

## INTERVENCIÓN CON ADOLESCENTES

La ayuda en situación de crisis, al mismo tiempo la encuentro muy complicada pues ya el nombre de vuestra asociación define en gran parte el perfil de las personas a las que vais a atender, el perfil de los adolescentes que llaman, o de las madres y padres que telefonan o de los amigos que llaman preguntando por diversas cosas. El Teléfono de la esperanza, uno no sabe qué hacer con un problema, o se encuentra en una situación límite y telefona aquí.

Lo primero que podríamos hacer es hacer de CONTENEDORES, pero contenedores de qué?? De lo que venga...como si de un contenedor de basura se tratara, dejemos que cada chaval, cada madre, cada padre, cada amigo...cuando telefoneen, depositen lo que quieran, relaten lo que deseen, se desahoguen... es conveniente no tener prisa en precipitarnos para saber cómo resolver el problema del chaval que me acaba de decir que la vida es un asco, que llamaba para un problema de un amigo que toma drogas, o porque quería hablar con alguien, o saber qué era esto del teléfono de la esperanza, o que tiene ganas de matar a alguien o de incendiar algo, o que mañana le va a salir fatal el examen. También se puede dar el caso de que quien telefonee sea una madre que se ha encontrado a su hija con un chico en casa, o preocupada por si su hijo es homosexual, o porque su hijo la insulta, o un padre preocupado por un posible tema de drogas...

Es importante no tener prisa en precipitarnos a solucionar el problema de la persona que telefona. Valoremos este como muy grande o muy pequeño, una función terapéutica importantísima del que esta de receptor en el teléfono es ser un contenedor de angustia. En esa función de escucha activa, no sólo estamos ubicando el tipo de problema, valorando el nivel de gravedad, si podemos intervenir nosotros o el paciente que telefona a de ser derivado a otros profesionales, como a un psicólogo clínico, a grupos de padres, a terapias grupales de chavales. En la función de escucha es imprescindible dejar que cada adolescente, padre o madre dejen en el contenedor lo que deseen. Esa función de escucha es de por sí terapéutica e imprescindible. Con ello es posible que podamos transmitir calma y poder amortiguar en mayor medida la angustia que el paciente nos está transmitiendo. Y a partir de ahí mediante preguntas abiertas para facilitar la comunicación y siendo sus propias respuestas las que nos den pistas del tipo de problemática generar esperanza, generar expectativas respecto de ese problema que si puede tener algún otro tipo de solución.

Vamos a imaginar que la persona que está en el teléfono de receptor decide entonces enviar al adolescente a terapia. ¿qué sería conveniente que el terapeuta realizara?

Inicialmente, cuando un adolescente llega a terapia en un alto porcentaje suele venir porque los padres lo desean, la parte inicial más importante va a ser generar un vínculo con él. Además en otro porcentaje el adolescente ha decidido confiar con una persona con la que ha hablado por teléfono y ahora va a comenzar a hablar con otra con la que todavía no ha decidido confiar. Así como los adultos cuando llegan a terapia normalmente vienen por decisión propia, en gran parte suele haber una problemática que afecta al adolescente y consecuentemente, a los padres. Normalmente ha comenzado a romperse o se ha roto el equilibrio que mantenía antes a la familia y es necesario ayudar al adolescente y a los padres. De todas maneras, el adolescente no suele verbalizar que él tiene un problema, si no que lo tienen los padres que no le entienden, tan cierto es lo que verbaliza el adolescente como lo que verbalizan los padres.

Pero, la primera tarea va a ser conseguir generar alguna curiosidad en el adolescente para que vuelva una segunda vez. Esta labor es muy delicada pues al escuchar los problemas podemos, de manera personal estar más conformes con lo que piensan los padres que con lo que piensa el hijo, o viveversa. Si queremos ayudar al conjunto familiar con problemas es conveniente ser muy cautos tanto con unos como con otros. Tenemos que tener muy claro que aunque con el que hablamos es con un adolescente, primero de todo estamos hablando con una persona con problemas. Respetemos al paciente, sea este de 12, 15 o de 45 años. Respetemos sus preocupaciones, sus malos rollos y hasta su agresividad o su falta de empatía con el terapeuta. Puede ser que esta sea una proyección de los problemas que él esta viviendo. Es conveniente explicar al paciente que lo que nos relate en terapia no puede ser utilizado como nos venga en gana, es secreto profesional, así os pediría que lo hicieseis, y si, en algún caso consideráis que esta información es relevante o peligrosa, hacer lo imposible para que salga desde la motivación de él, contrastarlo con los padres si eso hiciese falta. Y si no, mantenerse en esa actitud de respeto y de secreto...

