subjetivas que un sujeto tiene sobre su...

R: por supuesto, o sea, ahí entrás en todas las series complementarias de Freud, o sea, no es lo mismo una persona con una historia... con una experiencia histórica vivencial que otra, o sea, ahí entra la biología, lo psico-bio-social entra.... Su historia, su subjetividad, su etapa evolutiva, el medio y el entorno sociocultural... (eso es excelente para verlo desde el OPD2), que desglosa la vivencia de enfermedad y pre requisitos para el tratamiento, en todos los niveles biológicos, psicológicos, sociales; hace un paneo de todas esas cosas. Si no.. no es lo mismo ver la posibilidad que una familia apoye el tratamiento..., que otro que... si la vivencia subjetiva está. Si, yo creo que puede ser una construcción, si se puede llamarla así... o un... una condensación de una serie de elementos a considerar que confluyen en varias.... varios aspectos, varias variables, que se ponen en juego en ese paciente, en ese momento de su vida, cómo vive su enfermedad y lo que le pasa. Y cómo piensa que puede ser resuelto el problema, su estrategia. Algunos pueden pensar que puede ser resuelto desde el punto de vista

médico, otros que puede ser resuelto con un tratamiento psicológico... Eso se ve en el ejemplo de Etchegoyen que incluimos en el artículo, sobre un médico que era homeópata y que pensaba que su dolencia iba ser resuelta desde el punto de vista de la homeopatía, entonces, se pasó todo el análisis tratando de probar que los cambios no eran por la terapia, sino por los medicamentos homeopáticos. Y por supuesto que el análisis no funcionó. Etchegoyen habla de reacción terapéutica negativa y de impasse, pero se puede pensar que no se pudo ahondar en su vivencia subjetiva de enfermedad. Entonces ... ahí tenés que ver desde dónde partís y eso se construye, por su historia, por su... en qué está metido ese sujeto particular, el contexto histórico, el contexto social, cultural, como te dije. Entonces sí, para mí es una construcción. Y también, a mi entender, eso mismo se potencia, se transforma, se construye, y todo lo demás, en la relación con el otro. Con el entrevistador, con el terapeuta...

S: Ahí está... como la construcción de otra... de otro modo de vivenciar, puede ser?. De otro modo de justificar, de explicar, lo que vive, lo que está viviendo, o por lo que consultó o el sentido...

R: Yo... pienso que es previo todavía, es verlo con otro, verlo con otro... que lo estás haciendo jugar en tu vivencia. O sea, se lo estás diciendo a un otro, podés estar sólo contigo mismo, (hay pacientes que les pasa eso, no existe el otro) o podés interrelacionando y después obvio, se puede transformar (cuando estás, en el trabajo ya en sí, psicoterapéutico), ya con un otro con sus vivencias, con sus interpretaciones. Pero es algo a construir entre dos. Y bueno, muchas veces se puede modificar (de hecho se modifica la vivencia de enfermedad primera del paciente) con... en la interrelación con las interpretaciones con todo, con el clima emocional, con la transferencia, la contratransferencia. En el concepto de vivencia de enfermedad, (de vivencia subjetiva de enfermedad), están incluidos todos los aspectos contratransferenciales y los transferenciales que toma en cuenta el OPD-2, que es un sistema diagnóstico que es el primero que introduce eso. Después está el PDM y en un principio el DSM-5, pero a lo que apunto es a esto, a... que es un concepto que va más allá del motivo de consulta.

S: Ahí está, porque tal vez puede ser como.... un concepto diferente, o sea, por momentos mi pregunta es... (a mí me da la sensación, por lo que tú estás trayendo más la lectura y demás), que la vivencia subjetiva es un concepto mucho más complejo que lo que es el motivo de consulta en sí. A ver a qué me refiero.... (R: sí, es más abarcativo...), ahí está. (R: lo incluye...) Ahí está, porque si entendemos que el motivo de consulta es lo que puede explicitar, bien..., pero esto otro implica que la vivencia es toda como una, construcción en la que puede dar múltiples explicaciones, a veces, más o menos abarcativas, con un montón de factores que se ponen en juego pero hacen como.. una

construcción de un problema, no?. Con sus justificaciones, con su modo de entender cómo sería posible de resolverlo, como... o bueno, como en esto que Mariane Krause habla de la Teoría Subjetiva (TS) que está todo, me parece que el acento está puesto en distintos lados, en lo que hace a un motivo de consulta, a esta otra mirada...

R: Para mi esta mirada es más abarcativa, más completa, incluye aspectos más conciente, preconcientes e inconcientes, lo social, lo cultural... Pero lo que no me quedó claro es que si tú estás hablando de la vivencia subjetiva solo como vivencia subjetiva o de la vivencia subjetiva en relación al proceso terapéutico, (S: a lo que le sucede al sujeto, a lo que le pasa). Pero en algo concreto, en relación a su problemática (S: sí en relación a su problemática). Es más parecido a lo que se llama "vivencia de enfermedad" del OPD-2 (S: Ahí está...). Te conviene desglosar lo que está ahí y lo que toma Mariane Krause...

S: En un momento, cuando estaba rastreando todo esto y cuando aparece en el OPD-2 la vivencia de enfermedad, a mi lo que me daba la sensación (no sé si lo podemos conversar y compartir), a mi lo que me daba la sensación es que el hecho de poner "vivencia de enfermedad", ya por el hecho de enfermedad, tenía como una cierta carga de percepción (lo pondría yo entrecomillas), (R: psiquiátrica...), ahí está, o médico. Como desde ese lugar de la lectura y me parece como que... el sujeto puede percibir o vivir que eso sea o no una enfermedad, de acuerdo con la teoría subjetiva que tenga detrás?... porque quizás con lo que le sucede su explicación puede ser o más mítica, o más como el resultado de un acontecimiento....

R: Claro!, pero yo le pondría igual, (o sea, no le pongas enfermedad) vivencia subjetiva de lo que le pasa. (S: ahí está..) Y lo que le pasa.. si consulta, si tenés consulta, es porque hay sufrimiento porque algo no funciona, entonces no es.... No podemos hacerlo como abarcativo vivencia subjetiva de.... su estado de vida, (S: no, no, no..., del padecimiento psíquico por yo había....) padecimiento, como corporal o lo que sea, también puede ser vivido en el cuerpo y... no lo conecta para nada con lo psíquico.... Por eso.... la vivencia de un problema, de algo, que le pasa, que consulta porque le está molestando.

S: Sí, porque hay sufrimiento allí...

R: Claro, porque el paciente lo puede poner donde quiera, en el cuerpo, en lo social, "porque mi mamá me está tratando mal", porque me quedé sin trabajo y todo tiene que ver con lo social-cultural, lo económico o porque tá!, "estoy angustiado" y se tiende a resolver a nivel psíquico. Y en la medida en que, para nosotros como terapeutas, se tiene más conciencia, o sea vivencia subjetiva que algo pasa a nivel psíquico, es que el abordaje nuestro es mejor(S: o sea puede ser más fértil). Claro!, desde nuestro enfoque; eso no quiere decir que también no necesite un abordaje desde lo biológico, desde un tratamiento psiquiátrico o Claro! Ahí estaríamos pensando en las series

complementarias de Freud... También estarían los criterios de analizabilidad, factores de analizabilidad (que no sería exactamente esto), pero ahí veríamos si el paciente tiene o no conciencia de enfermedad

S: Si, qué recursos también tenía desde el punto de vista yoico, (R: familiar..), familiares, los otros soportes...

R: Me parece más rico, porque abarca toda una serie de conceptos. Pero me parece eso, yo lo adjudicaría a varias áreas. Porque está bien, viste que uno habla de la Salud, que la salud mental es un aspecto de la Salud total y todo... eso está bárbaro en discurso y en concepción teórica, pero a la concreta, me parece que (te lo estoy diciendo muy burdamente) en la concreta uno se enfrenta a la persona, que está sufriendo y ahí están las áreas de la mente del cuerpo, o del mundo exterior de las que habla Bleger. Están ahí siempre y de acuerdo a cómo están distribuidas, uno va a escuchar.. .y va a escuchar qué explicación se hace el paciente de lo que le pasa. A mi tampoco me gusta lo de "enfermedad", pero sí de lo que le pasa, sí del problema que tiene o... el padecimiento (S: padecimiento), padecimiento es la palabra más adecuada. Padecer!!.

S: Padecer... sí a mi me.... Yo... me decidí más por esa palabra, porque tenía como la... no sé... lo sentía más como que poner esto de vivencia de enfermedad estaba más puesto el acento como en una mirada más médica, (R: Sí, el OPD-2 tiene un cruce entre lo médico y el psicoanálisis...), tiene sí...

R: Igual la palabra padecimiento es compleja, porque le da una cosa muy pasiva, ahí como lo decía Freud el cuerpo extraño que hay que sacarlo, no queda muy involucrada la propia construcción, como tu decís, del padecer (S: Claro!!). Es todo un tema, una problemática...

