



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

*LAS POSTURAS DEL TERAPEUTA FAMILIAR ANTE FAMILIAS CON HIJOS
ADOLESCENTES*

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

P R E S E N T A

ROCÍO SOLÍS LORÁN

DIRECTORA DEL REPORTE
MTRA. LAURA EDITH PÉREZ LABORDE
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

COMITÉ TUTOR
MTRA. ROSARIO ESPINOSA SALCIDO
MTRA. CARMEN SUSANA GONZÁLEZ MONTOYA
MTRA. OFELIA DESATNIK MIECHIMSKY
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

DRA. MARÍA LUISA CEPEDA ISLAS
FACULTAD DE PSICOLOGÍA UNAM

LOS REYES IZTACALA, TLALNEPANTLA, EDO. DE MEX., FEBRERO 2019



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Laura Edith, gracias por tu gran apoyo, tu generosidad al compartir tu conocimiento y experiencia, por comprender mis ideas y ayudarme a plasmarlas en el papel, gracias por escucharme, comprenderme y motivarme a seguir adelante.

Mi agradecimiento a los maestros que son un ejemplo de entrega, vocación, generosidad y amor por su trabajo.

Max, gracias por tu amor, tu compañía, por ser mi complice y mi motor para seguir adelante, por impulsarme a seguir creciendo, por las risas y las tardes de lectura, por tus brazos que me fortalecen cuando estoy a punto de rendirme.

A mis padres y hermana, porque gracias a ustedes he llegado hasta aquí, por dejarme volar, aprender y ayudarme a levantar cuando lo he necesitado.

A todos mis amigos que siempre han creído en mí, que iluminan lo que yo muchas veces no alcanzo a ver, por acompañarme en este camino y por celebrar conmigo mis éxitos.

A mis alumnos, que me han enseñado a vivir la vida de otra manera, que cada día me llenan de alegrías e ilusiones, y que me han enseñado a verlos con una mirada diferente.

ÍNDICE

Introducción	1
Capítulo 1. Antecedentes y Contexto de la terapia familiar.....	2
1.1 Análisis del campo psicosocial y la problemática en la que inciden los casos presentados	2
1.2 Principales problemas que presentan las familias	4
1.3 La Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna como alternativa para abordar la problemática señalada.....	6
1.4 Caracterización de los escenarios donde se realiza el trabajo clínico.....	15
Capítulo 2. Marco teórico.....	19
2.1 Análisis de los principios teórico metodológicos de los modelos de intervención en terapia familiar sistémica y/o posmoderna que sustentan los casos presentados.....	19
2.1.1 El modelo centrado en soluciones	19
2.1.1.1 Introducción y antecedentes del modelo	19
2.1.1.2 Exponentes principales y sus aportaciones.....	20
2.1.1.3 Principios básicos.....	21
2.1.1.4 Técnicas.....	22
2.1.1.5 Consideraciones generales.....	24
2.1.2 Terapia Narrativa.....	25
2.1.2.1 Introducción y antecedentes de la terapia narrativa.....	25
2.1.2.2 Exponentes principales y sus aportaciones.....	26
2.1.2.3 Principios básicos.....	27
2.1.2.4 Técnicas.....	30
2.1.2.5 Consideraciones generales.....	31
2.2 La postura del terapeuta en el trabajo con adolescentes y sus familias.....	32
2.2.1 Características de la adolescencia.....	32
2.2.2 Factores de riesgo en la adolescencia.....	34
2.2.3 Factores de protección.....	40
2.2.4 Las posturas del terapeuta familiar ante familias con hijos adolescentes.....	44
2.2.4.1 Ceguera y mimetización.....	50
2.2.4.2 Flexibilidad y Rigidez.....	52
2.2.4.3 La visión posmoderna como algo que permite cuestionar los estereotipos	56

Capítulo 3 Desarrollo y aplicación de competencias profesionales.....	59
3.1 Habilidades clínicas terapéuticas.....	59
3.1.1 Casos atendidos.....	59
3.1.2 Integración de dos expedientes de trabajo clínico por familia en la que atendió como terapeuta.....	61
3.1.2.1 Caso 1.....	61
3.1.2.1.1 Motivo de consulta.....	62
3.1.2.1.2 Objetivo.....	63
3.1.2.1.3 Modelos terapéuticos utilizados.....	63
3.1.2.1.4 Intervenciones.....	63
3.1.2.2. Caso 2.....	69
3.1.2.2.1 Motivo de consulta.....	69
3.1.2.2.2 Objetivo.....	70
3.1.2.2.3 Modelo terapéutico.....	71
3.1.2.2.4 Intervenciones.....	71
3.1.3 Análisis teórico-metodológico de la intervención clínica con las familias elegidas	75
3.1.3.1 Características de los adolescentes y el proceso de asimilación para sus familias.....	75
3.1.3.2 Abordaje de los factores de riesgo en el proceso terapéutico.....	79
3.1.3.3 Identificando y ampliando los factores de protección en el proceso terapéutico.....	87
3.1.3.4 Las posturas del terapeuta en el trabajo de las familias con hijos adolescentes.....	94
3.1.3.5 Evitando la ceguera para entender la adolescencia y la necesidad de mimetizarse con el adolescente.....	97
3.1.3.6 La flexibilidad en el trabajo del terapeuta.....	100
3.1.3.7 Trabajando con los estereotipos acerca de la adolescencia.....	104
3.2 Análisis del sistema terapéutico total basado en observaciones clínicas como parte de los equipos terapéuticos en las sedes que fueron escenarios del trabajo clínico....	106
3.3 Habilidades de investigación.....	110
3.3.1 Reporte de investigaciones.....	111
3.3.1.1 Metodología cuantitativa.....	111
3.3.1.2 Metodología cualitativa.....	116

3.4 Habilidades de enseñanza y difusión del conocimiento; atención y prevención comunitaria.....	118
3.4.1 Productos tecnológicos.....	119
3.4.1.1 Programa de formación de los terapeutas.....	119
3.4.2 Programas de intervención comunitaria realizados.....	120
3.4.3 Constancias de la asistencia y/o la presentación de trabajos en foros académicos.....	121
3.5 Habilidades de compromiso y ética profesional.....	121
3.5.1 Discusión e integración de las consideraciones éticas que emergen de la práctica profesional.....	122
Capítulo 4 Consideraciones finales.....	125
4.1 Resumen de habilidades y competencias profesionales adquiridas.....	125
4.2 Reflexión y análisis de la experiencia.....	127
4.3 Implicaciones en la persona del terapeuta y en el campo de trabajo.....	128
Referencias bibliográficas.....	132

INTRODUCCIÓN

El paso por la Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar ha implicado un duro trabajo, mucha apertura para conocer y aprender, un cambio en mi forma de ser, de hacer y de vivir la Psicología, ha significado un crecimiento como persona y como psicóloga. Se ha hecho mucho mayor mi compromiso, mi sentido de responsabilidad y el amor que le tengo a mi profesión.

Estudiar la Maestría en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, es un privilegio, en donde el programa y la serie de aprendizajes que se obtienen en ella, resultan información, amplia, enriquecedora pero también muy compleja. Sin duda, todo tiene una razón de ser y su estructura, implica que el no comprender la base tendrá un efecto notable en el aprendizaje de los modelos que se revisan en la Residencia. En este documento se muestra un recorrido por todas las áreas y aspectos más relevantes aprendidos durante la Residencia, así como una explicación acerca de la forma de trabajo en la práctica clínica.

En el capítulo 1 se hace una revisión acerca de la dimensión social de la población atendida durante la Residencia, algunas características relevantes y principales problemáticas que surgen en los adolescentes del Estado de México. Se da una breve descripción de los escenarios de trabajo en la práctica clínica, la experiencia en las diferentes sedes en donde se lleva a cabo la práctica de los estudiantes, FES Iztacala, CCH Azcapotzalco y Clínica Tlalnepantla del ISSSTE. Además se revisan los aspectos más relevantes acerca de la teoría sistémica y posmoderna, los fundamentos teóricos sobre los que se apoyan dichas teorías y que son elementos esenciales para comprender los diferentes modelos de trabajo, tanto sistémicos como posmodernos.

En el capítulo 2, se abordan aspectos esenciales de uno de los temas principales de este trabajo, en primer lugar se revisan el Modelo Centrado en Soluciones y la Terapia Narrativa, los cuales sirvieron de base para trabajar con los casos presentados y analizados en este documento. Estos casos revisados tienen en común el trabajo con adolescentes y sus familias, por lo que se desarrolla este tema explicando las características de la adolescencia, factores de riesgo y de protección existentes en la adolescencia, de acuerdo a la revisión teórica realizada.

En este capítulo también se analiza la postura del terapeuta, algunas de sus características y riesgos en su labor terapéutica, específicamente en el momento de trabajar con adolescentes y sus familias. La tarea del terapeuta en estos casos requiere mucha empatía y autoobservación, pues requiere mantener una alianza con todos los miembros de la familia, que muchas veces se encuentran en un conflicto debido a la dificultad para entender que el adolescente tiene diferentes necesidades, la autoridad y reglas de los padres se ven cuestionadas en esta etapa, los adolescentes buscan independencia e identidad, y es el momento en que los padres consideran que se encuentran más vulnerables y no preparados para esto.

CAPÍTULO 1

1. ANTECEDENTES Y CONTEXTO DE LA TERAPIA FAMILIAR

1.1 Análisis del campo psicosocial y la problemática en la que inciden los casos presentados

En el Estado de México existen diversos problemas, la densidad de población y las diferencias socioeconómicas implican necesidades variables para esta en el sentido de seguridad, económico, social, de espacio y de medios de transporte. Según el Censo de población 2010 (INEGI), la población era de 15, 175, 862 habitantes, específicamente en el municipio de Tlalnepantla la población fue de 664, 225 habitantes, en donde se encuentran importantes zonas industriales, lo que también genera problemas de contaminación, inseguridad, tráfico, transporte, entre otras dificultades. Por otra parte, la calidad de los servicios de salud pública con frecuencia es insuficiente, la población que requiere de este tipo de servicios es muy alta y es difícil que los usuarios den continuidad a la atención médica debido al tiempo prolongado entre cada cita.

En el presente trabajo se hablará de dos casos enfocados a adolescentes y sus familias. La población juvenil forma parte importante del Estado de México, ya que según la Encuesta Estatal de la Juventud 2013-2014, el grupo de edad que compone poco más de la cuarta parte de la población en el Estado de México en el 2013, es el de 15 a 29 años ocupando el 27.1% de la población. Dicho documento arroja información relevante respecto a la juventud mexiquense y las distintas problemáticas a las que se enfrentan. Se encontró que un 9% de la población encuestada no estudia ni trabaja, recientemente se ha visto que muchos jóvenes tienen una gran dificultad para ingresar a un nivel medio superior y superior, debido a la cuestión económica y a la insuficiencia de escuelas públicas, así como a la escasez de empleo; se habla incluso de cómo la adolescencia se está prolongando debido a que los jóvenes permanecen más tiempo en el hogar de los padres dependiendo económicamente de ellos.

En cuanto a datos sobre seguridad, violencia y discriminación, es algo que se presenta con frecuencia en esta entidad ya que aproximadamente un 27% de los jóvenes ha reportado algún tipo de agresión como discriminación, violencia física, bullying, acoso y abuso sexual, lo que indica que es un tema que alcanza gran relevancia social por todo lo que conlleva. Una preocupación frecuente en los padres de adolescentes está relacionada con este aspecto, ya que se enfrentan a una inseguridad social grave, a los padres de familia les genera un gran miedo el permitir que sus hijos salgan de casa ya sea con fines académicos o recreativos debido a los altos índices de delincuencia en las calles, lo cual contribuye a restringir las oportunidades de los jóvenes para socializar y explorar aspectos nuevos que guíen su proyecto de vida. Asimismo, la violencia y la discriminación son parte del día a día tanto en los medios de comunicación masiva, redes sociales y el contexto en el que están viviendo las familias mexicanas.