Os voy a contar un ejemplo de una paciente de catorce años con una madre muy invasiva, venía a terapia porque la madre consideraba que lo necesitaba pero ella lo único que hacía en la consulta era contarme estoy bien, la vida bien, los amigos bien, mi madre bien....así que en una sesión le explique a la paciente que no hacía falta que viniese a terapia si ella no lo deseaba, que yo intentaría ayudarla con su madre que era la que consideraba que tenía que venir a terapia y que si tenía que venir a contarme que la vida le iba bien, normalmente mi trabajo no consistía en eso, así que, desde ahí, y sin estar haciendo un pulso con la adolescente, sino de manera sincera, la adolescente poco a poco fue hablando y verbalizando más sus problemas hasta que entramos a hablar entre otras cosas sobre su sexualidad, de sentirse en la obligación de acostarse con su novio para que este no la dejara... después de aconsejarle hablamos del uso del preservativo etc...aquí podemos entender que puede ser conveniente que no tenga relaciones sexuales pero parece ser que la niña tenía claro que iba a seguir teniéndolas. Aunque no sea lo más recomendable que una niña de 14 años tenga relaciones sexuales, debemos primero abordar el posible peligro de una ETS o de un embarazo no deseado e informar de ello a la niña, sabemos que la niña va a seguir haciéndolo al menos por ahora, no alarmarse e intentar en la medida de lo posible disminuir riesgos.

Otro paciente que tomaba pastillas los fines de semana, inicialmente ¿que podríamos hacer? Hablarle de los efectos, de los posibles daños pero, ante todo e inicialmente, si el paciente considera que va a seguir haciéndolo, deberemos explicarle como hacer un consumo lo menos perjudicial posible. Por ej. Que tipo de ropa debería llevar para poder transpirar bien y así controlar un golpe de calor y sus nefastas consecuencias, la conveniencia de inicialmente probar un pedacito para posteriormente saber que tipo de efecto le va a hacer y su consumo gradual...o, por ej., que drogas, dentro del peligro que subyacen son mucho más peligrosas y generar mediante información real respeto por las mismas (por ej el GHB o mal llamado extasis líquido o biberón que si se produjese una intoxicación, muy común por cierto, no podríamos hacer ningún tipo de lavado gástrico para disminuir o eliminar la intoxicación, lo único que podríamos hacer es controlar las constantes vitales...).

¿Podríamos considerarlo esto apología del sexo o de las drogas? Eminentemente no. Desde el objetivo ideal. Podremos plantearnos que sólo se produzcan relaciones sexuales con coito en edades más tardías o que el consumo de drogas desapareciese. Desde un objetivo real, lo más importante inicialmente es tener una información clara y verídica del mundo del adolescente para poder intervenir sin miedo, para tener miedo ya están los padres. Sabiendo que estos dos adolescentes están manejándose en dos terrenos de peligro, cuando haya un mayor nivel de confianza y de lazo emocional, si conseguimos convertirnos en sus verdaderos apoyos, podremos comenzar la segunda batalla. Sacarlos del problema, camino que ya comenzó en el momento en que compartimos con ellos en terapias anteriores sus confidencias más íntimas.

Si por nuestros propios miedos como profesionales, como personas con una función de ayuda, por temor a que nos juzguen mal los padres u otros profesionales no vamos curando la herida poco a poco si no que intentamos quitarla de golpe. Lo único que hemos hecho es lanzar la angustia que nos ocasiona hacia otro lado, de vuelta por ej a los padres para que no nos puedan juzgar mal y así hemos hecho probablemente el camelo. Habremos hecho más polvo al chaval y así conseguiremos que tengan claro que no hay por qué confiar en alguien que dice que tranquilo que sólo quiere ayudarles.

Sin embargo, si durante la terapia vamos consiguiendo llegar poco a poco al objetivo que deseamos, manejando nuestra propia ansiedad, nuestros propios miedos, entonces conseguiremos así en unos cuantos casos haber llegado a que el paciente se vaya poco a poco haciendo cargo de su propia existencia, vida, y a que sea feliz...

¿Trabajaremos sólo con los adolescentes o con el conjunto familiar? En la medida que podamos yo lo que suelo hacer inicialmente es conocer a todo el conjunto familiar, bueno, a todos no, a los padres y al chico/a. En la primera sesión suelo citar a los padres y al chaval, y suelo hablar inicialmente con los padres durante más o menos unos quince minutos para que, en breves palabras me comenten cómo valoran ellos el problema y que es lo que piensan. Esto me sirve también para observar el tipo de interacción que se establece entre la pareja, si la que habla más es la madre, si de hecho directamente viene sólo la madre y me dice que su marido está abajo en el bar o le era imposible venir o no cree en los psicólogos etc... todo ello, a parte de la problemática que me planteen me va a dar datos sobre el material del que parto para reconstruir y acompañar al grupo familiar en este tipo de problemáticas. Esto me viene a llevar unos 15 minutos. Otra cosa muy importante con la que yo voy a iniciar el tratamiento es saber si el paciente viene a terapia sabiendo a qué viene y sabiendo si quiere venir.