S: Sí, en otras investigaciones, más que nada en el ámbito de la enfermería, traté de buscar..., teorías subjetivas..., y ellos hacen una distinción entre sufrimiento y padecimiento. El sufrimiento, ellos lo toman como... está más asociado a un aspecto agudo, o sea, a una instancia de agudeza, (es una lectura) y el padecer es como algo mucho más complejo, no necesariamente tiene que ver con la cronicidad como el sujeto lo siente tal cual como lo siente ahora pero lo ha empezado a padecer desde distintas áreas, distintas esferas, algo que luego hace más ruido en una determinada esfera.

R: Yo pensaba en Freud, en la cuestión pasiva del sujeto que queda afuera. ..

S: Está bien, es algo que yo no lo había pensado... alguien que padece.

R: Alguien que padece es alguien que... que le pasan cosas y es más difícil de ver la influencia...

S: Y en realidad... la vivencia subjetiva es como un motor que pone en marcha también toda otra serie de consultas como para poder... paliar o hacer algo con ese padecimiento. Siendo efectivas o no, y ahí hay una actividad.

R: Claro!... Ahí tú puedes elegir (fijate), y no sólo desde lo médico, debe de haber un código, donde sufrimiento es una cosa y padecimiento es otra. Yo lo pensaba desde el punto de vista de la psiquis, que cuando uno padece algo, es menos presente de saber, qué es lo que le está pasando. Uno siempre dice que hay sufrimiento, cuando decías sufrimiento... es un sufrimiento que puede ser causado por uno mismo, por el medio, por el otro. Padecer, padecimiento, me da más la idea del cuerpo extraño del que hay que desembarazarse. (S: Claro!!). Que ahí en Freud... Freud marca un cambio paradigmático al darse cuenta que en realidad la persona era parte de... la construcción de su padecimiento. Que estaba enraizado en todas sus asociaciones y el analista no era como un cirujano que extirpa, sino que tiene que trabajar con todas esas asociaciones que crearon eso que pasó, hasta lo traumático, en el après coup.... Y que el sujeto construyó eso... formó parte de la construcción de lo que le pasa. Cuando es un paciente que viene y uno dice que tiene poca percepción de lo que le pasa ... o dificultades en la analizabilidad, es cuando dice, bueno.. “me pasó esto, yo no tengo nada que ver.. sáquemelo, sáqueme esto, quítemelo”.... “no quiero tener más esto”, y sin darse cuenta de todo lo que estuvo activamente participando él mismo a nivel del síntoma. Ahora yo me quedé pensando en lo de cambio, yo por lo menos lo que he visto ahora es... en la literatura... Cambio terapéutico, que es abarcativo y puedes meter cualquiera cosa, cambio terapéutico, cambio sintomático, que es la remisión de síntomas (y que por mucho tiempo el psicoanálisis lo miró como una mala palabra) y ahora voy a esto, cambio estructural o psíquico, que cambio psíquico es más que el cambio terapéutico. O sea, también hay cambio psíquico a lo largo de la vida y no sólo a través del proceso terapéutico... y tiene que ver con lo estructural y lo que se define como estructura, de acuerdo a en qué teorización estés parado. Para Freud tiene que ver con el aparato psíquico, con su primera y segunda teoría del aparato psíquico: ello, yo y supery, como instancias en la segunda teoría, y consciente, preconsciente e inconsciente, como sistemas en la primera... Para Lacan tiene que ver fundamentalmente con las estructuras psicopatológicas, que a su vez tienen que ver con la perversión, la psicosis, la neurosis y de ahí podemos seguir años... en relación a cómo define cada teorización la “estructura”. Pero nosotros, desde la teoría psicoanalítica, lo que intentamos es conceptualizar el cambio psíquico como objetivo de la psicoterapia psicoanalítica. Hay una revista muy buena de la APA, con artículos interesantes de autores que hacen un desglose de lo que se entiende por “cambio psíquico” y eso es lo que yo hice y lo que quería hacer (pero que evidencia que lo que estoy buscando parece que no es eso). Entonces cuando vino el

Prof. Clarkin a trabajar con nosotros, nos dijo que en realidad no hay que desechar para nada el cambio sintomático, porque muchas veces para el paciente es importantísimo, y además porque un cambio sintomático puede producir cambios a nivel psíquico. Por ejemplo a un niño con enuresis, que la enuresis deje de persistir, o sea, que ya no padezca más enuresis, de repente eso puede tener que ver con la autoestima... con movimientos a nivel de las estructuras. El cambio sintomático puede preceder al cambio psíquico estructural. A veces, justamente se veían los cambios sintomáticos, que nosotros decíamos que cambia un síntoma por otro, pero no se atacan las causas y seguía persistiendo el síntoma en otro lado, la enfermedad sigue persistiendo, pero no se ataca a la causalidad. Sin embargo creo, que el cambio sintomático puede servir. Lo que no puedes es comparar cambio sintomático con cambio estructural, porque son dos cosas diferentes. En general, las terapias de ciertos tipos, se basan más en los cambios sintomáticos, cambios de conductas, actitudes y al psicoanálisis, lo que más le importaba, era el cambio psíquico. He aprendido últimamente que son necesarios los dos.

S: Claro, porque ahí me parece Rosa, a ver.. me parece como poner el acento como en una cuestión más de entender la subjetividad, más que sólo psiquismo no?, o una mirada más desde lo endopsíquico. En cambio, esto que vos decías, (que me parece muy interesante) no descarta la posibilidad de una revisión sintomática y los efectos que puede tener en el funcionamiento psíquico del sujeto, es muy importante, porque acá está lo subjetivo. En este mismo ejemplo, si yo me pongo a pensar, donde traes... un niño que remite la enuresis, entonces, empieza un aumento de confianza en sí mismo, aumento de su autoestima, de sus aspectos más narcisistas y no como herida, va a producir un efecto a nivel del entorno, con movimientos de mayor integración, tal vez... un modo de relacionarse con el entorno tanto de pares como con los adultos.

R: Sí, al estar menos rechazado por los padres, al haber menos enojo de los padres, entonces... sí, sin duda. Y ahí estaría también lo que Krause habla del "cambio genérico, inespecífico" y el "cambio específico." Que hasta esta altura..., las investigaciones trataban de buscar qué era lo específico de cada corriente... y en realidad se ve que todas las terapias producen cambios, pero las psicodinámicas producen cambios más perdurables y de más largo alcance. Pero a mi me parece muy interesante... lo que ella llama factores comunes, o factores genéricos de cambio y los indicadores, me parece muy interesante. Cómo ella se posiciona y dice que va a trabajar con el modelo de investigación cuantitativa, no sé si tu viste después, que los trabajos de ella están llena de fórmulas. En una parte de lo cualitativo está lo cuanti...

S: Sí es que hay como una... visión en.. de darle a lo cualitativo como un sustento, bueno no sé si sustento pero como una cierta generalización, ahí va una cierta generalización.

R: Sí, generalización y comparar, la posibilidad de comparación. La generalización de los conceptos, sistematizarlos.....,

Y ya que estamos hablando de generalización, también podemos hablar de focalización... focalizar la vivencia subjetiva del sufrimiento de padecimiento ayuda a focalizar también, plantear el foco. Que el foco no es lo que siempre entendemos nosotros desde la psicoterapia breve, sino ver dónde se pone el acento para ver dónde se puede trabajar con esa persona también. Permite focalizar y ver cómo se puede aprovechar el tratamiento lo más posible, se tienen X sesiones y donde está el foco?... Eso nosotros lo hacemos sin darnos cuenta, (nosotros en el SAPPA), y que.... nos da un alto grado de afianzamiento, adherencia al tratamiento. Los pacientes no suelen dejar el tratamiento, no abandonan el tratamiento, porque como nosotros hacemos un trabajo de construcción de la demanda y derivación (que se instrumenta en un máximo de 12 consultas, 12 sesiones, si es que luego se deriva a un proceso psicoterapéutico), por lo cual los pacientes van a terapia con un espectro trabajado. Los terapeutas (que pueden trabajar hasta un año con ellos), los reciben y saben qué aspectos están como más focalizados y le hace rendir más el tratamiento ... Te sirve el trabajo previo a la derivación, para que el paciente sepa cuáles son sus vivencias, qué problemas piensa que tiene, cuáles son las causas, qué obstáculo puede tener para... qué es lo que uno siente que el paciente tiene, que es la contratransferencia, qué es lo que el paciente transfiere, entonces todo eso te sirve a la larga en beneficio de focalizar y que el tratamiento sea más accesible y que el paciente tenga accesibilidad al tratamiento. Eso lo hablamos mucho con Gabriela Montado, en relación a los que les pasa en el Clínicas, en la Policlínica de Psiquiatría, y que tuvieron que armar un dispositivo, una entrevista o entrevistas previas, donde se trabaja más a fondo la derivación para que aprovechen el tratamiento psicoterapéutico al cual son derivados, porque no llegaban o llegaban o a las pocas sesiones abortaban, con el siguiente ausentismo... lo que se convertía, en realidad, en una falla en la accesibilidad al SAPPA.