Retomando los resultados de la Encuesta Estatal de la Juventud 2013-2014 (EEJ), los jóvenes encuestados han tenido información o contacto con el consumo de drogas, por ejemplo, 2 de cada 10 han observado venta de drogas en su entorno escolar, 3 de cada 10 han visto el consumo de estas en la escuela, resulta inquietante que tanto el conocimiento sobre consumo de drogas o el experimentar algún tipo de violencia se da principalmente en contextos que debieran ser seguros para los jóvenes como el hogar y la escuela.

De acuerdo con la Encuesta los jóvenes mexiquenses con frecuencia llevan a cabo conductas de riesgo, un 30 % de estos ha consumido alcohol, más del 50% consume tabaco, y en menor medida, pero no menos importante, han consumido marihuana y otros estupefacientes, cabe destacar que muchos de ellos tuvieron su primer contacto con estas sustancias entre los 14 y 15 años, en algunos casos iniciaron a los 10 años. Es decir, nuestros adolescentes desde muy temprana edad están consumiendo algún tipo de droga o están teniendo un contacto muy temprano con estas, es necesario considerar que en esta etapa las personas se encuentran particularmente vulnerables ya que no cuentan con suficientes herramientas que les permitan elegir y evaluar adecuadamente las consecuencias.

Lo anterior resulta alarmante si observamos que el hogar con frecuencia se convierte en un factor de riesgo para los jóvenes, en la actualidad las familias se enfrentan a grandes dificultades, por ejemplo, el hecho de que los padres pasan más tiempo fuera de casa para solventar los gastos de la familia, lo que conlleva poca supervisión y convivencia entre sus miembros, colocando a los adolescentes en una situación más vulnerable y de mayor desorientación.

Otra de las problemáticas que surgen en la adolescencia es respecto al ejercicio de la sexualidad, la información se ha convertido en un arma de doble filo ya que con frecuencia los niños y adolescentes tienen acceso a cualquier tipo de contenidos inadecuados o confusos para ellos, además de que suelen exponerse al usar redes sociales. La EEJ (2014), arroja datos sobresalientes en este aspecto, pues en promedio los jóvenes entrevistados iniciaron su vida sexual a los 16.6 años, el 40% de ellos sin protección, es decir, los adolescentes están teniendo un ejercicio de su sexualidad a muy temprana edad, desinformados y sin protección, poniendo en riesgo su salud y su desarrollo psicológico y social.

Como se mencionó, el acceso a la información y a las redes sociales en la actualidad son parte importante de nuestras vidas, la comunicación ahora es mucho más fácil con personas que están lejos de nosotros; de una forma rápida y a bajo costo podemos comunicarnos a diferentes partes del país y del mundo, las bondades del uso de la tecnología y los medios de comunicación son muy grandes, sin embargo, también puede representar un riesgo en diferentes formas, en primer lugar tratándose de seguridad, ya que los jóvenes con frecuencia brindan información personal, establecen contacto con personas desconocidas o perfiles falsos, visitan páginas o contenidos con alto contenido sexual o violento, lo que con frecuencia puede reflejarse en su conducta o actitudes

hacia otras personas, así como esto puede convertirse en un medio para exponer, agredir o dañar a otros. Por otra parte, en los medios de comunicación se imponen estereotipos difíciles de alcanzar para la mayoría de las personas, lo que genera frustración o la necesidad de cumplirlos a toda costa.

Es frecuente escuchar a padres de familia quejándose de que sus hijos dedican mucho tiempo a la computadora, televisión o teléfono celular, sin embargo, prefieren esto que permitir que sus hijos salgan a la calle debido a la inseguridad o a que puedan tener contacto con drogas, alcohol, entre otras cosas. Todo esto ha llevado a que la comunicación y la convivencia al interior de la familia disminuya considerablemente, las familias ya no saben qué hacer cuando están juntos, difícilmente se tiene una charla sin tener en frente un teléfono celular o una televisión, es así como se encuentra que la Encuesta Estatal de la Juventud (EEJ) en promedio los jóvenes dedican 2.7 horas diarias a navegar por internet, lo que resalta, qué tan importante se está volviendo el uso de las tecnologías en la vida diaria, resaltando que el mayor uso que se les da es para navegar en las redes sociales, ya que 8 de cada 10 jóvenes tiene alguna cuenta de este tipo, principalmente Facebook con el 89%.

Un foco de atención es que muchos padres de familia tienen un completo desconocimiento de lo que sus hijos hacen con estas herramientas, en ocasiones, temen acercarse o preguntarles cómo las están utilizando, sin embargo, se vuelve cada vez más necesaria la vigilancia y la comunicación directa entre padres e hijos sobre este tema. Con frecuencia los padres solicitan a los profesionales ya sea en la escuela o en consulta información acerca de cómo establecer reglas a sus hijos en este aspecto, ya que esto los está superando.

1.2 Principales problemas que presentan las familias

En la Residencia en Terapia Familiar se dio atención a familias con problemáticas muy variadas y en diferentes etapas del ciclo vital de la familia, tanto familias con hijos pequeños como familias en la etapa de nido vacío, problemas de pareja, o bien, hijos señalados con algún tipo de problema.

En este informe se centra la atención en las familias con hijos adolescentes que con frecuencia asistieron al servicio de Terapia Familiar, cabe destacar que resultó interesante observar familias en las que el adolescente adoptaba un papel central en alguna problemática, ya sea como mediador entre los padres o con los hermanos, en otras ocasiones, se les consideraba como portadores del problema dentro de la familia.

En los casos atendidos, se trató con adolescentes estudiantes de escuelas públicas, cuyo contexto socioeconómico y familiar era diferente, sin embargo, tenían muchos rasgos en común que se señalarán a continuación. En un caso acude una familia con dos hijos varones, uno en la adolescencia y el otro iniciando sus estudios universitarios; los padres recientemente se separaron, la adaptación y el reacomodo de los roles y hábitos de la familia causó conflictos dentro de ésta; se trata de una familia de clase media con padres profesionistas que pasan mucho tiempo fuera de

casa, pero que impulsan en sus hijos el desarrollo de habilidades deportivas y una vida cómoda en cuanto a los aspectos materiales. En esta familia al padre sólo se le ve como un proveedor, ya que desde la separación la relación con los hijos se volvió aún más distante.

En otro caso se atendió a una familia con dos hijos varones, es una familia donde el padre ejerce el oficio de la carpintería y la mamá se dedica al hogar, el hermano mayor trabaja; los padres buscan el bienestar del hijo menor y proporcionarle lo necesario. La mamá se dedica a la atención de la casa y el cuidado de los hijos, el papá estaba poco en la casa por su trabajo. Esta configuración, considerada como la familia “tradicional mexicana” donde la mamá ha adoptado un papel de protectora y cuidadora de la familia, por su parte el papá representa al proveedor de la familia y es quien intenta hacer valer las reglas dentro de esta.

Cabe destacar cómo es que ambos adolescentes acudieron a la Terapia, en el primer caso, se trata de un estudiante del CCH Azcapotzalco, quien al platicar con su mamá de algunos problemas que estaban sucediendo acuerdan que solicite el servicio, por segunda ocasión; en esta institución cuentan con diferentes servicios de apoyo a sus alumnos, es frecuente que sean los jóvenes quienes buscan orientación o apoyo psicológico. El segundo caso llegó a la sede que se encuentra en la clínica del ISSSTE, el adolescente, estudiante de un bachillerato tecnológico, se oponía a recibir atención psicológica, sin embargo, en la escuela, por parte del servicio de Orientación, solicitaron a la familia canalizarlo a esta institución debido a que su estancia estaba en riesgo. En este tipo de bachilleratos con frecuencia hay un tutor u orientador que atiende y reporta cualquier problema con los alumnos, sin embargo, no cuentan con servicios propios de atención psicológica por lo que requieren canalizarlos a otras instituciones.

Algunos aspectos que se encontraron en común fueron que ambos adolescentes manifestaron enojo hacia sus padres por diferentes razones, uno de los jóvenes no expresaba abiertamente este enojo, sin embargo adoptó conductas que pusieron en riesgo su salud , ya que tomaba medicamento para la ansiedad y comenzó a consumir alcohol, por otra parte comenzó a reprobar las materias y a mostrar una apatía a convivir con la familia, buscando estar solo o fuera de casa; en el segundo caso, lo manifestaba con agresividad, se cortaba brazos y piernas, consumía alcohol, llevó a cabo algunos robos a la familia y en la escuela, mostraba una abierta oposición hacia figuras de autoridad, particularmente hacia sus padres. La participación de las familias en este proceso resultó muy importante para establecer estrategias de trabajo y comprender el problema que afligía a estos adolescentes y a sus familias, se encontró mucha disposición por parte de algunos miembros de la familia y particularmente de ambos adolescentes a pesar de que las circunstancias en las que acudieron a la terapia fueron distintas.

En cuanto a los padres de familia, en ambos casos salieron a la luz problemas de pareja de mucho tiempo atrás, miedo por parte de las mamás sobre la salud y conducta de sus hijos, una gran dificultad en el establecimiento de reglas, dificultades para establecer acuerdos entre los adultos, así

como un escepticismo constante hacia la mejoría y madurez de sus hijos. Como se mencionó anteriormente en ambos casos estas familias cuentan con dos hijos varones, los hijos mayores están entrando a la edad adulta y con frecuencia los padres hacían comparaciones entre un hijo y el otro, lo cual daba pie a algunas discusiones dentro de la familia. En ambos sentidos se observaba impotencia, desconfianza y culpa.

Con frecuencia escuchamos a padres que no logran confiar en sus hijos pero a la vez sienten culpa de sus errores, por su parte, los hijos quieren confianza y libertad pero pocas responsabilidades, pareciera que padres e hijos hablan distintos idiomas y necesitan un traductor (terapeuta) que valide el discurso, las reglas, necesidades y los sentimientos de cada uno.

Los adolescentes con frecuencia, en un intento de escape, comienzan a tomar decisiones arriesgadas y que atentan contra su integridad, cortarse, agredir a otros, dejar de comer, consumir alcohol o bien tener un bajo desempeño escolar, todo esto sólo complica más su situación, aumenta la desconfianza y la vigilancia de los padres, a su vez, ellos se sienten menos comprendidos, las discusiones se hacen más frecuentes y de mayor intensidad, la familia queda encerrada en un círculo vicioso. Es decir, los padres parten de la idea de que autonomía implica responsabilidad, mientras que los adolescentes desean libertad con respecto a la autoridad de los adultos (Micucci, 2005).

Resulta una etapa complicada para padres e hijos, ya que la confianza, afecto, atención y cercanía son fundamentales, con frecuencia se torna en una etapa para la familia donde todo esto parece desaparecer, debido a la dificultad para reorganizar la dinámica familiar, pues el adolescente tiene otras necesidades, mientras que a los padres les resulta difícil comprender que ya no son unos niños. Lo recomendable es que los padres puedan estar informados de las actividades y amistades de sus hijos, pero a través de una buena relación con su hijo adolescente, cercana, comunicativa y de confianza, principal reto al que se enfrentan las familias con hijos adolescentes (Oliva, 2006)

1.3 La Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna como alternativa para abordar la problemática señalada

Desde hace algunos años la terapia familiar sistémica se ha vuelto una alternativa viable para los psicoterapeutas debido a su visión integral, por ende, más abarcadora del contexto en el que vive cada individuo, así como de los diferentes problemas que surgen al interior de un sistema, particularmente el familiar, que es el foco de este trabajo. Involucrarse en el campo de la terapia familiar sistémica implica un cambio en el pensamiento, no sólo en el actuar profesional, también a nivel personal. En este sentido, Keeney y Ross (2007) señalan que la terapia sistémica es una perspectiva que trata las pautas que conectan la conducta problema de una persona con la de otras.