A veces se supone que viene a que le ayude en clase, a ver a un amigo, a acompañar a los papas, lo han hecho venir sin decirle nada... yo les voy a plantear a los padres que trabajaré con el chaval si el chaval lo desea, y que, si no lo desea intentaré ayudar al chaval desde ellos, que si ellos estarán dispuestos, si dicen que sí que un alto porcentaje dice que sí, no penséis que en todo caso es real, pues hay algunos padres que vienen con la idea equivocada de cámbieme esto y esto otro de mi hijo...cuidado. En otros casos si colaborarán.

Bueno, ahora entra el chaval a terapia, ¿qué os recomiendo hacer primero que todo? Presentarme y presentar qué es esto de la terapia, qué es esto del psicólogo clínico, si que os recomendaría a cada uno de los terapeutas que pongáis en marcha las estrategias personales que cada uno de vosotros tengáis (humor, algo de complicidad si creéis que se puede con algo de la información que nos han dado los padres...). Explicarle que es y que no es un psicólogo, insistirle en el secreto profesional (y cumplirlo), y dejarle que, desde la información que tengamos de él, inicialmente manejar la positiva (hobbies, características personales positivas que los padres puedan haber nombrado...) comience a relatar algo y desde allí ir valorando cómo interactúa el chaval e ir entrando a lo que le preocupa al chaval o lo que le molesta de los padres, de los hermanos, del colegio, de los amigos, de él o ella misma. Hablarle de que trabajaremos con él si él lo desea, y que si no es así intentaremos en la medida de lo posible ir trabajando con los padres, que el protagonista de la historia es él pero que sólo si él quiere lo haremos, cuando lo despedamos ése día le daremos una cita para la siguiente cita y le pediremos que si decide no venir por favor que sea él mismo el que nos telefonee y que pregunte por nosotros para cancelar la visita. Desde la primera sesión vamos a intentar que el paciente se haga cargo de su terapia.

Vamos ahora a ver las diversas problemáticas por las que suele acudir un adolescente a terapia, sobre todo las más conflictivas:

- Amenaza de suicidio: Normalmente aunque en un alto porcentaje de casos las amenazas de suicidio del adolescente son...eso, amenazas, esto no quiere decir que no sea importante atender a ellas. Como podemos diferenciar si una amenaza de suicidio es más o menos peligrosa. Si esta está muy verbalizada normalmente es menos peligrosa, esto no nos deja de preocupar de todas maneras. Si la amenaza acompaña con mucha angustia puede ser más probable que se intente. ¿razones?. Estudios, depresión, ansiedad, diagnóstico de alguna E.T.S, problemas de identidad sexual, ...
- Autolesiones: Será un indicador de más patología y será esta más peligrosa cuanto menos pueda observarse, cuanto menos manifiesta sea esta. Uno de los casos como ej. Que os podría comentar es el de una paciente con problemas con su imagen corporal que, para no vomitar, cada vez que se atracaba se hacía cortes en los brazos porque sabía que el vomitar era muy malo por su hermana anteriormente bulímica.
- Problemas con la imagen: es un momento muy común pues el cuerpo está sufriendo grandes cambios y, con ello, el adolescente no se encuentra bien, mucho vello, mucha cadera, barriga, pechos pequeños o muy grandes, muchos granos, lleva a veces a una dismorfofobia y otras puede derivar en problemas de alimentación o de drogas.
- Problemas de alimentación: es algo común en la etapa de la adolescencia y primera juventud, cuanto más se cronifique mayor peligro corre el adolescente de poder superar esta situación de manera que afecte lo menos posible a otras áreas. Aunque lo más peligroso es el patrón de comportamiento que se da en los problemas de alimentación, sabéis que si buscamos diversas etiquetas para diversos problemas de alimentación podemos hablar de anorexia cuando la persona consigue sobre todo ingerir muy poca cantidad de comida. Bulimia en el caso de que haya atracones con vómitos o sin y uso en algunos casos de laxantes.etc...
- Consumo de alcohol y drogas: ya que he citado las drogas en el anterior apartado vemos que, como con la cocaína, que está en aumento y cada vez en edades más tempranas se consigue no tener hambre, este será un gran refuerzo de la sustancia, además de ayudar inicialmente a la persona que lo consume a sentirse más segura, más integrada con el grupo de iguales (cuando éstos lo consumen) a estar menos cansada. A sentirse más trasgresora. Es importante tener muy claro que, aunque el adolescente quiere diferenciarse de sus padres, y este es un aspecto común y saludable, en algunas ocasiones el grupo de iguales se convierte en un referente peligroso