S: Bueno ves, esa fue lo que a mí me motivó en la población que yo apunto que son los adolescentes. Porque ... justamente lo que yo... lo que nosotros veíamos era... primero, los adolescente consultan, en realidad la mayoría son traídos por los padres pero hay otros que no que vienen por instancia... por motivación personal, o los que son traídos por los por padres de alguna manera pueden engancharse, pero en esta modalidad que ahí aparece en el texto (por eso fue lo que más me llamó la atención en el artículo que tenías tu con Bernardi), donde entender que el motivo de consulta se escucha e inmediatamente se trata de ver qué asociaciones pueden tener como con una significación más preconciente y creo que eso aleja un poco, sobre todo al paciente

adolescente que viene como (no es muy técnico lo que voy a decir...), viene con otra cabeza. Donde no hay un diálogo, un lenguaje común. Entonces dicen.. “qué me salís con esto?”, no?, (R: o uno cae en interpretaciones...) o un acercamiento ni te digo interpretación, apenas un señalamiento, lo viven como con extrañeza ... me llevó a pensar eso también, el poder trabajar como un dispositivo, o como un aporte a la técnica, esto de las vivencias subjetivas, empezar a crear como un lenguaje común, facilitador de un vínculo.

R: Eso es lo que hacemos y los terapeutas nos lo devuelven, que vienen preparados de alguna manera de otra forma...Nosotros recibimos muchas veces un papelito que dice: “pase a psicoterapia”, generalmente de un psiquiatra, y ahí evaluamos realmente si es el momento adecuado, si necesitan el tratamiento psicoterapéutico o no, o si hay que construir una demanda, un trabajo de construcción de la demanda a psicoterapia, y van de otra manera. Ahora yo lo teorizo de esa forma, pero lo que hacíamos era como una preparación, porque veíamos que si no ... fracasaban, faltaban o abandonaban. Nosotros tenemos un bajísimo índice de ausentismo... Con algunos usuarios es claro que están prontos para ser derivados a psicoterapia, y es su deseo, pero con otros hay que construir una demanda, hacemos un trabajo de construcción de la demanda... Yo pienso que tiene que ver con eso. Hay un objetivo teórico pero clínico también, diagnóstico y clínico, de mejorar la calidad de la atención. Y que realmente haya una accesibilidad, (dirían las políticas sanitarias) a los servicios de salud y aprovechar los dispositivos que se ofrecen, porque si no se quedan por el camino. Y ahí es una inadecuación del profesional a lo que le pasa al paciente y en el adolescente es paradigmático... Claro!... uno piensa que es el adolescente y en realidad es que uno no ha revisado los recursos como para poder acercarse a él ...

S: Esa es un poco la fundamentación que yo hago, porque justamente lo que vi fue esto que vos estabas trabajando en otro lado ya con el dispositivo mismo del SAPPA, digo, en población adolescente es como básico, porque digo, a ver... por las propias particularidades también de la adolescencia actual inclusive.

R: Más aún...Nosotros lo hacemos muchísimo con los adolescentes porque bueno, muchas veces los traen los padres y no hay una motivación del adolescente, y si pasa eso, no podés trabajar, bueno... una motivación y un deseo de hacer un trabajo. Creo que es mucho peor ponerte a trabajar, que dejarlo para otra instancia, o sea, como ir...en realidad trabajando si quiere o no quiere trabajar, emprender un proceso. Lo que si se deriva a psicoterapia son los pacientes que creemos que les va a servir. Todo esto fue mucho ensayo y error, ensayo y error pero mucho pienso, mucho pienso. También hay

otras cosas, la transferencia a la institución por ejemplo... (S: ahí está); eso es otra cosa.

S: Mariane lo trabaja muchísimo eso no?, cómo acceden a los servicios de asistencia. Cómo es que se viene. Por eso es lo que yo te decía... que eso es otro factor que también puede estar como operando (me da la sensación), en esto que vos decías la confluencia de una vivencia subjetiva, porque a ver dónde, cómo, las referencias, etc, etc., también es ... No es sólo que lleva a acudir a un determinado lugar, sino que le da sustento a cómo es que se siente y el vehículo por donde lo va a canalizar.

R: Sí y en este momento el servicio ya tiene 13 años de trayectoria y es un lugar de prestigio. Y eso mismo ya crea como una transferencia positiva, que facilita la tarea. Yo me acuerdo que... (tú no conociste a Tomás Bedó no?), fue un psicoanalista grande y amigo además, y él decía que se preocupaba cuando un paciente lo esperaba años a que quedara con una hora libre. Eso entendía que era algo que iba como en contra de un tratamiento, como una idealización, demoraba la posibilidad de empezar a trabajar.

S: Porque ahí está todo lo de las expectativas, que es otro aspecto, creo que se pone en juego.

R: Las expectativas, las proyecciones y las identificaciones proyectivas, esto de... si yo me analizo con fulano que está muy prestigiado.. esto es un aspecto de la resistencia muy importante, en general pasaba con los psicólogos o médicos que querían hacer la carrera en psicoanálisis... Eso lo veíamos en lo que se llama "patología de la contratransferencia". Hay una Revista de psicoterapia de AUDEPP, sobre la contratransferencia, donde hay un artículo de Bedó excelente

S: La revista es "Contratransferencia?"

R: Si, él presentó un trabajo en un Congreso de ADEPP, donde desarrolla el tema de la contratransferencia, y es un artículo que yo lo trabajo con los estudiantes siempre. También tiene un trabajo de insight, viejísimo y a la vez tan actual... en los aspectos emocionales, vivenciales... A mi me gustó mucho lo de la vivencia subjetiva, pero me voy a tener que enfocar más en la percepción de cambio...

S: Por qué, qué diferencia está en esto de la percepción y la vivencia subjetiva, el acento de la diferencia dónde está?

R: No sé bien, pero Mariane tiene una cosa muy sólida, está la investigación cualitativa pero tiene lo cuantitativo, analiza todo... Sabés que D.M., en su tesis... en relación a la regulación del afecto, hizo 87 entrevistas videograbadas. Tiene un enclave psicoanalítico, de la neurociencia y de lo cuali-cuanti., impresionante. R: qué otras preguntas sobre las vivencias subjetivas?.

- S: No, todo lo que yo tenía pensado lo conversamos muy dinámicamente.
- R: Pero me parece que para las entrevistas semi- estructuradas, como ésta tenés que tener un guión como para después comparar...
- S: Bueno, esto de que tiene alguna importancia la vivencia subjetiva... este, de un sujeto en relación a su padecimiento psíquico, porque?, para qué?. Lo estuvimos hablando... (R: el padecimiento..), el modo en qué vive el sujeto su padecimiento de qué depende?, (R: ahí tomaría también las series complementarias de Freud que también fue un pionero, ¿no? Y Bleger con el área de la mente, del área del cuerpo y del el mundo exterior.
- S: Hay factores que inciden en las vivencias subjetivas en referencia al padecimiento?. ¿Cuáles podrían ser las relevantes a partir de la experiencia?.
- R: Esto que te decía... lo histórico- vivencial de cada uno, lo que tiene que ver con la biología, lo que pasa a través del cuerpo también y bueno lo social, cultural, lo económico... Bueno... para eso Winnicott, Freud y Klein, los autores tradicionales son un puntal y ahora todo lo que tiene que ver con el psicoanálisis relacional. Bueno... También Kâes (con lo trans y lo inter), Puget y Berenstein... con la estructura vincular, no es lo mismo que ... La que trabaja mucho lo vincular, es esta mujer, Jessica Benjamín, ¡excelente!.El psicoanálisis relacional pone entonces mucho en lo relacional y la alianza terapéutica...
- S: Lo otro era si motivo de consulta es lo mismo que padecimiento psíquico.. (R: No). El pensar sobre en las teorías subjetivas y las vivencias subjetivas que tiene el sujeto en relación a su padecer, implica un cambio de paradigma en referencia a cómo entender el funcionamiento psíquico?...que era más o menos lo que habíamos... que tú lo enfocaste desde el cambio psíquico (R: Sí, sí).
- R: Esto de que sea un cambio de paradigma puede ser cuestionado o no porque se puede decir que siempre se pensó de esa manera... de lo psíquico, que lo que encuentra con estas teorías que dan un paso más que lo puedes concluir con un autor, con otro autor, que lo van... complementando, pero me parece que el psicoanálisis habla más de lo inconciente. Por ejemplo, hay quienes critican a Hugo Bleichmar por la introducción de lo motivacional, que entienden que no es psicoanálisis, pero también él trae todo lo observacional. Aún cuando Freud, si bien trabajó con el inconciente, planteó que llegamos a través de la conciencia y no lo trabajamos mucho y hay un trabajo incompleto de Freud sobre ella ... Freud había quedado corto en el trabajo con la conciencia. Entonces me parece que todo eso, pensar el cambio de paradigma... bueno habrá que ver de dónde partimos y a donde llegamos, para el cambio paradigmático. Si uno lo va enfocando como viendo lo que los diferentes autores fueron abriendo el campo de lo que era lo intrasubjetivo solamente, capaz se puede pensar que se está en el mismo

paradigma pero avanzamos un poquito. No sé si se puede hablar de un cambio de paradigma, no sé si entandés. (S: sí entiendo...). Si uno va dejando afuera todo eso sí, pero si uno va como armando una teoría subjetiva con varios autores... y con lo que uno tiene y el paciente tiene como teoría subjetiva de lo que le pasa, capaz que ahí no hay un cambio de paradigma, depende lo donde partís.