Eguiluz (2001), afirma que la terapia familiar sistémica plantea totalidades e interacciones tanto internas como externas, de tal manera que la realidad es definida como un todo que no se puede explicar mediante sus partes aisladas. Lo anterior es un punto esencial para definir a la terapia

familiar sistémica, la cual, desde esta perspectiva, ha dado pie al estudio de diferentes problemáticas que surgen no sólo en el sistema familiar, también en el laboral, educativo y social.

El entender a la familia como un sistema, ha cambiado el modo de llevar a cabo la terapia; que nos aleja de la visión lineal cuya atención se enfoca en una causa-efecto, estímulo- respuesta, deja de mirar al individuo como un ser aislado para definirlo como miembro de un sistema más amplio, el cual, asimismo, forma parte de otros sistemas. Con frecuencia los clientes llegan al consultorio señalando a un miembro de la familia como el portador del síntoma o como la causa del problema, o acuden de manera individual asumiendo que tienen un problema y que su resolución depende únicamente de ellos mismos. En oposición a lo anterior Papp (1983) considera que en la terapia sistémica cada parte es entendida en el sentido de la totalidad, teniendo en cuenta que un cambio en una parte afectará a los demás. Con frecuencia, escuchamos que cuando un miembro de la familia decide hacer un cambio positivo en pro de su desarrollo o crecimiento personal, la respuesta del resto de la familia es impredecible puede resultar altamente positiva y motivante, o bien, puede haber una respuesta poco alentadora.

Es importante abordar algunos aspectos importantes a considerar de la corriente sistémica la cual parte de la Teoría General de los Sistemas, la Cibernética y la Teoría de la Comunicación. Algunos pioneros de la terapia familiar, provenientes de distintas disciplinas son: Nathan Ackerman (psicoanalista), quien además funda el Instituto de la Familia para proporcionar atención a familias de bajos recursos. Otro de los pioneros es Carl Whitaker “el terapeuta del absurdo” quien tenía un estilo terapéutico que rompía con viejas pautas y convencionalismos; Murray Bowen (psiquiatra) que con Lyman Wynne es uno de los primeros en hospitalizar a toda una familia.

En los años sesenta destaca Salvador Minuchin (psiquiatra y psicoanalista infantil), desarrolla el modelo estructural; Milton Erickson que trabaja con hipnosis y emplea la “paradoja terapéutica”; Don Jackson que con Weakland, Haley y Watzlawick en el Instituto de Investigación de Enfermedades Mentales de Palo Alto, California, comandados por Gregory Bateson, se interesan por las relaciones comunicacionales.

La teoría general de los sistemas

Las ideas acerca de los sistemas abiertos surgen de investigaciones de Wertheimer, Lotka, Lewin y en 1926 Bertalanffy. Es en 1947 cuando se publica la Teoría General de los Sistemas, por Ludwig von Bertalanffy. La teoría de los sistemas trata de totalidades y de interacciones tanto internas como externas con el medio. La propuesta es definir a la realidad como una totalidad que no puede ser vista o explicada por medio del estudio de sus partes aisladas. Uno de los objetivos de esta teoría es descubrir similitudes o isomorfismos en las construcciones teóricas de las distintas disciplinas, y crear leyes análogas; un segundo objetivo sería encontrar un lenguaje común a diversas ciencias especializadas (Eguiluz, 2001).

El concepto de *sistema* se refiere a un conjunto de objetos interactuantes, cada uno de los cuales tiene su complejidad de acuerdo a su número, clase e interrelaciones; existen *sistemas abiertos* que se comunican con otros sistemas, intercambian información o energía y son sistemas con vida, el individuo, la familia, la escuela, etc. Los *sistemas cerrados* están aislados, no se comunican con otros y no tienen vida, son objeto de estudio de la física y la química (Montalvo, 2009).

La *recursividad* es una propiedad de los sistemas y consiste en que un sistema se vincula verticalmente con otros sistemas llamados *suprasistemas* y *subsistemas*, donde los sistemas menores se encuentran dentro de otros mayores, sin embargo cada cual tiene una sinergia, es decir, tiene sus propias características y se comporta de acuerdo a ellas (Eguiluz, 2001).

Por otra parte, el concepto de *equifinalidad* implica la tendencia a alcanzar el mismo resultado aunque varíe el punto de partida, así el sistema alcanza un estado uniforme. Otro concepto importante es el de *entropía*, entendido como el grado de desorden o desorganización el cual es continuo; por su parte, la *entropía negativa* o *neguentropía* se dirige al orden y la organización en un sistema cerrado. En los sistemas abiertos hay una constante incorporación y eliminación de materia, no se pretende alcanzar un estado de equilibrio, más bien un estado uniforme (Eguiluz, 2001).

Por otra parte, la *homeostasis*, implica el surgimiento de comportamientos que tienen la función de mantener el equilibrio del sistema. En relación a este concepto, está el de *retroalimentación* referida a la capacidad de los sistemas vivos para automodificarse ante cambios en el medio, puede ser de dos tipos, la *retroalimentación negativa* que conlleva a la homeostasis y la *retroalimentación positiva* que lleva al cambio (Montalvo, 2009).

Bateson se refiere a la retroalimentación en las interacciones humanas, los cuales tienen el fin de dar estabilidad a la organización, por tanto, un sistema perdura debido a que es autocorrectivo. Pero, como ya se ha mencionado, la estabilidad de un sistema está basada en los cambios que permitan mantener su estado. Un concepto continuamente utilizado por Bateson será el de *estético*, con lo cual, trata de referirse a lo que es sensible a la pauta que conecta. La cuestión es que al observar, no sólo se deben tener en cuenta lo aparente, sino que es necesario dirigir la atención a las relaciones más formales, a los patrones característicos del objeto. El autor habla de encarnar relaciones entre las partes, en las formas y en las figuras (Vargas, 2004).

La pauta que conecta se trata de una danza de partes en continua interacción con límites físicos y límites impuestos por cada organismo. De acuerdo con la idea de la pauta que conecta, toda comunicación requiere un contexto, las palabras y las acciones sin un contexto carecerían de significado. Asimismo, las definiciones, argumentos y descripciones surgen de una historia o complejo de conectividad llamada *relevancia*, que es la formación de distintas conexiones relevantes para quien crea o narra la historia (Bateson, 1982).

La historia que cada uno describe, depende del mismo sujeto, de las pautas y secuencias de las experiencias personales, basadas en los demás sujetos con los cuáles interactuamos y que son parte de esas mismas experiencias, pero la definición de estas, depende del sujeto que las describe (Keeney, 1994).

Bateson utiliza el término “descripción doble”, es decir, en la interacción entre dos personas, cada una tiene su visión de dicha interacción, cuando un observador combina estas dos visiones tendrá su propia percepción del sistema en interacción, lo que podría ser una vía de acceso a las pautas que conectan (Keeney y Ross, 2007).

Bateson (1982), enumera algunas características comunicacionales básicas, derivadas del pensamiento científico:

1. *La ciencia nunca prueba nada.* La ciencia mejora y refuta hipótesis, pero no las prueba. El hecho de que la descripción está dada en palabras, figuras o imágenes, puede ser distinto de aquello que se describe, en primer lugar porque la *descripción depende de nuestra percepción* que opera en las diferencias y las diferencias muy pequeñas o presentadas muy lentamente, no son perceptibles, es decir, hay diferencias que escapan de la percepción. En resumen, *la ciencia indaga, no prueba.*
2. *El mapa no es el territorio, y el nombre no es la cosa nombrada.* Debe tomarse en cuenta que la percepción o su comunicación transforma al objeto, pues esta se da a partir de una clasificación. El nombre no describe con exactitud al objeto o bien no es el objeto mismo.
3. *No hay experiencia objetiva.* La experiencia con los objetos es subjetiva, es creación del que observa, la experiencia está determinada por la percepción y características del observador.
4. *Los procesos de formación de imágenes son inconscientes.* Se es consciente de los productos de los procesos de percepción, no del proceso como tal.
5. *La división del universo percibido en partes y totalidades es conveniente y puede ser necesaria, pero ninguna necesidad determina de qué modo debe practicársela.* La descripción siempre contendrá características parciales.
6. *Las secuencias divergentes son impredecibles.* Se cree que la ciencia puede predecir y controlar, aunque en muchas clases de fenómenos es imposible. Aun cuando un método sea muy preciso, pues lo vuelve tan específico que no puede generalizarse.
7. *Las secuencias convergentes son predecibles.* En este caso se describe a individuos, por tanto la descripción de estos sí puede ser predecible ya que es más específico.
8. *Nada puede provenir de la nada.* El cero o la ausencia de un suceso en determinado contexto puede ser un mensaje, dicho contexto es creado por el receptor.
9. *El número es diferente de la cantidad.* Los números son el producto del recuento, las cantidades lo son de la medición. Los números son exactos, la cantidad es imposible que sea exacta.

10. *La cantidad no determina la pauta.* La pauta está antes que la cantidad influya en el sistema. Un cambio de pauta será impredecible, esta determina el número.
11. *En biología no hay valores monótonos.* Para cada objeto y experiencia hay un valor óptimo.
12. *A veces lo pequeño es hermoso.* Incluso lo muy pequeño puede ser inestable en relación al contexto o medio.
13. *La lógica es un modelo deficiente de la causa y el efecto.* Cuando las secuencias de causa y efecto se vuelven circulares, la descripción en la lógica atemporal se vuelve contradictoria, dejando incompleta la explicación de causalidad.
14. *La causalidad no opera hacia atrás.* Es decir, nunca es primero el efecto y después la causa. Pero en un sistema causal al tornarse circular, implica que un cambio en cualquier parte puede considerarse como causa de un cambio, en un momento posterior.
15. *Por lo común, el lenguaje sólo destaca uno de los aspectos de una interacción cualquiera.* El lenguaje expresa interacciones en el tiempo y sólo pueden ser dos conjuntos. Las cosas tienen cualidades y atributos, pero estos son producidos en sus relaciones internas y con el hablante.

En cualquier sistema, el cambio es necesario e inevitable, cada individuo y cada sistema se enfrenta a cambios en el medio y en su interior, el ciclo vital de la familia es un claro ejemplo, ya que cada etapa de este requerirá modificaciones importantes en la organización y estructura del sistema familiar, poniendo en riesgo la estabilidad tanto individual como del sistema familiar (Keeney, 1994).

La organización de la familia y los cambios necesarios a través del tiempo pueden romper con la estabilidad de un sistema familiar lo que puede conllevar a la aparición de síntomas, debido a la dificultad para cambiar el modo de organización que han estado llevando, por tanto, la terapia familiar implica un proceso que busca alterar la forma habitual de funcionamiento de la familia, según su forma de comunicación, roles, reglas, patrones de relación y formas de control (Eguiluz, 2001). A este respecto, es frecuente observar lo difícil que resulta para las familias realizar cambios acordes con el desarrollo y adaptarse a los cambios obligados por alguna crisis que hayan enfrentado.

En este sentido, el enfoque sistémico permite al terapeuta poner atención en los aspectos que implican al sistema familiar en cuanto a sus interacciones y organización, asimismo, juega un papel crucial la retroalimentación, la cual promueve la autocorrección en lugar del descontrol, así como la adaptación y la evolución del sistema, citando a Keeney (1994): uno de los objetivos del terapeuta es *“activar el orden del proceso de retroalimentación que permita a la ecología perturbada autocorregirse”* (p.88).

En la terapia familiar sistémica, las interacciones que el terapeuta tiene con la familia afectan la organización completa ya que forma parte del sistema desde el momento en que comienza la terapia, desde el primer contacto con la familia, el terapeuta tiene que asumirse como parte del

sistema, su postura, actitud y comportamiento influirán notablemente en la dinámica de la familia, es inevitable no hacerlo, lo que le da al terapeuta una gran responsabilidad (Keeney, 1994).