porque es el que marca lo que está bien o está mal, de todas maneras, debemos transmitir a los padres que, aunque el chaval se obceque con hacer lo que él quiere, el chaval quiere reglas y le viene estupendamente un control parental, le da seguridad. Si dejamos que sea el chaval quien marque las pautas estamos quitándonos nuestra responsabilidad de educar en un terreno muy difícil como es el de la adolescencia. En algún caso por consumo de drogas puede llegarse a conductas temerarias (por ej el LSD que les puede llevar a no percibir como peligrosa alguna situación, de todas maneras, esta podría equipararse al consumo de alcohol y la conducción, si valoramos el abuso de la sustancia y la conducción como conducta temeraria).

- Problemas con la ley: por tráfico de estupefacientes, algún robo, pequeños hurtos, situaciones que generan agresividad en la familia sea esta venida del hijo hacia los padres o viceversa. También por desamparo por parte de los padres. Será conveniente en la intervención trabajar de manera multidisciplinar con los servicios sociales que pertenezcan a la zona del chaval y valorar qué medidas se pueden tomar.
- Problemas de agresividad o violencia: pues, en algunas ocasiones también los padres pueden ser maltratados. En este caso es tarea importante y compleja del terapeuta conseguir que se vaya estableciendo algún tipo de motivación por parte del adolescente para venir a terapia. También en este caso será conveniente valorar si debemos trabajar de manera multidisciplinar con los servicios sociales, los profesores...
- Autoestima o autoconcepto: suele darse en personalidades hiperresponsables si nos referimos al área escolar pero con muy pocas habilidades sociales, normalmente excesivamente tímidas y con grandes sentimientos de temor y de sentirse fuera de lugar con el grupo de iguales.
- Mucha tristeza - ¿depresión?: en alguno de los casos lo que los padres encuentran es que el adolescente llora mucho, pero que al mismo tiempo está muy a flor de piel, hipersensible, esto a veces puede llevar a que se haga daño, o se aisle, se sienta raro, diferente.
- Aislamiento: insistiendo en el problema de habilidades sociales, y una baja autoestima es posible que el chaval no se sepa manejar bien en grupo y, en algunas ocasiones intente entablar los mínimos contactos posibles. Se encuentre más cómodo con los mayores pero no sepa cómo relacionarse con sus iguales o se encuentre mejor hablando solamente con gente del chat o jugando en internet con otras personas en red.
- Promiscuidad sexual: que puede llevar al adolescente a alguna ETS o a un embarazo no deseado, ese ansia, esa necesidad suele ser indicador de una búsqueda de emociones, de afecto muy insaciable, indicador de peligro. Es conveniente tener claro en Psicología que cualquier aspecto que sea excesivo probablemente acabará dando algún tipo de problemas o está tapando algún problema.
- Delirios o persecución, hebefrenia-esquizofrenia: Una situación muy dolorosa a nivel familiar y personal. Donde el paciente tiene que notar al máximo todo el apoyo en la medida de lo posible sin engaños sobre su enfermedad, su posible recuperación, sin pretender que en dos sesiones entienda o la familia entienda qué es lo que está sucediendo. Es necesario en todos los casos de problemas un duelo personal y familiar, pero más en este caso. A partir de entender y saber qué es lo que le está sucediendo podremos seguir adelante.
- Problemas de identidad sexual y, en algún caso de género: el, la paciente puede estar muy angustiado al notar que es diferente a sus amigos, le gustan las personas de su mismo sexo, hay que dejar que el paciente se desahogue y, posteriormente ayudarle a él y, probablemente a la familia a elaborar el proceso, a desdramatizar y acompañar. En los problemas de género, la transexualidad, normalmente aparece a una edad algo más tardía, se verbalizan en una edad más tardía.

Bueno, y a modo de resumen lo que más me gustaría reseñar de esta charla es insistir en que aunque el adolescente todavía no se ha hecho, no se ha formado como adulto, es de gran importancia el respeto al individuo que acude a terapia tenga esta edad que tenga y, sobretodo, acordémonos que son individuos que sufren aunque inicialmente pueda parecer que le están haciendo la vida imposible a sus padres, profesores...a partir de una postura de ayuda incondicional es posible llegar poco a poco a la raíz del problema.