S: Quieres quedarte con esto?. Miira, te lo mando porque este está todo rayado, pero te mando el proyecto de tesis...

R: Y yo te mando el mío que no me sirvió, je, je.... Mirá, el padecimiento no puede ser nunca el motivo de consulta, nunca! Ahí si hay un cambio paradigmático, ni el manifiesto, ni el latente ni nada... el problema tampoco, por qué?, porque acá está en juego cómo lo percibe el sujeto.

S: Cómo lo percibe, cómo lo explica, cómo lo... qué justificación le da!, y qué soluciones hipotéticas puede manejar.

R: Eso por el lado del paciente, por el lado del terapeuta también!. Cómo entiende ese padecimiento de ese paciente y un tercer nivel es qué se produce entre los dos!. Una sintonía, un interjuego, un contrapunto como diría Bedó, entre uno y otro... Ahí es como empiezan a tallar los encuentros terapéuticos entre el uno y el otro. Lo que pasa es que Pero son preguntas muy sustanciosas. ¿Quién te va a decir que es igual?... bueno. puede haber gente que no haya trabajado con la experiencia subjetiva...

S: Está tan difundido en realidad dentro de... de, los terapeutas esto de entender las vivencias subjetivas y el padecimiento o las teorías subjetivas que hay atrás de un padeciemento psíquico?, lo toman más por lo que consulta y enseguida voy a tratar de entretejer una explicación (primaria, no?), (R: Sí, sí.... Yo hace unos años que empecé con lo del OPD-2...). Bueno yo te contaba desde el comienzo, arrancó en mí desde ahí y tratar de observar y qué pasaba en la Policlínica no?. Y de ahí surgió esto, porque tenemos una fuerte significación de darle una explicación inmediata aunque uno no lo comunique de forma inmediata, uno hace un entrelazado interno desde lo teórico nuestro desde lo vivencial.. lo transferencial y contratrasferencial.

R: A mí el OPD-2. más que herramienta en sí, me despertó una mayor agudeza clínica. A restringirte a qué es lo que le pasa a ese paciente y no meter tanta teoría. Para eso es muy bueno el Modelo de los tres niveles de Ricardo Bernardi, Marina Altman que integran un grupo del Comité de investigación de la IPA, para evaluar las transformaciones del paciente en su tratamiento. Me ha permitido utilizar aspectos desarrollados en el mismo en la clínica, en las supervisiones, en los ateneos. Fijate que muchas veces se dice algo atribuido al paciente, y uno tiene que decir: "bueno, un momentito! ¿en qué lugar del material del paciente ven que le pasa esto?". No sé si te ha

pasado, a mi me ha pasado... en un ateneo o intercambio clínico que si vemos un paciente depresivo que habla de la madre diciendo que “era como una especie de fluido que no podía interesarse en él, que estaba siempre en otra..” Tá!, entonces.... Eso es lo que dice el paciente, entonces uno trabaja ese material y aparece alguien que dice. “porque sí... (la famosa heladera, la madre heladera), ese fluido es como que fuera un fluido que se congela una heladera...”, aparece otra persona y no alude a lo que dijo el paciente, sino alude al otro y se produce un entramado donde el paciente quedó perdido por el camino. Eso no es la intersubjetividad; eso es perderse la vivencia subjetiva del paciente, tiene que ver con asociaciones libres que bueno, tá!, nos puede servir para un montón de cosas pero no para entender a ese paciente. No sé si está con esto. Por eso en las supervisiones (yo superviso en el IUPA y otras supervisiones, particulares mías..) planteo, cuando mencionan algo no referido por el paciente: “bueno, ¿y eso dónde está?. Y no sólo de lo que dice, sino también de lo no verbal y eso es una patología de la contratransferencia. Me acuerdo patente de un paciente que hablaba de un reino, de vivir en un reino, etc., etc. Y en vez de ser el reino pasó a ser el rey, y el paciente no habla del rey, habla de un reino, porque vivir en un reino puede ser plebeyo, el rey o lo que sea, entonces como que sin darnos cuenta vamos a la rápida significación que es más nuestra. Y el Modelo de los tres niveles te vuelve como una brújula al material clínico. A mi lo que me permitió fue una agudeza clínica, para ver mejor al paciente!.

S: Bueno, muchas gracias!.

R: Me encantaría ver tu proyecto y te mando el mío.

S: Sí, este está todo rayado pero te lo mando por mail.

9.1.2. Ricardo. Bernardi 30.10.2013.

R: Bueno, a qué te llevó a esto?.

S: Bueno, acercándome a esto y leyendo bibliografía con respecto a las vivencias subjetivas y las vivencias sobre la enfermedad, me di cuenta que en población adolescente, poder explorar sobre eso y empezar a trabajar desde ese lugar, permitía como un lenguaje común...

R: Claro, sí, sí... estoy de acuerdo.

S: más en población adolescente, no lo dudo en adultos no?, pero en.. me permitía como ese lenguaje común y el poder acercar y afianzar el vínculo, para poder después acercar otro tipo de significaciones, no?. (R: sí, si..). Me pareció que podía ser como una herramienta técnica importante, por eso fue que me pareció, que....

R: Mirando el Proyecto de tesis y su calendario: Yo entraría acá en entrevistas a informantes calificados!?.

S: ahí está!. Me gustaría conversar algo!!, (R: decime!!)... Si este enfoque de pensar las vivencias subjetivas en relación a la enfermedad de un sujeto que consulta, implica un cambio de mirada, yo diría hasta epistemológico. A ver en qué sentido?. En muchos momentos y desarrollos, hemos visto la necesidad de ver o entender el funcionamiento psíquico más como en un lugar con el acento en lo endopsíquico, por ejemplo y me da la sensación de que (R: lo endopsíquico en qué sentido?), en lo intrapsíquico. Me he dado cuenta que con esta mirada, (no lo sé es para compartir contigo esta percepción, R: sí, sí) poner el acento en esto de las vivencias subjetivas es poder cambiar el acento, en qué sentido?, en el sentido de que hay otros factores, distintos factores, que se ponen en fuego para conformar las vivencias que tiene el sujeto y los modos que tiene de explicar su sufrimiento, por ejemplo, no?. Amplía el espectro con la acción que se puede hacer con un proceso terapéutico, por ejemplo. Que no queda sólo en la mirada de un cambio psíquico, sino en el orden de un cambio subjetivo, me explico? (R: sí, sí). El punto de mirada es distinto, se entiende mi pregunta?.

R: Claro, qué cambios implica?. Epistemológico?..., (habría que ver en qué sentido), lo que tú decís es que implica darle otra importancia a lo que el paciente piensa conscientemente, es en ese sentido lo que me preguntas?.

S: Sí no sólo conscientemente, si en parte sí.

R: Para ubicar bien la pregunta... Tú decís prestarle atención a cómo el paciente vive su problema, padecimiento o su problema, qué tipo de cambio es?, algo así?.

S: Sí. Me parece que poder entender la vivencia del sujeto y sus explicaciones en relación a eso, qué puede justificar o entender y de distinto orden, que puede estar justificado desde

lo mítico, desde un acontecimiento específico, por su historia, bueno, no sé... (R: y desde lo somático), ahí está.. y trabajarlo desde ese lugar, (R: Como empezar por ahí), empezar por ahí donde después del trabajo terapéutico le daría una nueva significación, una mejor reubicación, no sé si mejor pero otra reubicación, de lo que le padece, aumentando otro tipo de entendimiento, que iría desde lo psicológico, implica un cambio en el sujeto de cómo entender, de acuerdo a cómo lo entendía y a cómo termina. Y eso me da la sensación de que implica un cambio terapéutico, y no sé si pondría el acento en un cambio psíquico, no lo sé. Porque estoy mirando desde lugares diferentes, se entiende?. Si hablo de cambio psíquico puedo entenderlo si sigo una línea tradicional psicoanalítica, de un cambio de estructura, y acá se trataría de otra cosa. (R: De qué otra cosa, ahí es donde me pierdo), una significación, más psicológica más desde su historia, (R: un sentido en la historia es psicológico?), por supuesto pero no necesariamente redunde en un cambio estructural por ejemplo.