Teoría cibernética

Keeney y Ross (2007), definen la cibernética como *“la organización de sistemas de comunicación por referencia al abordaje que hacen así del cambio como de la estabilidad”* (p. 15). En este sentido, las familias están orientadas al cambio, a la estabilidad o como una combinación de ambas, en cibernética, no es posible separarlos.

Esta teoría se atribuye a Norbert Wiener, la cual busca un paralelismo entre la máquina, el cerebro y la sociedad. Los principales temas de la cibernética son la coordinación, la regulación y el orden a través del control, no se estudia el funcionamiento, sino el comportamiento de los objetos. Se habla de que los sistemas complejos, dinámicos e interconectados, al haber una variable alterada, tiene como consecuencia cambios en todos los factores (Eguiluz, 2001).

La cibernética sugiere que todo cambio puede entenderse como el empeño en mantener cierta constancia, lo cual se logra a través del cambio, definido por el término homeostasis (Vargas, 2004).

Las propiedades del observador conforman lo observado. La distinción establecida por el observador, la establece para otro observador, por tanto, conocer el mundo implica un contexto social. Es importante recalcar que el observador siempre participa en lo que observa, por tanto sus enunciados son autorreferenciales (Keeney, 1994).

En la cibernética no es posible separar estabilidad del cambio, es imposible un cambio si no hay una estabilidad por sobre él, a su vez, la estabilidad descansa en los procesos de cambio, estos procesos están relacionados con la retroalimentación, a partir de la cual el cambio no se da de manera descontrolada, de lo contrario el sistema estaría en riesgo de destruirse. Parte del trabajo del terapeuta es activar el orden en el proceso de retroalimentación de manera que el sistema logre autocorregirse (Keeney, 1994).

Entonces, la cibernética simple o de primer orden se refiere a las nociones de homeostasis y adaptación. Existe una cibernética de segundo orden donde se abordan los conceptos de autorreferencia, autonomía, pero además en esta se da un salto en el orden de recursión, incluyendo al observador como parte del sistema observado, aquí ser objetivo o subjetivo no es lo importante, destaca el hecho de que hay una relación entre observador y observado, por lo que es necesario averiguar de qué forma participa el primero en lo segundo (Keeney, 1994).

Los puntos anteriormente abordados son aspectos esenciales para comprender la terapia familiar sistémica, de estos se derivan diferentes modelos que enfocan su atención a los aspectos del sistema familiar, lo que cambia es la forma en la que se manejan los problemas que

presenta la familia, es así como surgen el modelo estructural, estratégico, el MRI, Milán y Centrado en Soluciones. De estos modelos se abren muchas posibilidades de intervención para el terapeuta, ya que en muchas ocasiones uno de ellos será más adecuado para determinada familia o problemática, es importante y necesario que el terapeuta se acerque a cada uno, de manera que en algún momento adoptará determinadas estrategias, o bien, se identificará con alguno en particular debido a sus características personales. Más adelante se abordará con detalle el Modelo Centrado en Soluciones utilizado particularmente en los casos presentados posteriormente.

El posmodernismo

El posmodernismo implica un paso adelante a la terapia sistémica, si bien, deriva de ella, entiende a la persona de diferente modo, ha abierto otra posibilidad en el trabajo con familias. El posmodernismo es un movimiento en el que se considera que el conocimiento está construido socialmente a través del lenguaje, por lo que los modelos de terapia posmodernos se entienden como un proceso conversacional donde se construyen nuevos significados, historias alternativas, posibilidades y soluciones. Si bien, en algún sentido, parecen oponerse la terapia sistémica y posmoderna, comparten la visión integral y el no limitarse al individuo en aislado, a su vez, sigue siendo relevante el papel del terapeuta dentro del sistema, como parte de este, premisas filosóficas de las cuales se integra la visión posmoderna, la terapia narrativa y colaborativa entran aquí, aunque la terapia centrada en soluciones también se ha considerado una terapia posmoderna. Retoma las propuestas de Mihail Bakhtin, Jaques Derrida, Michel Foucault, Jean Francois Lyotard, Richard Rorty y Ludwig Wittgenstein, entre otros (Tarragona, 2006).

El posmodernismo deriva el *constructivismo*, cuyos principios básicos son: el conocimiento no se recibe pasivamente, es construido por el sujeto cognoscente y la función de la cognición es adaptativa y sirve para organizar el mundo experiencial del sujeto. Por tanto, una descripción, definición o conceptualización, deriva de las construcciones de quien escribe (Glaserfeld, 1996).

De acuerdo con la teoría constructivista del conocimiento, la viabilidad está relacionada con el concepto de equilibrio, que se refiere a un estado en el que las estructuras cognitivas del conocedor arrojan resultados esperados, tomando en cuenta que el equilibrio es dinámico, pero esta construcción de experiencias implica una interacción social con otros sujetos también cognoscentes. Considerando que el sujeto posee la capacidad de establecer recurrencias en la experiencia, recordar, recuperar, comparar, posee esquemas mediante los que el sujeto construye un conocimiento o experiencia (Glaserfeld, 1996).

Shotter (1996), distingue entre objetos psicológicos y objetos sociales. Los primeros incluyen a la mente, la atención, la memoria, la motivación, la percepción, la emoción, y estos son definidos como entidades en proceso de construcción y a su vez abiertas a reconstrucciones. Los objetos sociales están mediados por el lenguaje, en este sentido, nuestras formas de habla pueden afectar

o influir en las personas. Hay ciertas entidades que tienen una naturaleza parcialmente construida, por lo que es difícil desconstruirlas o reconstruirlas radicalmente. Es importante considerar que la *interacción social* es un componente esencial en el conocimiento y en ella está involucrado el lenguaje. De estas interacciones, el sujeto desarrollará una forma de pensar o un concepto acerca de sí mismo y de los otros.

Según Keeney y Ross (2007), desde la perspectiva constructivista, toda descripción sobre familia y terapia familiar se toma como información acerca del observador o terapeuta, es decir, la descripción del observador, habla más de este que de la familia o lo observado, o tanto como sobre esta.

Por otra parte, los modelos de terapia posmodernos retoman las ideas del *construccionismo social*, que no sólo se enfoca en el conocimiento, también considera a la vida psíquica interior de los individuos, la cual nunca está terminada, sino que está en constante construcción y cambio, de acuerdo con el construccionismo social la vida interior existe a través del lenguaje, a través del cual se hace presente (Shotter, 1996).

Por otra parte, Gergen (1996) dice, “quitar lo social de lo científico sería no dejar nada que pueda ser considerado conocimiento” (p. 156). El conocimiento incluye teorías, organización de los grupos sociales, los orígenes sociales de las teorías, una cultura y un contexto histórico. Por tanto una descripción indica un hecho en una situación particular, no es generalizado y no se está hablando de una verdad absoluta. De acuerdo a lo anterior, Gergen menciona lo siguiente:

- *Los términos mediante los cuales describimos el mundo y nosotros mismos no están dictados por los objetos hipotéticos de tales descripciones, estas dependen del aspecto literario, de las condiciones y de los procesos sociales.*
- *Los términos y formas mediante los cuales obtenemos la comprensión del mundo y de nosotros mismos son artefactos sociales, productos de intercambios histórica y culturalmente situados entre las personas.* Desde el construccionismo, las descripciones son resultado de relaciones cooperativas, que surgen dentro del diálogo.
- *La medida en la que una descripción del mundo o de nosotros se mantiene en el tiempo no depende de la validez empírica, sino del proceso social.* La descripción puede cambiar, sin afectar a la teoría. La metodología puede no ser una garantía, pero puede demostrar la existencia de un fenómeno.
- *El principal significado del lenguaje es que está inmerso en patrones de relación.* El construccionista se interesa por los modos de relación y las muestras del lenguaje, no tanto por la verdad, validez u objetividad de la teoría.

- *Valorar las formas del discurso es evaluar la vida cultural.* Esto permite una integración de la totalidad, el modo en que el discurso impacta en la vida de los miembros de las comunidades relacionadas, es lo más importante desde el construccionismo.

Gergen (1996) afirma que desde esta perspectiva, las relaciones tenderán a la estabilidad, a través de procesos de ajuste mutuo y negociación, compartiendo patrones de intercambio reiterativos, mediante medios convencionales. Eso incluye al lenguaje, el cual tiene un código moral implícito.

Desde la perspectiva posmoderna, en la terapia se da prioridad a la diversidad de ideas, se considera a la familia como un sistema social generativo y no como un sistema homeostático como se define desde la visión sistémica, asimismo, la familia le da un significado a los problemas y estos existen en el lenguaje, desde esta perspectiva se abandona la idea de jerarquía y señalar al terapeuta como único experto en la terapia, es decir se comparte la responsabilidad entre el terapeuta y el cliente respecto del proceso terapéutico (Arango y Moreno, 2009).

La terapia con enfoque posmoderno difiere respecto a la terapia sistémica en que consideran a los problemas como construcciones lingüísticas, donde cobra gran importancia la influencia de las ideas universales dominantes, por tanto, el terapeuta debe establecer un contexto para facilitar el proceso de cambio en lugar de cambiar a una persona o grupo de personas (Anderson, s/f).

Si bien, este enfoque se considera diferente del sistémico se encuentran puntos en común; algunos aspectos que señala Anderson (s/f), por ejemplo: se hace énfasis en la colaboración, se evitan las etiquetas y se rechazan las clasificaciones de los individuos y las familias sobre su comportamiento, además de que se habla abiertamente de los prejuicios o ideas dominantes que influyen directamente en la dinámica de la familia.

En los modelos posmodernos de terapia, se pone énfasis en la terapia narrativa donde se le da gran importancia al lenguaje y a la forma en que se hace uso de él, pues mediante este se puede distorsionar una experiencia, condicionar la forma de actuar o sentir. Se mantiene la neutralidad étnica y de género, cuida los vocabularios desarrollados institucionalmente que patologizan a la persona y a sus problemas, además de que descentra al terapeuta asegurándose de que es la persona quien está en el centro de la terapia (Payne, 2000).

La metáfora narrativa propone que las personas viven sus vidas conforme historias que modelan su vida y tienen efectos reales sobre ellos. Dichas historias se componen de un panorama de acción constituido por hechos, secuencias y una dimensión temporal, y por un panorama de conciencia que parte de sus interpretaciones, incluye sus deseos, preferencias, cualidades personales, motivos, creencias, etc. (White, 1989).

Los modelos sistémicos y posmodernos de terapia han dado la posibilidad de ver al sujeto en su totalidad, tiene en cuenta no sólo al individuo, sino a todo su contexto, todo aquello que lo conforma para así comprenderlo, ha sido un cambio importante en la forma en que se ha concebido a la psicología, pues la objetividad estricta planteada por otras corrientes se limita demasiado en la comprensión de las personas y sus problemáticas. El retomar la importancia de la subjetividad, de la interacción social y de los significados, de cómo estos se construyen y las diferencias que existen en cada miembro de una familia en el significado que atribuyen a un suceso, lo que en ocasiones genera una gran dificultad de comunicación. Otro aspecto esencial de conocer estos modelos es la postura del terapeuta, en primer lugar, desde tener claro que el terapeuta es parte del sistema, el simple hecho de ser observador ya lo hace parte de este, tener claro esto, determina la forma en que el terapeuta establece una relación con las personas que asisten a consulta.

1.4 Caracterización de los escenarios donde se realizó el trabajo clínico

En los cuatro semestres se trabajó en tres sedes diferentes, las cuáles se mencionan en las siguientes líneas, se trabajó con un formato similar, en el sentido de contar con equipo terapéutico, supervisor y terapeuta. Asimismo, se videograbaron las sesiones con el previo consentimiento de los usuarios y duraban aproximadamente una hora.

El primer semestre se dividió al grupo en equipos de cuatro personas para fungir como observadores de los terapeutas de la generación 11 de la Residencia en terapia familiar, ya que cada equipo terapéutico trabaja en una sede diferente tuvimos la oportunidad como grupo de ver diferentes espacios y supervisores trabajando, un día de la semana todo el grupo fuimos parte del equipo de observación en la Clínica de Terapia Familiar de la FES Iztacala, la dinámica es muy interesante ya que como observadores tenemos un modelo de trabajo, necesario para nuestra futura práctica y trabajo con familias.

En un segundo momento el grupo se dividió en dos equipos, un equipo quedó como observador en la clínica de Terapia Familiar y en el segundo, nos tocó ser observadores en la Clínica Tlalnepantla del ISSSTE, donde no se cuenta con un espejo de visión unilateral, es una sola sala, detrás de la familia o paciente, se encuentra el equipo terapéutico, el equipo de observación y el supervisor, es una experiencia muy distinta, pues estamos mucho más cerca de los pacientes, somos más visibles para ellos, esto permite hacerse consciente de la gran responsabilidad que tiene no sólo el terapeuta, sino todo el equipo terapéutico; todos los que estamos ahí, de alguna forma influimos en la persona que asiste a consulta, en sus respuestas, en su actitud e incluso es posible que se sienta más acompañada y motivada, pues realmente se trabaja con la confianza de que su problema se resolverá.

Ser parte del equipo de observación permite hacerse preguntas, visualizar las estrategias utilizadas por los terapeutas y asociarlas con un modelo terapéutico, es una forma de hacer concreto

lo que se revisa en los seminarios a diario. Este acercamiento al sistema terapéutico nos muestra claramente el camino de lo que haremos más tarde como terapeutas. Tiene una gran implicación ética, pues es en donde se fortalece nuestro respeto y empatía hacia las familias o individuos que asisten a la terapia, independientemente del tipo de problema que manifiesten, hacia el terapeuta quien está en ese momento haciendo una gran labor, concentrándose, trabajando en su persona y estableciendo una alianza con su paciente, con el equipo terapéutico, quien se muestra interesado y quien se sabe parte del sistema por lo que también asume una responsabilidad en el caso, así como al supervisor o supervisora al frente, pues se conoce su postura, su experiencia, sus aportaciones, por lo que con frecuencia nos preguntamos por qué se dio determinado mensaje o se adoptó cierta estrategia.

En el segundo semestre mi equipo terapéutico trabajó en la Clínica de Terapia Familiar ubicada dentro de las instalaciones de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, las características de la clínica es que se cuenta con dos salas, una en donde se atiende a las familias y están de frente al terapeuta, en la otra sala está el equipo terapéutico, el supervisor, y en su momento, el equipo de observación, ambas divididas por un espejo de visión unidireccional, la vía de comunicación es un teléfono, donde el equipo llama al terapeuta en el momento en que tenga preguntas o mensajes.

El primer contacto con el usuario es por llamada telefónica para dar cita y obtener información general de las familias o personas que se atenderán y, en esta misma llamada, les damos la información de la forma de trabajo de esta Residencia. Las sesiones duran aproximadamente una hora y se cita a los pacientes cada quince días con algunas excepciones donde se puede llegar a trabajar semanalmente; en un primer momento el equipo terapéutico y el terapeuta hablan del caso, generando hipótesis y sugerencias de trabajo, después el terapeuta trabaja con la familia durante 40 o 50 minutos, durante los cuales el equipo terapéutico hace sugerencias y preguntas vía telefónica, después el terapeuta hace una pausa para ir a la segunda sala con el equipo y el supervisor, donde se hacen precisiones, observaciones, comentarios y se elabora un mensaje para la familia o paciente; el terapeuta regresa a la sala de consulta y da el mensaje final y deja alguna tarea, no se hacen más comentarios y se da la siguiente cita.

Los usuarios de esta sede son generalmente personas que viven en la comunidad de los Reyes Iztacala en el Municipio de Tlalnepantla, el tipo de problemas que se atiende varía, desde familias con niños pequeños hasta adultos mayores. El espacio resulta ser cómodo, debido a que es suficiente tanto para equipo terapéutico como para las familias, el contar con una comunicación vía telefónica, permite al equipo estar mucho más activo durante la sesión, ya que hay la posibilidad de compartir y formular los distintos puntos de vista que van surgiendo, da la oportunidad de reflexionar y llegar a un acuerdo sobre los mensajes y preguntas que se harán a la familia, así como de apoyar de una forma más sutil al terapeuta.

Es interesante que como terapeuta nos sentimos muy acompañados aunque no veamos al equipo, sabemos que contamos con ellos, por lo que ante situaciones difíciles tenemos un gran respaldo. Además todo el trabajo de los seminarios en los que se comparten conocimientos, nos conocemos como personas, lo que es una gran ventaja, pues el equipo mismo, te conoce, aprende a “leerte”, de forma que percibe el momento en el que tienes dudas o te encuentras en dificultades, pero también observa y espera el momento oportuno en el cual intervenir, cuando necesitas ayuda y cuando únicamente requieres unos momentos para reelaborar alguna pregunta. A pesar de no vernos de frente, aprendemos a comunicarnos y a ser empáticos con el terapeuta que está trabajando en ese momento con la familia o paciente.

La segunda sede en la que trabajamos como equipo terapéutico fue la Clínica Tlalnepantla del ISSSTE, las sesiones están organizadas de la misma forma en que en la clínica de Terapia Familiar, sin embargo, el espacio es diferente, ya que es una sala donde se encuentra el terapeuta frente a la familia o paciente, y detrás de estos se encuentra el equipo terapéutico y la supervisora. Debido a que nos encontramos más visibles para los pacientes, las indicaciones, sugerencias, mensajes o preguntas se escriben en un pizarrón que se encuentra en la parte trasera para que el terapeuta pueda leerlo, la participación del equipo es menor durante la sesión, aunque sigue siendo muy activa durante la pausa para dar el mensaje final, debido a las circunstancias, las ideas del equipo se comunican a la supervisora vía escrita o cuidando el volumen de voz para no interrumpir al terapeuta. Además, para el mensaje final se solicitaba al paciente saliera unos minutos de la sala mientras se elaboraba este.

Esta diferencia en el espacio tiene una gran ventaja, el hecho de que el equipo terapéutico se haga visible para los pacientes, genera un ambiente de confianza y de cercanía, brinda una sensación de mayor acompañamiento, pues en muchas ocasiones los mismos pacientes volteaban a ver al equipo haciendo algún comentario en el que los incluía en la conversación, o en otras ocasiones hacían preguntas dirigidas de forma directa al equipo terapéutico, también sucedió que hubiera intervenciones directas de la supervisora en la sesión, que resultaban ser estrategias donde se generaba una nueva información o un cambio en la dinámica terapeuta -paciente en un sentido muy positivo.

Algo muy característico de esta sede es que son usuarios constantes y puntuales en sus citas, la ausencia o baja de usuarios es mínima, con mucha más frecuencia se trabajó con familias enteras o por lo menos con algunos miembros. Esta constancia podemos considerarla debido a que muchas veces los usuarios tienen que esperar a obtener una cita para alguno de los servicios que ofrece la clínica del ISSSTE, por lo que, tienen presente que perder una cita implicaría perder un lugar y probablemente esperar un tiempo largo para conseguir otra. Este tipo de servicios también tiene la desventaja de que está tan saturado que las personas tienen que esperar mucho tiempo para ser atendidos, deben llegar mucho antes para no perder su turno y son atendidos mucho

después del horario de su cita, por lo que probablemente el tener presente esto, de alguna manera influye en que respeten sus citas, lo que también nos lleva a nosotros como miembros de la Residencia en Terapia Familiar, respetar el tiempo y valorar la disposición de nuestros usuarios.

La tercer sede en la que trabajamos es el Colegio de Ciencias y Humanidades (CCH-UNAM) plantel Azcapotzalco, donde trabajaba el terapeuta con el paciente y detrás del paciente el equipo terapéutico, el supervisor y el equipo de observación; el supervisor anotaba en un pizarrón algunas sugerencias, indicaciones o preguntas al terapeuta quien las leía para el paciente, generalmente el equipo terapéutico sólo aportaba durante la pausa para el mensaje, o bien vía escrita daba algunos comentarios al supervisor. Al final de la jornada de trabajo se solía dar retroalimentación a cada uno de los terapeutas y al equipo terapéutico así como al supervisor, del mismo modo se daba un espacio para proponer un plan de trabajo para la siguiente sesión de cada paciente. Se veía quincenalmente a la familia, tres usuarios en una semana y el cuarto en la siguiente, el tiempo restante era para la retroalimentación pero también para que hubiera espacio si es que era necesario ver a alguna familia o paciente semanalmente.

A esta sede acudían generalmente adolescentes, alumnos del CCH, por lo regular solicitaban terapia individual aunque en algunos casos se logró traer a otros miembros de su familia. Los usuarios eran canalizados por el área de psicopedagogía del CCH, del mismo modo se grababan las sesiones y al inicio del proceso terapéutico los pacientes firmaban un consentimiento informado, previo a que se les diera la información pertinente sobre nuestra forma de trabajo.

Trabajar en esta sede fue una experiencia muy grata, pues el acercarse a los adolescentes, al medio en el que se desenvuelven, sensibiliza al terapeuta, pues aprendemos a ver con otros ojos al adolescente, no como una etapa de caos, sino como una etapa de búsqueda de independencia, de identidad, de afecto. La constante aquí, es atender adolescentes que buscan ser escuchados, comprendidos, tener una guía en una etapa en la que se encuentran realmente confundidos y en la que muchas veces la relación familiar se ve deteriorada, hablaré a detalle de esto, en los siguientes capítulos.

CAPÍTULO 2

MARCO TEÓRICO

2.1 Análisis de los principios teórico metodológicos de los modelos de intervención en terapia familiar sistémica y/o posmoderna que sustentan los casos presentados

Dentro del marco de la terapia familiar sistémica y posmoderna existen diferentes modelos bajo los cuáles se puede intervenir, cada uno con sus particularidades, en este trabajo, se exponen el Modelo Centrado en Soluciones que pertenece al enfoque de la Teoría Sistémica, aunque se le ha considerado un modelo Posmoderno y la Terapia Narrativa perteneciente al posmodernismo, en ambos casos se presentan sus antecedentes, principales representantes, así como los puntos que los rigen, aunque cuentan con diferencias notables, han sido una herramienta útil en el proceso terapéutico de los casos que se presentarán.

2.1.1 El modelo centrado en soluciones

2.1.1.1 Introducción y antecedentes del modelo

El Modelo Centrado en Soluciones marca una diferencia en los diferentes modelos que se derivan de la Terapia Familiar Sistémica ya que se enfoca en los recursos y posibilidades de las personas, más que en el problema, asimismo, se ocupa de cómo resolver los problemas y no en el cómo surgieron estos (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1990).

Las principales ideas del Modelo Centrado en Soluciones son retomadas de Milton H. Erickson, quien insistía en que con el paciente se debe hablar y actuar con confianza para que éste a su vez confíe en el terapeuta, ofreciendo de esta manera un marco anímico agradable pues *“ya suficiente tienen con su propio dolor y aflicción”* (Zeig, 1985). Derivado de esta idea, el trabajo del terapeuta implica no dejar de resaltar los recursos, logros y cambios por pequeños que estos sean, así como expresar la certeza de que el problema será resuelto; esta propuesta de terapia, permite que el cliente adquiera mayor esperanza y confianza en que su problema pueda resolverse.

El modelo también adopta la idea de no centrarse en el pasado ya que, de acuerdo con Erickson, este no puede modificarse; conocer el pasado puede servir como información, sin embargo, lo importante es el presente, pues cada día hay un cambio en la vida de las personas (Zeig, 1985), tarea que a veces puede resultar difícil pues muchas veces el paciente está estancado en el pasado regresando una y otra vez a este, por lo que, no se trata de restar importancia a lo que el paciente trae a la sesión, más bien, retomar qué es lo que del presente está funcionando y que puede permitirnos construir una solución.