R: Claro, vamos a tener que ir definiendo todas las cosas, para saber si exactamente hablamos de lo mismo, porque.. un asunto es verdad que muchas veces (hasta en la práctica), el terapeuta queda como el que sabe lo que le pasa al paciente no precisamente preguntarle demasiado qué es lo que él piensa, por qué le pasa, cual es la naturaleza de lo que le pasa, qué se yo... sino que va a las causas y ayudarlo, sin tomar en cuenta cómo él se lo va formulando sobre su padecimiento, trastorno, problema. Ese es un tema, podemos hablar de qué cosas influyeron de ese cambio de perspectiva de decir, no! Jerarquicemos lo que el paciente mismo piensa. No se si ese es el tema que te interesa, porque en ese colaboré....

S: ese movimiento me parece, porque uno la formación que ha tenido y por la que he pasado yo también... sí uno explora por lo que ha venido el paciente, pero uno lo da como una significación inmediata, si bien no se la comunica al paciente (R: uno se queda con la de uno...), ahí está, no sé si me explico...

R: ver sin saber bien si uno va acompañando al paciente o no. En esto... en esa jerarquización, porque esto tiene que ver con otro tema que me gustaría hablar que son los procesos de subjetivación en la adolescencia, uno de los temas de porque el término subjetivación agarró fuerza.. Porque esto ocurre más propiamente como un fenómeno muy adolescente, de la estructuración de cómo la persona se ve asimismo y de su relación con el mundo. Esto también es un fenómeno muy adolescente, me parece muy lógico darle importancia en el momento en que esto está como ocurriendo que el adolescente empieza preguntarse quién soy yo y de una manera distinta, al niño o al adulto que de alguna forma, está identificado con ciertos roles o ciertos aspectos. Ahora, esto viene de varios lados, en psicoanálisis hay algunas corrientes, la kleiniana era muy

claro pero también la lacaniana, que ponen muy el acento que lo que importa es lo inconciente. Uno se va como directamente al inconciente. Otras (que acá tuvieron muy poca entrada), como la ego psychology siempre dijeron que había que ir de la superficie a la profundidad. Entonces exploraban y prestaban mucha atención a que el paciente y el analista tuvieran una alianza terapéutica, de trabajo y de entendimiento mutuo de cosa que no se despegaran e ir avanzando poco a poco de la superficie a la profundidad. Y creo que esta posición, tiene más sentido común y sobre todo, en situaciones de crisis, de adolescentes de psicoterapias.., o de enfermedades orgánicas, o cuando hay un desentendimiento de partida. Yo estoy totalmente de acuerdo que hay que partir primero que nada, de ver si uno tiene paciente, o sea, si el que está en frente se considera que está tratándose por los mismos motivos que piensa el terapeuta y que cosa lo puede ayudar.

S: por lo pronto en una misma sintonía (R: en una misma sintonía..)

R: Ahora, esto no es que sea más intrapsíquico o menos intrapsíquico, son corrientes psicoanalíticas que ponen el acento en cosas distintas. Una de ellas acá tuvieron muy poca entrada, entonces parecen que como no fueran del psicoanálisis, pero eso es por una parcialización de la imagen del psicoanálisis. Si uno dice una mesa de acá para acá... si está acá no es mesa (señalando sobre el escritorio), pero si uno mira bien la mesa tiene una extensión. Entonces yo creo que a veces eso confunde porque uno toma una visión parcializada. Eso siempre estuvo en la tradición de..., ya desde Ana Freud, los mecanismos de defensa ir trabajando todas las maneras de como el paciente puede negar y qué se yo. Entonces es como ir traba... a esto se junta, (yo creo también) que un interés mucho mayor en el campo de la psicoterapia, de la medicina, por los fenómenos culturales.. y las diferencias que existe a nivel de la cultura, eso tampoco entró mucho acá. Pero sobre todo en el DSMV en la sección tercera, (que es la más interesante porque las otras son prácticamente iguales a las del DSMIV), en la tercera hay todo un énfasis que eso te puede interesar, en los aspectos culturales, porque acá en el Uruguay, tenemos una cultura más o menos homogénea culturalmente, a lo más marcadas por diferencias de clase o nivel social pero distinto si te toca un umbandista o de una secta. Donde está convencido que lo que le sucede tiene que ver con su vivencia. Eso generalmente, no llegan a terapia pero existen.. O el lío clásico en el hospital cuando llegaba un paciente como los Mormones que no querían una trasfusión. Porque pensaban que estaban en contra de la biblia. Era todo un lío de hasta donde había que respetarlo. Todo este fenómeno de comunicación cultural, (es más amplio de lo que estamos hablando) pero que forma parte de un marco de decir, "ojo que.. cada persona tiene su propia cultura, su propia cosmovisión, de ver el mundo" y a veces hay

fenómenos culturales que nos los estamos pasando por alto, o creencias, todo el tema de las Representaciones Sociales, es todo un campo... Incluso en la Medicina Basada en la Evidencia- MBE- (que hay un movimiento muy fuerte), se la ve que insiste en solamente lo científico, digamos, en que haya investigaciones científicas, que prueben que tal tratamiento es (S: como en los resultados....), no es así, Zacket (no si tu lo viste, que fue el que lo planteó, tú lo leíste sino te lo saco y te doy la referencia), no es así, dice que la MBE, si bien se basa en la mejor evidencia que se basa en la investigación científica, pero también en la experticia de la experiencia clínica, pero también en tomar las creencias y los valores del paciente. Y eso es como que se dice la MBE es sólo estadística y evidencia basada en resultados, no!, toman en cuanto valores y creencias del paciente. Entonces te quiero decir que por distintos lados... la idea de que... y todo el tema de la bioética (ese es otro campo muy amplio del consentimiento informado, cómo diablo atendés!, cómo una persona se puede atender.. sin su consentimiento informado. El consentimiento informado implica, informarlo y entender de qué lo están tratando, sobre qué lo están tratando y porque lo están tratando de esa forma y no de otra. Y eso es un derecho del paciente.

S: Y eso se toca, siguiendo con lo que tu decís, hasta lo que el paciente pueda pensar sobre su padecimiento, no? (R: Claro!!), por lo pronto en un primer movimiento.

R: en qué piensa, a qué se debe, qué lo causa.. Cómo piensa que se cura, qué lo ayuda y qué no.. Entonces desde la Bioética, hasta el tema cultural y hasta el tema de la MBE, por todos se fue dando la importancia a qué... y además otras corrientes (que acá no llegaron tanto), que son las corrientes relacionales (aunque ya estaban la idea en Pichón de vínculo), jerarquizan... lo relacional, lo intersubjetivo, lo interpersonal (tienen varios nombres..) pero jerarquizan mucho, que se trata del encuentro de dos personas que tienen que ser debidamente tomadas en cuenta las dos, porque se trata de un fenómeno intersubjetivo que se da en el encuentro entre dos subjetividades.

S: Sí eso tiene como la repercusión desde lo técnico no?, porque justamente... eso es un poquito también.. Porque para tomar este ejemplo que tú decías de mucho más acentuado... qué lenguaje además de alguna forma puede ser como común... acercarse para entender además a un paciente cuando hay justamente toda una religión que pueda explicar algo no? Y estar el paciente posicionado en eso no?... A veces los discursos pueden ser como muy distintos y justamente, no facilitar (bueno, no facilitar no sé), tal vez no ser tan fácil una alianza para poder trabajar.

R: Claro, claro!!, lo otro que tú me preguntabas el cambio en la concepción de la enfermedad... y cambio estructural en el funcionamiento mental, claro... no es lo mismo porque una persona puede salir muy aliviada porque fue a una secta que le dijo que eso

era un problema del demonio y ahora está cerca de dios porque contribuyó a la iglesia y todos rezaron con él, y puede sentirse mucho más aliviado (por un efecto de sugestión o placebo, lo que quieras) y pensando que está libre de ese demonio que está puesto en él... y sin embargo no hay un cambio en el funcionamiento mental. Puede cambiar el sistema de creencias (S: Ahí está)...

S: era un poco la intencionalidad de la pregunta que había hecho...

R: yo vi algunas personas en terapia, que la convencieron que la culpa la tuvieron los padres, de todo lo que le pasa y que ahora, una terapeuta bueno o un terapeuta bueno, le va permitir sobrellevar todo lo mal que los padres le causaron. No es tan distinto a ese de la secta, pero la persona no cambia su modo de funcionamiento mental. Por eso yo creo que el cambio estructural tiene tantos sentidos que es complicado pero básicamente el sentido, (eso lo desataca la escala de Heidegger), es que la persona pueda experimentarse de otra manera, y que pueda experimentar la vida de otra manera, es un cambio a nivel del modo de experimentar la vida, no un cambio en creencias... Ahora en compartir cosas comunes con el terapeuta, son como... Compartir... a veces es muy interesante, yo por ejemplo con pacientes, muchas veces les digo: "bueno, acá tenemos algo que vemos distinto... ud lo ve de esta manera yo lo veo de esta otra..., bueno vamos a seguir trabajando y vamos a ver a donde nos lleva cada una de estas cosas. En este punto parece que no coincidimos, esto lo ve como un logro y yo lo veo en realidad..., como que no está tomando en cuenta tal otra cosa... que esto significa...". Sobre todo en cambios defensivos, en actitudes muy defensivas, donde piensan que no pensar en algo es un avance, o que... o que en el adolescentes hacerse los grandes, es dar como solucionado un problema, "bueno tú estás viendo sólo un aspecto que puedes pero me parece que tenemos que ver este otro aspecto que no cambió, o que te hace sentir de tal manera". Sobre todo cuando hay aspectos disociados. Entonces me parece que como reconocer los puntos de vista distintos, ... (S: es también darle el lugar al punto de vista del paciente...).

S: me parece que muchas veces creo, que con un tipo de señalamiento o algo, a veces sólo ponemos el acento en uno como terapeuta, y que se trasmite como que "ese es él" (R: ese es él ...) y queda como el sujeto (paciente) con todo lo que trae como desdibujado o, eso no era. Entonces me parece que... logré percibir, que el ir pensando sobre las vivencias subjetivas, las explicaciones que da, como el modo de acercarse a... es darle un lugar distinto no?.

R: Hay un tema interesante en relación con esto... cuando entra el cuerpo en juego, es muy interesante porque en algunos pacientes, prefieren pensar que su problema o enfermedad es orgánico. Pero también vienen otros con problemas que son muy

complejos, multifactoriales que tienen un aspecto somático importante y que quieren convencerse que es todo psíquico y que muchas veces el terapeuta, teorías parciales o muchas veces sin fundamento, le dan manija, todo se va a mejorar (S: con el psiquismo), con el poder de la mente. No es el poder de Dios pero es el poder de la mente, va más o menos por ahí, son formas de sanación, más mágicas que no tiene en cuenta la complejidad del fenómeno que puedan influir factores de estrés, de determinismo inconsciente, también que pueden haber factores biológicos en juego, muy evidentes. Hay que atender cada parte del problema. Entonces ahí muchas veces hay una negociación en torno a qué es lo que estamos tratando.. (S: también en qué momento, no?), en qué momento... pero parece que saltarse y seguir adelante como que estuviéramos de acuerdo no sirve, más vale ir poco a poco explorando esos temas a medida que van saliendo y como avanzando juntos. Ahora, el cambio... muchas veces, hay una cosa que dice la escala de Heidegger que también está en la base de Krause y que me parece cierta, es que hay un primer momento que antes se llamaba de una forma graciosa, egodisitonización, de lo egosintónico, que era de la psicología del yo. Egosintónico quiere decir que está de acuerdo al yo y la persona, el que hizo caca no se huele, la persona no percibía su propio problema. Después empezaba a darse cuenta que había algo mal en eso, y lo ponía peor cuando veía que no lo podía cambiar voluntariamente. Eso es como en la escala de Heiderberg como en los niveles primeros o iniciales, de cambio estructural. Primero darse cuenta que algo no está funcionando, eso se ve mucho, eso se ve mucho en personas por ejemplo que están con mecanismos casi adictivos al trabajo que llevan como a negar todo un aspecto... bueno, los adolescentes... que las conductas impulsivas no las perciben como problema. (S: y donde hay todo un sostén... no sé si sostén pero un clima cultural que es facilitador) Claro!!, y cuando dijimos tema cultural (yo voy saltando de un tema a otro), (S: No está bien porque te voy siguiendo y ya vamos respondiendo algunas cosas...) cuando dice el tema cultural, referida a grupos étnicos, pero cada familia tiene su cultura y en el adolescente...., los padres, hay adolescentes que vienen porque no pueden salir del mundo de sus padres que a veces puede ser un mundo paranoide, o un mundo muy restringido o un sadismo de un mundo superyoico, o un mundo de desorganización, entonces este.. o un mundo de irrealidad (estoy pensando en algunos casos) y que el adolescente empiece a tomar conciencia que hay otra forma de ver las cosas que no tiene que ser con la del terapeuta, que tiene que ser la propia, pero que se dé cuenta que hay otra gente que ve el mundo de otra manera alrededor de él, es como salir de un fanatismo, es también un cambio cultural, es admitir... en el fondo tiene que ver con Fonagy y otros, hablaron como con mentalización, o acción reflexiva, en el sentido de poder entender qué pasa en otras mentes. Esto no es sólo de una manera, de una manera lo veo yo pero que el otro lo ve de otra, pero eso hay que ponerlo

en práctica en la terapia misma. Es admitiendo que el paciente tiene su propia... eso lo trabajó también Emilie Shwagger por ejemplo. El punto de perspectiva, el punto donde uno se sitúa para ver las cosas. El paciente las ve de una manera y uno las ve de otra. Y gran parte del trabajo terapéutico es cómo acercarse al modo en que el paciente ve las cosas. Eso no es sólo en las entrevistas iniciales, (S: es en todo el proceso), es en todo el proceso de irse acercando a lo que el otro ve. Y cómo nos ve el otro a nosotros.

S: Sí, sí y esto en relación, también estaba pensando ahora, (tal vez me voy alejando un poco), pero también poder trabajar por lo que el sujeto viene, ir acercando-nos junto-con-el-paciente, a distintas formas de entenderlo, es como una construcción no?, es como una construcción conjunta con el paciente, de distintos modos de...

R: el término construcción puede tener varios sentidos... (S: a ver?, si...). En cierto sentido, Pablo Jiménez lo define así, en la terapia se co-construye una narrativa sobre lo que pasa, lo que está pasando, sobre lo que le está pasando al paciente sobre lo que pasa en la sesión, los problemas. Y es co-construida sobre el paciente y el terapeuta, hay una co-construcción narrativa sobre el padecimiento, sobre.. como uno va evolucionando. Esto es muy difícil en el paciente fronterizo o borderline porque vaya uno a armar una narrativa, porque hay fragmentos de narrativa, muchas veces que, es como armar un rompecabezas que las piezas no encajan bien. En ese sentido se co-construye una narrativa entre ambos. Ahí hay otro tema, salen otros temas, ahí trabaja Beatriz (mi señora), es el uso de las metáforas. Porque nos entendemos con el paciente con metáforas. Hay metáforas compartidas y que marcan un tratamiento. Algunas son ya vulgares (S: si populares, comunes), si del sentido común. Cortar el cordón umbilical..., supongo cortar el cordón umbilical en un adolescente en una metáfora pero ya se volvió un clisé. Pero otras veces son muy personales, uno piensa en la memoria... en la situación... que el avión despegue, pequeñas como son piezas que construidas entre el paciente y el terapeuta para designar algo que es difícil decir otra manera. Las metáforas implican el cuerpo de una manera particular. Hay estudios muy interesantes desde la neurociencias, de.. lo que uno construye con el paciente son narrativas que se van construyendo con el paciente muchas veces metáforas muy fuertes y se van como enriqueciendo como en sucesivas capas a lo largo del tratamiento, que... de "animarme a zambullirme en el agua", son como casi... a mi me cuesta mencionar algunas porque es como romper la confidencialidad, porque son tan personales que son como las huellas digitales, pintan a una persona. Tienen un valor emocional muy fuerte, eso tiene que ver con identificar los focos del tratamiento el lugar donde se generan los problemas y se mantienen activos, identifican zonas, maneras como el paciente se veía de niño, "el

flaquito de la clase”, “la feita de no se qué” que a veces quedan como núcleos traumáticos casi. O son cosas que se co-construyen pero no sé si es lo que tú?.

S: Sí en ese sentido, porque en eso que señalabas tú en estos aspectos hay padecimiento, al darle lugar a otra significación en un entramado.. (R: permite trabajar hechos traumáticos..) Ahí está, en ese sentido lo de construcción, creo que fue más pertinente esto de la co-construcción, en ese sentido te lo planteaba, y da lugar de cómo lo vivencia de cómo lo justifica de cómo lo describe, y a través del tiempo también y de los sentidos que le dio, sí. Sí, si. Otro aspecto que me parece importante y que tú lo tocaste por ahí...., esto de poder también haberle dando lugar a la importancia (porque yo creo que te lo escribía en el mail, cuando estaba buscando antecedentes... viendo y revisando que no sólo me encontré con Mariane Krause), y todo esto de la importancia del aspecto, (tu lo señalabas) de lo cultural, de las representaciones sociales en un determinado lugar, puede ser una microcultura, pero también a nivel general, cómo muchas veces... lo que pueda salir y circular... Ahora... no sé si tanto, habría que ver, no he encontrado estudios en nuestro medio específicamente el modo de vivenciar el padecimiento de una determinada manera donde pueda tener una pregnancia social y eso cómo pueda llevar o no a que el sujeto consulte a determinado lugar. Por ejemplo, el poder vivir algún padecimiento y el poder ir a un psicólogo, psicoanalista alguien de la esfera psi, un psiquiatra y “no, porque no estoy loco”, ese es un modo también de vivenciar su padecimiento. Dejando de lado todo un campo....