También se debe tomar en cuenta que, retomando a Milton H. Erickson, la *utilización* es imprescindible en el proceso terapéutico, esto es, que debemos utilizar lo que el paciente trae

consigno a la terapia, el terapeuta debe ser muy cuidadoso y estar alerta para no dejar pasar cualquier información que pueda servir, dentro del discurso del paciente siempre hemos de encontrar excepciones al problema (De Shazer, 1985).

En el enfoque de soluciones se indaga en las excepciones al problema, esto ayuda a que el cliente ponga atención en lo que funciona y no sólo en el problema, asimismo, delimita lo que es importante para trabajar en terapia. O'Hanlon y Weiner-Davis (1990) plantean que los clientes van a algún sitio y el terapeuta tiene la tarea de despejar el terreno delante de ellos para que puedan conducirse hacia sus objetivos y soluciones, lo cual implica a su vez, destacar recursos, excepciones, retomar aquello que sirve o ha sido útil en algún momento.

2.1.1.2 Exponentes principales y sus aportaciones

El modelo se desarrolló en el BFTC (Centro de Terapia Familiar Breve) en Milwaukee, Wisconsin, E.U.A. cuyo cofundador es Steve De Shazer en 1978, entre sus colaboradores están Marvin Weiner, Elam Nunnally, Eve Lipchik, Alex Molnar e Insoo Kim Berg (De Shazer, 1985).

Los autores principales que desarrollaron el modelo son William H. O'Hanlon, Michele Weiner-Davis y Steve de Shazer. Si bien, el enfoque adoptó la idea de Haley y Thomas Szasz sobre tratar a la gente de forma normal porque así actuaban como tal, los precursores más influyentes en el desarrollo del modelo fueron Milton H. Erickson, la Clínica de Terapia Breve del Mental Research Institute (MRI) y el Centro de Terapia Familiar Breve o BFTC (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1990).

Una aportación importante de Wally Gingerich, John Walter y Michele Weiner-Davis, es que su enfoque se basó en una epistemología sistémica que incluía al terapeuta, al equipo y a la familia como un todo, formulando así una *teoría binocular del cambio* donde la interacción entre la conducta de la familia y el equipo terapéutico influyen en la cooperación de la primera para el desarrollo de la terapia. Por otra parte, una de las aportaciones de Bill O'Hanlon y Michelle Weiner-Davis al modelo es la cocreación de problemas solubles, introduciendo el principio de incertidumbre en la definición del problema utilizando preguntas que generan información sobre capacidades, recursos y lados fuertes de los clientes (Espinosa, 2004).

Un precursor muy importante del modelo de soluciones es De Shazer quien resalta la importancia de la descripción de excepciones del problema y del lenguaje, en relación a esto se apoya en Wittgenstein con la idea de que es más útil observar cómo se usa el lenguaje a diario, coincidiendo además en que las teorías filosóficas y psicológicas tienden a clasificar y señalar cómo deben de ser las cosas y no en describir cómo son, la terapia centrada en soluciones, por tanto, busca mediante preguntas producir un significado externo de las experiencias internas del cliente (Chang y Nylund, 2013).

2.1.1.3 Principios básicos

Se inicia este apartado enunciando un principio muy importante para del modelo centrado en soluciones: *“El cambio no sólo es posible sino también inevitable”* (p. 84, De Shazer, 1985). Es por ello que el terapeuta debe dirigir su atención a los episodios en donde el problema no se presenta, así como actuar con la convicción de que el cambio es inevitable dará mayor confianza y aliento al cliente.

De acuerdo con este modelo, se deja de lado el concepto de resistencia y más bien se conceptualiza al cliente de forma distinta, O’Hanlon y Weiner-Davis (1990) consideran que cada cliente tiene su forma de cooperar, la tarea del terapeuta es identificar la forma en que lo hace y utilizarla. Estos autores señalan que en el enfoque centrado en soluciones se parte de las siguientes premisas:

1. Los clientes cuentan con recursos y fuerzas para resolver sus quejas, el terapeuta debe identificarlas y utilizarlas.
2. El cambio es constante, por tanto, inevitable, a veces es la forma de ver las cosas la que sigue siendo igual.
3. El terapeuta debe identificar y ampliar el cambio, por pequeño que sea.
4. No es necesario conocer mucho sobre la queja, el terapeuta se centra en lo que el cliente hace y le da buen resultado.
5. No es necesario conocer la causa o función de la queja para resolverla.
6. Un cambio en una parte del sistema puede producir un cambio en otra parte.
7. Los clientes definen los objetivos, por tanto, se debe cuidar que no se esté trabajando con el objetivo del propio terapeuta.
8. El cambio o solución de problemas puede ser rápido, el tratamiento generalmente dura de 4 a 10 sesiones.
9. Puntos de vista diferentes pueden ser válidos y ajustarse a los hechos.
10. El terapeuta debe centrarse en lo posible y que puede cambiarse, no intentar cambiar características de la personalidad.

Una de las primeras tareas del terapeuta es negociar y definir el problema como algo resoluble y específico, haciendo énfasis en que el cliente tiene la capacidad para resolver su problema, al elaborar los objetivos, estos tienen que ser concretos, empezando con cosas pequeñas, evidenciando que el cambio ya se ha producido, por tanto los objetivos, en la medida de lo posible, deben referirse a lo que las personas hacen o dicen (O’Hanlon y Weiner-Davis, 1990).

Como señala De Shazer (1985), basta con una conducta diferente para impulsar una solución y un cambio; asimismo, una conducta que en un momento puede ser considerada un

síntoma, en otro momento puede considerársele como adecuada, dependiendo del escenario o el significado que se le dé.

De Shazer (1985) habla de las 12 puertas para la construcción de las quejas: un trozo o secuencia de conducta, el grado en que es involuntaria, los significados que se le dan, frecuencia, lugar, terceros significativos involucrados, qué o quién tiene la culpa, factores ambientales, estado fisiológico, sensaciones, horribles predicciones sobre el futuro y expectativas utópicas.

Además de tomar en cuenta las 12 puertas, también se debe atender al lenguaje que se utiliza, ya que este pone de manifiesto la visión del mundo del propio terapeuta, este es una herramienta para introducir expectativas de cambio, una forma es mediante las presuposiciones, preguntando qué será diferente cuando el problema ya no esté, asumiendo que se va a resolver. Asimismo, O'Hanlon y Weiner (1990) sugieren emplear el lenguaje del cliente para unirse a él, de tal manera que el cliente se sienta comprendido, identificado y aceptado, evitar etiquetas y normalizar algunas situaciones.

La primera sesión es determinante para que el cliente se sienta cómodo, en confianza, para identificar recursos y excepciones, lo que ayudará a contar con información sobre lo que se necesita para resolver el problema y redirigir la atención hacia lo que ya funciona, incluso si se trata de otras áreas de la vida (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1990).

Durante el proceso terapéutico se pueden encontrar tres tipos de clientes, aquellos que se les puede denominar *el grupo del milagro* a quienes parece que todo les ha funcionado bien, por lo que se debe trabajar para que los cambios logrados persistan normalizando que habrá días malos que no implican un retroceso; el grupo *"así-así"* que se caracteriza por personas que aunque detectan cosas positivas regresan constantemente a la queja o a lo que no funciona, en este caso el terapeuta debe interrumpir este patrón cuando se haga presente; finalmente, el grupo *"igual o peor"* cuando los clientes no detectan cambios o incluso piensan que las cosas están peor, por lo que se debe trabajar en que la persona vea qué ha hecho para sobrellevar dicha situación, a su vez, se debe trabajar con la persona más motivada para que suceda el cambio (O' Hanlon y Weiner-Davis,1990)

2.1.1.4 Técnicas

El Modelo Centrado en Soluciones se apoya principalmente en preguntas y tareas con la finalidad de encontrar excepciones, cambios y recursos que conlleven al logro de los objetivos de la terapia. Las técnicas se llevan a cabo de acuerdo a las realidades, deseos y soluciones de los clientes, no a lo que los terapeutas piensan que debe ser, tomando en cuenta lo que el cliente quiere y lo que está listo para hacer, lo cual brinda una expectativa más positiva (Chang y Nylund, 2013).

Berg y Miller (1992) ofrecen una clasificación de 5 tipos de preguntas que son utilizadas en el Modelo Centrado en Soluciones:

- *Preguntas que destacan el cambio previo a la sesión:* se ha observado que los pacientes hacen cambios importantes en sus problemas antes de llegar al tratamiento, sin embargo, difícilmente hablan espontáneamente de estos, por ello es fundamental indagar si se han producido. Si es así, el cliente debe ser alentado para hacerlo dueño de sus propias soluciones.

- *Preguntas para encontrar la excepción: exaltar los éxitos del pasado.* Se debe puntualizar en la excepción al problema, de esta manera se resaltan los recursos del paciente.

Preguntas en este sentido son las que O'Hanlon y Weiner-Davis (1990) denominan *preguntas presuposicionales*, que plantean la idea de que el cambio es inevitable, donde se pide al cliente que identifique las cosas buenas que han sucedido.

- *Preguntas por el milagro:* se trata de una forma indirecta para trazar objetivos, detectar qué cosas ya han estado ocurriendo, así como definir el contexto y personas significativas que pueden ser parte de la solución. Es una secuencia de preguntas que comienza con el supuesto de que ocurre un milagro en la vida de la persona por lo que se indaga cómo se daría cuenta de que ha ocurrido, dando pauta para obtener más información sobre lo que el cliente quiere lograr (De Shazer, 1988)

- *Clasificar según una escala:* se le pide al cliente que clasifique según una escala numérica sus problemas, prioridades, éxitos, compromisos, autoestima, de manera que se obtiene una evaluación de estos puntos. Cuando el paciente puede evaluar su propio progreso, el terapeuta está en mejores condiciones para determinar cuál será el siguiente paso en el proceso terapéutico.

- *Preguntar al paciente cómo enfrenta su problema:* se utilizan cuando los pacientes parecen estar desesperanzados respecto a su futuro, tienen una visión pesimista de su situación, por lo que se puede cuestionar sobre cómo está enfrentando el problema, lo que a su vez cuestiona su sistema de creencias y sentimientos de desesperanza. Se identifican algunas cosas que puede continuar haciendo y que están enfocadas al éxito.

O'Hanlon y Weiner-Davis (1990) sugieren las *preguntas de avance rápido* que implican imaginar el futuro sin el problema y describirlo, para lo que se debe tener ya suficiente información sobre los elementos que componen el problema para poder sugerir que inviertan la forma en que han abordado la situación. Algunas *intervenciones* y *tareas* que proponen son las siguientes:

Connotación positiva. Se refiere a atribuir intenciones y motivaciones positivas a conductas que se han considerado como problemáticas.

Intervención sobre el patrón de la queja. Se refiere a modificar la frecuencia de la queja en tiempo, duración, lugar, o bien, añadiendo un elemento nuevo al patrón de la queja.

Intervención sobre el patrón del contexto. Es decir, modificar elementos que no están relacionados directamente con la queja, indaga quién está presente, qué dicen los demás sobre la queja.

Técnica de la confusión. Cuando los clientes llegan a terapia con metas vagas o distintas para cada miembro de la familia se pueden explorar los puntos de divergencia sin buscar soluciones, manifestando abiertamente la propia confusión del terapeuta, esto permitirá a los clientes reconocer cuando su problema esté resuelto (De Shazer, 1985)

Tarea de fórmula de la primera sesión. Observar qué de lo que ya ocurre le gustaría que se mantuviera.

Tarea de la sorpresa para parejas o familias. Hacer algo que sorprenda al otro, la otra persona en la siguiente sesión tiene que decir qué es lo que supone que hizo esa persona por él.