R: Sí, si. Ahí la terapia misma está inmersa en un mundo de creencias sociales que depende mucho del grupo social de donde pertenece porque a veces estar en análisis era chic, pero para otra persona ir al loquero era un estigma, en la misma ciudad.

S: Sí, que a veces puede ser un facilitador o no para la consulta, pero es un modo en cómo lo vivencia.

R: Claro, claro, a veces a un adolescente lo traen a la consulta, porque simplemente, en padres rígidos. Claro, en la sexualidad cuando se vuelve problemática o enferma, la marihuana, las conductas de riesgo, sobre todo con adolescentes. Hay como primero que nada sobre todo con adolescentes cuál es el... a identificar cuál es el problema, todos los temas de homosexualidad, definir el problema, no es lo mismo la homosexualidad que el problema sea un rechazo social a que pueda tener una sexualidad orientada a la homosexualidad. Entonces dónde se coloca, porqué se trata?, la pregunta es por qué está en tratamiento esa persona?.

S: Sí. Y eso de alguna manera también, como tú decías si.. Condiciona es tratable, porque cómo es que lo vive.

- R: Qué es lo que él quiere que lo ayuden a cambiar. Cuando un paciente dice yo vengo porque quiero conocerme mejor a mi mismo... hay que empezar de nuevo la entrevista (risas).
- S: Es interesante y curioso, porque en otros momentos de la formación que dijeran una frase así era muy seductora, era como la frase más buscada. (R: sí. Claro!!). ..el conocerse.
- R: Si, si hoy escucho eso digo “qué me comí”, tengo que empezar de nuevo la entrevista, dice que quiere tratarse porque quiere conocerse más a sí mismo no hice bien la entrevista. El tema claro, en inglés y en alemán el término “enfermedad” suena a distintos términos.... El tema enfermedad suena mucho a enfermedad médica.
- S: Ahí está... esa era una de las preguntas que tenía para hacer, como por ejemplo, cuando me fui acercando al OPD, bueno cuando dice, “vivencia de enfermedad”, (al menos desde mi lugar y desde mi formación) yo lo veía como muy saturado quizás asociado como algo más médico no?, por eso se me había ocurrido padecimiento psíquico o sufrimiento psíquico.
- R: Son políticamente más correctas. Ahora, cuandooo..., claro..., los ingleses a veces dicen “what’s wrong” , “qué anda mal?”. Pero, de hecho la persona viene porque siente que “algo anda mal” (en criollo), o término problema, sea el más.. cuál es el problema que lo trae. Es verdad que enfermedad suena como muy restringido... es bastante adecuado cuando los pacientes tienen un cuadro depresivo severo, trastornos de ansiedad importante, qué se yo... se sienten enfermos (S: claro, pero ahí está más la vivencia de enfermedad), la vivencia de enfermedad. Lo otro es más la vivencia de problema, a veces es más de incomprensión, a veces lo que trae una persona son problemas en las pautas relacionales “qué me pasa que toda la gente termina decepcionándome?”. Más vinculado a patrones relacionales, a pautas... a modos de vincularse. O porque nadie me quiere, o porque con todos los novios termino de la misma forma, o qué es lo que hace que la gente... no pueda confiar en nadie o todos me decepcionen, por ahí viene la cosa. O por inhibiciones muy severas, por defensas muy cerradas. Esto es más complicado cuando está afectada es justo la capacidad de autopercepción pacientes actuadores o borderline, que en realidad lo único que cuenta son cosas que le pasan, que no tiene que ver con ellos (S. como por fuera..), es el mundo que no me acompaña. Y no pueden ver su contribución a eso que le pasa, o de qué manera están ellos contribuyendo o a veces realmente le pasan situaciones traumáticas y el tema es más cómo manejar esa situación, tan difícil y objetiva no?. Hay de todo, creo que lo importante es arrancar algo de a medida no de confección. Cómo esa persona siente qué es lo que no anda bien en él. Y cómo van como co-construyendo con el terapeuta..., yo no creo que eso se oponga

a lo inconciente o lo intrapsíquico, pero lo que es.. es un poco más amplio, porque hay situaciones tan variadas y familias tan patológicas y el que viene es el más sano.

S: Por lo menos el que se acerca de otra manera consigo mismo no?

R: Sí, sí. Entonces este... me parece que ahí identificar el problema, porque sería un lío tratar a un adolescente por ejemplo, que vive en una familia muy patológica y que él es como el más sano que busca una salida de esa situación, como que él es el enfermo por que no se adapta a la familia... Ahí es como muy delicado el tema.. Yo por eso combino muchas veces entrevistas individuales, familiares de pareja... En determinado momento digo: "Tendrá problemas su esposo, su marido de venir y a discutir esto?"... Uno descubre que a veces vive la gente en mundos que no se tocan o en ... que realmente hay una influencia iatrogénica muy patogénica del ambiente. Por eso me parece que delimitar bien porqué viene y donde estamos cada uno parado respecto de ese problema si lo vemos de igual manera. Por eso que el tema que elegiste es muy importante.

S: Si, si. Claro en esto de delimitar el problema es como algo distinto a lo que en otros momentos y tal vez otras líneas, podían entender por el Motivo de Consulta (MC). Es algo distinto, porque por el motivo de consulta podían venir por algo explícito, pero delimitar el problema implica ver la complejidad. (R: Sí...). Es otra cosa.

R: Motivo de Consulta, en realidad bien explorado tiene que ser esto, cómo ve el paciente lo que le está pasando. Change compline "queja principal" dicen los americanos. Es como... pero, el lío es que el MC no se convierta a cómo veo yo el motivo de consulta solo, sino cómo lo veo yo a partir de cómo lo ve el paciente, como dos que estamos viendo el problema y cada uno lo ve desde un ángulo distinto, en el cual se supone que por algo vienen, puedo aportarle algo, comprenderlo pero él puede tener razón que ve cosas que yo no veo y además el que va a seguir con su vida es él. A veces hay que respetar hasta donde llega, hasta donde una persona quiere llegar en un momento dado de su vida en sus cambios y respetar que el límite lo pone él. No sé qué más?!!.

S: No, está bien! Y además están todas contestadas más o menos las preguntas, de alguna manera... Yo tenía pensado la importancia de las vivencias subjetivas, lo del padecimiento, de si había o no un cambio o no por lo menos de entender este, esto del problema que de alguna manera viene el sujeto. Más o menos está... Sí y además esto que algo nombraste de los procesos de subjetivación de los adolescentes y en esto de la población objetivo. Es muy interesante porque hay ciertas investigaciones en la vuelta donde el justamente en el mismo período adolescente se empieza como esbozar aquello que pueda darse como entender lo que es ser sano y/o enfermo, no... como categoría? (R: bueno, ese es un tema apasionante). Ese es todo un tema interesante!.

R: Los adolescentes cómo dicen que alguien esta... pirado, pirucho, cómo dicen que alguien anda mal de la cabeza?

S: Que le falta un tornillo..

R: Pero hay términos más actuales. Mmmm

S: Está de la cabeza.

R: Está de la cabeza. Qué otros términos usan?.

S: Yo he sentido... está de la cabeza, está pirrado, está volado, está mutando...

R: Está mutando...

S: Mutó.

R: Yo creo que para una tesis hay que estudiar todos esos términos, qué quieren decir porque no quieren decir lo mismo. Yo lo he escuchado muchas veces. Estoy mutando es como me estoy desregulando afectivamente, me estoy... mutó quiere decir cambió, se afectó mucho..... no sé bien. A mí me gustaría estudiar un diccionario... Otro tema apasionante es qué piensan ellos que uno piensa. A veces le pregunto, pero ya con más adultos, (ya no estoy en la cancha para correr con los adolescentes) Ud se da cuenta de lo que yo estoy pensando, ahora de lo que me está diciendo? Es interesantísimo, en pacientes... en algunos como que ahí hacen tipo gestalt, sentarse desde otro lugar y mirarse desde otro lugar, otras veces le erran. Dentro de todo esto está... qué piensa el paciente de su terapeuta, decimos transferencia. Pero a demás lo perciben a uno en su realidad, no son nada bobos... Bueno la empatía estaba leyendo ahora...que está estudiado que la capacidad de la empatía en la adolescencia también aumenta, pueden entenderlo más, pero en las niñas ya empiezan a los 11 años. Tienen una clara capacidad para detectar, quién está en sufrimiento quién puede pasarla mal, quién puede precisar ayuda o acercarse a alguien porque se siente mal, a los 11 ya lo detectan. En los varones entre los 11 y los 13 no detectan un corno, ahí hay una diferencia de género en la capacidad de empatía. Pero esto de indagar qué piensa ellos de lo que uno piensa, es también un lindo tema, preguntale a los terapeutas, bueno vos sos el padre, el abuelo, lo que sea pero qué piensa él, qué piensa de vos. Forma parte del tratamiento, es la herramienta que tenemos, no tenemos otra. Me parece que entra, porque es qué tengo, quién me va a tratar y quién me ha tratando.

S: Si, Mariane Krause habla inclusive lo toca de otra manera, las expectativas no sólo al tratamiento, sino las expectativas de un "profesional competente" habla ella, no?. Justamente tiene que ver con esto y también toca con la vivencia de cómo el sujeto siente lo que le está sucediendo y si el otro puede ser capaz de entender lo que ... R: entenderlo.

R: Y de Krause qué más te gustó?.

S: Bueno, esto de las TS los modos de explicación y justificación que tiene el sujeto en relación a lo que le va sucediendo. Y como y el modo de ella de ampliar, (si bien no es algo que voy a tocar en realidad), poner el acento en lo del cambio terapéutico, en realidad.

R: Ahí te cruzas, te acercas, con lo de Rosa que anda buscandooo.

S: Sí, si, estuve conversando con ella. Bueno ya básicamente lo doy por terminado R, muchas gracias por tu tiempo y por todo.

R: Por favor!!. Mucha suerte!.

9.2. Guión de entrevista en Profundidad

Componentes formales: sexo, estudios, grupo familiar, redes de pertenencia, edad, barrio de procedencia.

Componentes personales: referidos a la perspectiva de su enfermedad, consulta y tratamiento.

Qué explicación le das a lo que te sucede?, Porque piensas que te pasa esto?,

De qué manera te influye lo que opinan tus amigos en cómo vives lo que te sucede?, Cómo crees que vivirías lo que te pasa si te hubiese ocurrido a otra edad?,

Crees que existe una relación entre lo que te sucede y lo que se cree que son los adolescentes actualmente?,

Crees que lo que te sucede se encuentra en relación a algo que te haya sucedido en el pasado?.

Qué esperas tu del tratamiento?.

Componentes familiares y sociales: referidos a las percepciones asociadas sus grupos de pertenencia

Qué cree tu familia sobre lo que te pasa?

Qué crees que piensan tus amigos sobre lo que te pasa

De qué manera crees que te influye lo que piensa tu familia sobre lo que te pasa?

9.3. Guión de entrevista de Grupo Focal

- 1) Cómo es la práctica clínica en el trabajo con adolescentes? (cómo perciben la experiencia clínica con adolescentes. Percepciones, lo que intuyen que ven en los adolescentes). Tema: Práctica clínica del trabajo con adolescentes, percepciones generales del trabajo con adolescentes.
- 2) Identifican creencias o significados que suelen aparecer en los adolescentes en relación a su motivo de consulta?. (Qué explicación suelen darle a lo que les pasa y como piensan resolverlo?).
- 3) Identificar las creencias de los adolescente en referencia al tratamiento o instancia de intervención?.
- 4) Cómo introducen en el trabajo clínico con ellos estas creencias de los adolescentes en relación a lo que les sucede?. Tema: qué pasa con estas creencias que tienen los adolescentes sobre lo que le sucede.
- 5) Que factores están implicadas en las creencias de los adolescentes (es del contexto social inmediato, familiar)?.
- 6) Qué piensan ellos que es útil o podría ser útil en el trabajo clínico con adolescentes?. Cómo operarían estas creencias en el tratamiento, las vez a nivel del espacio, al vínculo.
- 7) Cómo valoran los terapeutas las expectativas que traen los adolescentes en relación a la intervención.

Encuadre del grupo focal:

Primer paso contextualizar la investigación.

Explicitar los objetivos que se piensan lograr.

Explicitar qué se piensa que se puede lograr con el grupo focal de terapeutas, teniendo en cuenta que ellos han trabajado con adolescentes por lo tanto son informantes calificados.

Explicitar que desde el punto de vista metodológico facilitará la triangulación de los datos.

La sesión de 1 ½ o 2hs. Explicitar la función del moderador. Facilitar el intercambio.

9.4. Modelos de Consentimiento informado

9.4.1. Consentimiento informado de Adolescentes

Has sido convocado a participar en una investigación sobre la identificación y análisis de las vivencias subjetivas sobre padecimiento psíquico en adolescentes que consultan un servicio de atención psicológica, en el contexto de una tesis de Maestría en Psicología Clínica de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República. Contemplando la Reglamentación vigente sobre los Derechos de las personas participantes de Investigaciones con Humanos (Decreto CM 515 de agosto de 2008), se te informa que:

El propósito de esta investigación en clínica es generar información que aporte a la mejora de la calidad del Servicio de atención para sus usuarios adolescentes. Se realizará una entrevista en profundidad con cada participante.

Esta investigación **no conlleva riesgo** para los participantes, pudiéndote retirar de la misma si así lo consideras. Tiene como beneficio obtener una información valiosa para Facultad de Psicología la cual contribuirá en mejorar la calidad de atención de los usuarios del Servicio de Atención.

Confidencialidad

La identidad del participante será protegida ya que en la transcripción de sus opiniones no figurará el nombre ni el lugar de pertenencia. Toda información o datos que pueda identificar al participante serán manejados confidencialmente. Solamente el investigador de esta tesis de Maestría de la Facultad tendrán acceso a los datos crudos o que puedan identificar directa o indirectamente a un participante, incluyendo esta hoja de consentimiento informado. Los datos serán conservados hasta la realización del informe final que será entregada a la Dirección Académica de la Maestría de la Facultad de Psicología de la UdelaR. Así mismo el investigador de la tesis podrá difundir en trabajos académicos dicho informe en los mismos términos de confidencialidad anteriormente aclarados. No surgiendo la identificación de los participantes en ningún lugar del informe, trabajo o artículo.

Si has leído este documento y has decidido participar, por favor entiende que tu participación es completamente voluntaria y que tienes el derecho a abstenerte o retirarte del estudio sin ninguna consecuencia en tu proceso de atención psicológica en el que te encuentres. También tienes derecho a no contestar alguna pregunta en particular.

Finalizado el procedimiento se te entregará copia del presente consentimiento libre informado, por si tienes alguna pregunta o deseas más información sobre esta investigación puedes comunicarte con Silvana Contino al 094576657.

En el caso de adolescentes la autorización de su participación en la investigación queda bajo la responsabilidad del adulto a cargo (madre, padre, o tutor responsable); debiendo firmar el presente consentimiento junto al asentimiento del adolescente al estar de acuerdo en todos los términos planteados.

Participante:.....

Madre/Padre o tutor:.....

Firma:.....

CI:.....

Investigador:.....

Aclaración:.....

Fecha:.....

9.4.2. Consentimiento informado de Terapeutas del Grupo Focal

Ud. ha sido convocado a participar en una investigación sobre la identificación y análisis de las vivencias subjetivas sobre padecimiento psíquico en pacientes adolescentes consultantes a un servicio de atención psicológica en el contexto de una tesis de Maestría en Psicología Clínica de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República. Contemplando la Reglamentación vigente sobre los Derechos de las personas participantes de Investigaciones con Humanos (Decreto CM 515 de agosto de 2008), se te informa que:

El propósito de esta investigación en clínica es generar información que aporte a la mejora de la calidad del servicio de atención para sus usuarios adolescentes. Se realizará una o más sesiones de grupo de discusión de carácter focal, con terapeutas que trabajan con adolescentes, al que se lo ha convocado a participar.

Esta investigación **no conlleva riesgo** para los participantes, pudiéndose retirar de la misma si así lo considera. Tiene como beneficio obtener una información valiosa para Facultad de Psicología la cual contribuirá en mejorar la calidad de atención de los usuarios del Servicio de Atención.

Confidencialidad

La identidad del participante será protegida ya que en la transcripción de sus opiniones no figurará el nombre ni el lugar de pertenencia. Toda información o datos que pueda identificar al participante serán manejados confidencialmente. Solamente el investigador de esta tesis de Maestría de la Facultad tendrá acceso a los datos crudos o que puedan identificar directa o indirectamente a un participante, incluyendo esta hoja de consentimiento informado, la que será solamente integrada si fuera solicitada. Los datos serán conservados hasta la realización del informe final que será entregada a la Dirección Académica de la Maestría de la Facultad de Psicología de la UdelaR. El investigador de la tesis podrá difundir en trabajos académicos dicho informe en los mismos términos de confidencialidad anteriormente aclarados. No se sugerirá la identificación de los participantes en ningún lugar del informe, trabajo o artículo.

Si ha leído este documento y ha decidido participar, por favor entienda que su participación es completamente voluntaria y que tiene el derecho a abstenerse o retirarse del estudio sin ninguna consecuencia. También tiene derecho a no contestar alguna pregunta en particular.

Finalizado el procedimiento se le entregará copia del presente consentimiento libre informado, por si tiene alguna pregunta o desea más información sobre esta investigación puede comunicarse con Silvana Contino al 094576657.

En el caso de estar de acuerdo con lo aquí planteado y autorizar de su participación en la investigación debe firmar el presente consentimiento.

Participante:.....

Firma:.....

Ci:.....

Investigador:.....

Aclaración:.....

Fecha:.....