Tarea genérica. Esto es cuando utilizan algún lenguaje en particular, a partir de él pedir que observen qué de lo que pasa en su vida le da eso que necesita, por ejemplo, paz espiritual.

Intervenciones de fórmula:

- Escribir, leer y quemar. Se trabaja cuando se tienen pensamientos obsesivos o depresivos, un día escribe, al siguiente lee y quema.

- Tarea de la pelea estructurada. Pueden arrojar una moneda para ver quién comienza a pelear por 10 minutos y sin interrupción, después invierten papeles.

- Haga algo diferente. Sorprender al otro haciendo algo diferente ante la conducta queja.

2.1.1.5 Consideraciones generales

La principal característica del Modelo Centrado en Soluciones es que se enfatiza en los recursos y fuerzas que el cliente y la familia como tal tienen para resolver sus problemas, Espinosa (2004) señala a este respecto que este tipo de terapia da resultados más positivos que otras terapias, pues este modelo se enfoca en resaltar los procesos que constituyen excepciones a la norma problemática, partiendo de una visión interaccional de la conducta humana.

Desde el modelo centrado en soluciones es muy importante tener la convicción de que el cliente tiene recursos y la capacidad de resolver sus problemas, esto a su vez tiene un efecto en la percepción que él tiene sobre sí mismo y el logro de los objetivos de la terapia, pues como bien

señala De Shazer (1985), lo que esperamos que ocurra influye en lo que hacemos, lo mismo sucede cuando esperamos que suceda algo diferente; asimismo, este autor señala que en el momento en que el cliente presenta su problema a un terapeuta ya ha iniciado el proceso de cambio.

En este modelo se destaca además la función del terapeuta y cómo se conceptualiza al cliente. En primer lugar el terapeuta tiene la tarea de identificar y ampliar el cambio, se interesa en lo que es posible, no cree en la resistencia sino en las formas de colaborar de la persona. Por su parte, al cliente se le ve como el experto, por lo que se da más importancia en las preguntas que en afirmaciones, dando relevancia a la relación terapeuta-cliente- equipo terapéutico (Espinosa, 2004).

De Shazer (1988) menciona que existen tres tipos de relaciones entre terapeuta y cliente:

Visitantes: son las personas que acuden al consultorio porque alguien les dijo que lo hicieran o porque alguien los llevó. Por tanto, la terapia no puede comenzar pues no hay un problema con el que trabajar, es muy probable que cualquier intervención sea rechazada, por lo tanto, el terapeuta debe ser agradable, mostrar que se está de parte de la persona entrevistada, buscar lo que funciona.

Demandantes. Se refiere a una relación de tipo comercial, el cliente tiene una expectativa de solución, a este tipo de clientes sí se les puede dar tareas en las que pueden cooperar que deben ser observacionales o reflexivas.

Compradores. Cuando el demandante da muestra de que no sólo tiene disposición, sino que quiere hacer algo con el problema, es decir, se espera una participación activa y de colaboración, de manera que se les puede involucrar en tareas de conducta.

2.1.2 Terapia Narrativa

2.1.2.1 Introducción y antecedentes de la terapia narrativa

La terapia narrativa toma como base la perspectiva construccionista, desde la cual toda descripción sobre la familia y la terapia se basa en la información acerca del observador u observadores (Keeney y Ross, 2007).

Con base a lo anterior, el construccionismo considera que la identidad se construye socialmente y se modifica según las circunstancias, una idea central, es que los problemas traídos a terapia son construcciones sociales que se derivan de las prácticas de poder (Payne, 2000).

White (1989) define la terapia narrativa como *“un procedimiento que permite rehuir la influencia que el problema ejerce sobre la vida del paciente”*, la considera una terapia de *mérito literario* ya que hace un cuidadoso uso del lenguaje en la conversación.

De acuerdo con Suárez (2004) la terapia narrativa es un espacio donde se cuentan historias de forma estructurada, donde se forman nuevas narraciones influyendo en los aspectos cognitivos,

sociales y pragmáticos. Este enfoque tiene tres influencias muy importantes, en primer lugar retoma la idea de Michael Foucault acerca de la relación entre el relato y el poder; en segundo lugar aborda la idea de profundización en el “método interpretativo” de Gregory Bateson, que se refiere a que el significado atribuido a un hecho depende del contexto receptor, así como de las premisas y supuestos que componen nuestros mapas del mundo. Por otra parte se apoya en la influencia de Derridá en lo referente a los mecanismos de desconstrucción que propone.

White y Epston retoman algunos conceptos de Gregory Bateson como el de epistemología como un proceso de cómo sabemos lo que sabemos, la importancia de las diferencias y las pautas que conectan un sistema (White, 1989).

La idea de Bateson de “la nueva diferencia” se refiere a que para adquirir información las personas llevan a cabo un proceso de comparación entre una y otra experiencia generando nuevos significados a su problema o experiencia (Monk y Gehart, 2003).

Otra influencia en la terapia narrativa es la de Michael Foucault quien enfatizaba que los discursos dominantes mantienen el estatus quo de las personas dentro de sus familias y comunidades, asimismo habla de las prácticas normalizadoras bajo las cuales las personas dirigen su propia vida; con base a esto White desarrolla estrategias para que las personas tengan acceso a los discursos dominantes y de esta manera se liberen de dichas prácticas (Monk y Gehart, 2003).

Asimismo retoman la idea de Bruner de organizar la experiencia para generar nuevos significados, consideran que las historias no son sólo descriptivas sino también constitutivas, por lo que una narración puede no abarcar toda la riqueza de nuestra vida, ya que hay experiencias jamás contadas (Monk y Gehart, 2003).

En terapia narrativa se toma en cuenta el conocimiento experiencial, el cual no es objetivo, depende del significado que la persona le dé, también se le denomina conocimiento local, lo que se busca es que la persona recobre la convicción de que controla su vida (Payne, 2000).

2.1.2.2 Exponentes principales y sus aportaciones

Los representantes del modelo narrativo son Michel White, residente de Adelaide, Australia y David Epston de Auckland, Nueva Zelanda. White y Epston consideran que los síntomas se relacionan con ciertas narraciones evocadoras del discurso social del poder y el lenguaje, por lo que externalizándolo habría lugar para nuevas narraciones; de acuerdo con estos autores es importante aquí la imaginación, los afectos y la creatividad tanto de terapeutas, equipo terapéutico y clientes (Suárez, 2004).

White y Epston plantean tres ideas que rigen la terapia narrativa: el mapeo de los eventos a través del tiempo, las historias determinan el significado de la experiencia y la desconstrucción de prácticas subyugantes para dar paso a nuevas formas de vida (Monk y Gehart, 2003).

El modelo narrativo tiene como objetivos que las personas se separen de sus relatos, que encuentren acontecimientos extraordinarios y que a su vez les den un significado, generar un relato alternativo, además, la relación entre terapeuta y cliente es muy importante ya que se busca que sea directa, igualitaria, respetuosa y comprometida (Suárez, 2004).

Para White, las personas organizan sus vidas alrededor de ciertos significados y al hacerlo contribuyen a la supervivencia y a la carrera del problema; la terapia narrativa se considera una terapia de mérito literario ya que se reescriben las vidas y relaciones entre las personas (White y Epston, 1993).

En sus últimas publicaciones White utiliza el término de “Zona de desarrollo próximo” de Vigotsky, tomando en cuenta la diferencia entre lo que el aprendiz puede hacer con o sin ayuda, de tal manera que ve a la terapia como una serie de andamiajes que tienden un puente en la zona de desarrollo próximo del cliente para generar una nueva respuesta al problema (Chang y Nylund, 2013).

2.1.2.3 Principios básicos

El proceso de la terapia narrativa implica la deconstrucción, que se refiere al proceso o formas de hablar que ocultan prejuicios y prácticas del yo, bajo las que se rigen las vidas de las personas, a lo que White (1989) denomina “hacer exótico lo doméstico”; esto lleva a la objetivación o bien, a tomar consciencia de los modos de pensar y de vivir que determinan nuestra existencia.

La deconstrucción de las prácticas del saber se refiere a que el terapeuta se coloca como coautor de otros conceptos y prácticas, pero las personas son las autoras primarias de estos, el cómo actúe el terapeuta depende de la retroalimentación de la persona (White, 1989).

Las personas viven dentro de ambientes críticos, censura, normas, de tal manera que ellas mismas son su propio censor, se autocastigan, se evalúan y actúan para controlar sus propios cuerpos, esto determina sus vivencias y acciones. Un concepto fundamental en la terapia narrativa es el de “analogía del texto” que busca la diferencia entre un relato dominante y uno alternativo situándolos en el tiempo, tomando en cuenta el contexto sociopolítico, las relaciones presentes y sus expectativas a futuro para reescribir la vida de las personas (Suárez, 2004).

Con frecuencia White (1989) habla de las técnicas de poder que dominan la vida de las personas y se caracterizan porque la fuente de poder es invisible, las personas se encuentran aisladas en su propia experiencia, están sometidas a la mirada y al juicio, no saben cuándo son vigiladas, por lo que se evalúan constantemente.

Es común que las soluciones intentadas ante un problema lo refuercen y lo perpetúen, de manera que la familia no ve otra alternativa ya que hay una predisposición para la selección de información lo que impide buscar nuevas ideas o nuevas soluciones, el trabajo del terapeuta es

introducir nuevos códigos que introduzcan diferencias, ideas y contradicciones en los supuestos de la familia (White, 1989).

En la terapia narrativa es muy importante conocer la forma en que las personas experimentan la terapia para guiar el proceso terapéutico, por lo que se alienta a las personas a evaluar los efectos de la terapia en sus vidas y relaciones, que sean capaces de decidir la manera de tomar las respuestas del terapeuta. La mejoría se puede resaltar con ritos de celebración, se evalúa cuánto terreno han ganado al estilo de vida dominado por el problema, la participación activa del terapeuta disminuye de manera que su conducta se vuelve más exploratoria gradualmente desligándose del sistema terapéutico (White, 1989).

El relato

El relato es un componente importante de la terapia narrativa y se compone de los siguientes elementos (White, 1989):

Significación: mediante el relato, las personas hacen juicios de sus vidas y de las demás personas, además de darle sentido a sus experiencias. En dichas historias la persona elige lo que quiere expresar.

Estructura narrativa: esta se compone del *panorama de acción* que se refiere a los hechos eslabonados, de una dimensión temporal; y de un *panorama de conciencia* que se refiere a la interpretación de los personajes y del mismo lector donde se pueden detectar deseos, preferencias, cualidades, motivos y creencias.

Determinación: las historias se construyen en el seno de las comunidades a las que pertenecen las personas, es decir, se construyen a partir de la cultura y de un contexto social, lo que a su vez determina un estilo de personalidad y de relación.

Indeterminación dentro de la determinación. Es decir, al ser historias cuyo significado depende únicamente de la persona, se detectan las inconsistencias y contradicciones que surgen y se usan para rehistoriar la experiencia.

Externalización

La *externalización del problema* es un punto nodal en la terapia narrativa, se trata de una deconstrucción de la historia de las personas, se separa el problema de la persona a través de la creatividad, sin generar más culpa o resentimiento. Externalizar el problema implica bautizarlo de manera que la persona puede normalizarlo, tomar una postura diferente frente a este, con frecuencia en terapia de pareja permite que dejen de culparse mutuamente (Suárez, 2004).

La externalización es progresiva e implica una co-elaboración de una nueva realidad, donde se separa el problema de la percepción que el paciente tiene de sí mismo, lo que a su vez permite

deshacerse de los efectos negativos de la rotulación social. Esto no significa que se evaden las responsabilidades de las personas, sino que les da la posibilidad de decidir seguir o no sometiéndose al problema (White, 1989).

Con frecuencia los significados y respuestas que la familia da a las exigencias del problema contribuyen a su mantenimiento y evolución. Por tanto, se investiga cómo el problema influye en la vida y relaciones de la familia, se identifica la influencia que las personas tienen sobre el problema, lo que conlleva a identificar las competencias y habilidades con las que cuentan ante la adversidad (Suárez, 2004).

Al llevar a cabo la externalización del problema las personas tienen la posibilidad de modificar la percepción que tienen de sí mismas y su relación con los demás, les permite identificar el grado en que las prácticas de poder empobrecen su vida y la controlan (White, 1989).

White y Epston (1993) definen la externalización como un abordaje en el que se cosifican o personifican los problemas separándolos de la persona, lo que puede disminuir los conflictos, combatir la sensación de fracaso, fomenta una cooperación entre los miembros de la familia para combatir el problema, les permite apartarse de la influencia del problema, estos autores enfatizan que la violencia y el abuso sexual no se externalizan, sólo se puede hacer con las actitudes y creencias asociadas a estos.

Acontecimientos extraordinarios

White (1989) utiliza el término *internalización* que se refiere a hacer consciente al paciente de la posibilidades que tiene contra el problema una vez externalizado, esto se lleva a cabo mediante preguntas que fomenten la idea de que el paciente puede decidir, elegir y tomar una postura activa respecto a su propia vida.

Para llegar a ello se deben identificar los *acontecimientos extraordinarios*, esto es, hechos que contradigan los efectos que el problema tiene sobre sus vidas y relaciones, esto puede ayudar a la creación de nuevos significados, a su vez dan la esperanza de un futuro libres del problema, así como incluir a personas que ayuden a resaltar dichos sucesos extraordinarios (Suárez, 2004).

Estos acontecimientos extraordinarios son aspectos de la experiencia que con frecuencia quedan fuera del relato dominante y constituyen una fuente de riqueza para la generación de relatos alternativos, se puede tratar de acontecimientos pasados, que ocurrieron entre sesiones, durante la sesión, futuros, es decir, acerca de intenciones, planes y esperanzas (White y Epston, 1993).

Los relatos alternativos en un principio pueden ser sólo indicios y se tienen que explorar, se refieren a momentos en los que la persona demostró tenacidad, valor, alguna habilidad o cualidad y que no se ha contextualizado en el marco del problema; en el momento en el que la persona considera que es importante para ella entonces se convierten en desenlaces inesperados. En

consecuencia, el relato alternativo contribuye a cambiar la percepción que la persona tiene de sí misma, de su situación y de su relación con los demás (Payne, 2000).

2.1.2.4 Técnicas

La terapia narrativa se apoya en diferentes tipos de preguntas para deconstruir el problema, estas preguntas se refieren al panorama de acción y al panorama de conciencia mediante las cuales se revive la experiencia, lo que puede generar historias alternativas (White, 1989).

Preguntas de influencia relativa. Las preguntas buscan describir la influencia que el problema tiene en la vida de las personas y también sobre la influencia de éstas en su persistencia, permiten identificar logros aislados que contradicen la descripción saturada de problemas.

Preguntas referentes al panorama de acción. Para identificar logros aislados se puede utilizar este tipo de preguntas, en donde las personas ubican en el tiempo algunas secuencias de sucesos.

Preguntas relativas al panorama de conciencia. Llevan a la persona a reflexionar sobre el significado que le dan a los hechos del panorama de acción. En las cuales se indaga sobre las preferencias y deseos de la persona, cualidades personales y de relación, sus estados intencionales, creencias, y estilo de vida.

Preguntas que incitan. Conllevan a la selección de logros aislados de forma directa o bien indirecta, es decir, lo que perciben otras personas; a través de ellas se busca reevaluar la relación consigo mismo y con los demás.

Preguntas sobre logros aislados. O también llamados milagros atemporales, pueden ser directas o bien indirectas.

Preguntas relativas a la explicación única. Tienen la finalidad de dar sentido al logro aislado, se enfocan en el panorama de acción y pueden ser directas o indirectas.

Preguntas relativas a la redescrición única. Se refieren al panorama de conciencia, pueden ser directas, indirectas y enfocarse a la relación consigo mismo o con otras personas.

Preguntas sobre posibilidades únicas. Están orientadas al futuro, pueden ser directas, indirectas, referentes a la relación consigo mismo y con los demás.

Preguntas referentes a experiencias de experiencias. Se puede referir a tres aspectos diferentes, por ejemplo dar una versión de lo que creen que otras personas piensan de ellos, recordar experiencias pasadas, retomando aspectos olvidados, o bien, imaginar una historia alternativa.

Documentos

White y Epston dan a conocer en su obra la importancia del uso de las cartas terapéuticas, David Epston al final de las sesiones escribe una carta para después utilizarla como mensaje a los pacientes dirigida a externalizar el problema (Suárez, 2004).

De acuerdo con Payne (2000), los documentos terapéuticos incorporan nuevos conocimientos, deben ser una cocreación, cuando el terapeuta es quien los escribe debe incluir desenlaces inesperados; asimismo tienen un carácter político en el que refutan prejuicios impuestos por otras personas.

Algunos documentos son cartas de invitación a una sesión, de despidio del problema o de algún papel en el problema, cartas de predicción, cartas de recomendación, cartas breves a personas relativamente aisladas socialmente, pueden ser una reflexión postsesión, etc.; sirven para convertir las vivencia en una narración que tenga sentido, coherencia y realismo (White y Epston, 1993).

2.1.2.5 Consideraciones generales

Según Monk y Gehart (2003) el terapeuta narrativo se puede considerar un activista sociopolítico ya que trabaja directamente con el impacto que los factores históricos y culturales tienen en las experiencias de las personas, evitan las conductas opresivas tomando una postura política ante ellas.

En terapia narrativa el lenguaje tiene un papel central, se parte de la idea de que las palabras no tienen un significado por sí mismas, todo depende del contexto en el que se construyen, por tanto, el lenguaje surge de las prácticas culturales que se dan en la interacción entre hablante y escucha (Monk y Gehart, 2003).

Cabe destacar la forma en que Payne (2000) describe a la terapia narrativa de acuerdo a dos tipos de metáfora, la literaria que se trata de componer, recomponer e historiar lo que se logra mediante la respuesta a las preguntas del terapeuta. Por otra parte, menciona la metáfora antropológica que resume a la terapia narrativa en tres etapas: la primera, que es la separación de las percepciones dominantes, la segunda, denominada limítrofe o transicional donde se da una toma de conciencia de las posibilidades de cambio, la tercera, que se trata de la reincorporación donde los descubrimientos son reforzados y compartidos con personas significativas.

2.2 La postura del terapeuta en el trabajo con adolescentes y sus familias

2.2.1 Características de la adolescencia

La adolescencia implica una serie de cambios, descubrimientos, aprendizajes y experiencias que llevarán al joven a buscar su autonomía, su identidad, así como a establecer metas a futuro. Cabe destacar que la familia juega un papel muy importante, teniendo en cuenta que cada etapa por la que atraviesan los hijos, requiere una serie de ajustes en su dinámica para lograr su buen funcionamiento.

Desde hace mucho tiempo se ha definido a la adolescencia como una etapa de rebeldía, caos y sufrimiento, por lo que dicha visión contribuye al inadecuado manejo de los factores de riesgo para el adolescente, esta falta de atención a las necesidades tanto afectivas como de protección puede llevarlo a adoptar conductas y actitudes dañinas para su desarrollo, por lo que es necesario quitarnos la idea de ver como algo normal el sufrimiento, la apatía o la rebeldía del adolescente, y comenzar a preguntarnos, qué es lo que está intentando comunicarnos. En este sentido la adolescencia se puede entender como *el comienzo de la búsqueda de la identidad, el camino para dar sentido a la vida y encontrar un lugar en el mundo* (UNICEF, 2002).

De acuerdo con la UNICEF (2011) la pubertad suele iniciar a los 12 años en las niñas y a los 13 años en los niños, sin embargo, estas edades han disminuido, hay niñas que a los 8 años ya han tenido su primera menstruación, lo que se ha vuelto más común con el paso de los años, y esto puede deberse a las mejores condiciones de salud y nutrición. Es cada vez más común ver cómo los niños y niñas desde muy temprana edad comienzan su desarrollo físico, lo que a las generaciones anteriores les llega a causar sorpresa, pues no sólo comienza tempranamente la maduración sexual, sino también la curiosidad, lo cual está estrechamente relacionado con el ambiente y la cantidad de información a la que tienen acceso. Sin embargo, cabe destacar que la maduración sexual para muchos adolescentes implica impotencia y sorpresa por las transformaciones que sufre su cuerpo, a la vez se manifiesta la curiosidad por explorarse, así como el deseo por otra persona ya sea del sexo opuesto o de su mismo sexo (Boggiani, 2012).

El adolescente se encuentra en una etapa de maduración tanto física como mental, lo que implica que tengan dificultad para hacer juicios exactos y menos razonados, biológicamente, se considera que debido al subdesarrollo de los sistemas corticales frontales que están relacionados con la motivación, la impulsividad y la adicción el adolescente tiende a tomar riesgos (Papalia, Wendkos y Duskin, 2009a).

De acuerdo con Piaget, los adolescentes se pueden ubicar en la etapa de operaciones formales, que es cuando pueden llevar a cabo un razonamiento hipotético-deductivo, comienzan a pensar en términos de posibilidades, a abordar problemas de forma flexible y a poner a prueba hipótesis. En esta etapa ha incrementado el conocimiento declarativo, procedimental y conceptual,

así como una mayor capacidad de memoria de trabajo, sin embargo, la inmadurez emocional los puede llevar a tomar decisiones equivocadas (Papalia, Wendkos y Duskin, 2009b).

Esta forma de pensamiento, propia de la adolescencia, les permite reflexionar sobre sí mismos, sus orígenes, sobre su diferencia con los demás, desarrollar proyectos a futuro y tomar algunas decisiones. Los adolescentes se vuelven más conscientes de muchos aspectos de su vida, comienzan a entender más el porqué de algunas reglas y decisiones, e incluso a cuestionarlas, el pensar en el futuro es algo que ya está dentro de su panorama, el cual les genera emoción, incertidumbre y en muchos otros casos, angustia (Boggiani, 2012).

Los cambios físicos, emocionales y de construcción de la identidad, con frecuencia conllevan un conflicto entre los valores del adolescente, los de los padres y los de sus maestros. Por tanto, el adolescente se encuentra en un dilema, entre lo que tiene y quiere tener o entre lo que es y lo que quiere ser, poniendo a prueba los límites impuestos por las figuras de autoridad; lo anterior requiere de mucha atención pues debido a los factores de riesgo que existen alrededor, los adultos significativos tienen la labor de mantener las reglas, consolidar valores e ideales, de manera que el joven los lleve a la práctica en su medio social, escolar y afectivo (Gómez, 2003).

Al encontrarse con estos cambios y ajustes en su vida tanto personal, familiar, escolar y social, el adolescente tiene que enfrentar los retos que se le presentan, probando y cometiendo errores, de manera que al construir sus propias experiencias adquiere confianza en sus recursos, a diferencia de lo que con frecuencia se piensa, no se trata de evitar que el adolescente enfrente obstáculos o experimente, se busca que el adolescente aprenda y descubra por sí mismo, que afronte los problemas y que aproveche los recursos que tiene para resolverlos (Nardone, Giannotti y Rocchi, 2003).

Micucci (2005) sugiere una división de la adolescencia, y aunque propone un rango de edad para cada subetapa, señala que estas no son inamovibles, sino que dependen del desarrollo y contexto de cada adolescente:

Primera adolescencia (11-13 años)

Comienzan los cambios físicos en las niñas, puede llevarles de un año y medio a seis años, a los niños les lleva de dos a cinco años. Con frecuencia se considera que los cambios hormonales influyen directamente en el humor del adolescente, sin embargo, pesan más los factores contextuales. En este periodo el adolescente busca más privacidad, lo que para algunos padres implica una mayor vigilancia y en otros un alejamiento para evitar conflictos.

A su vez, se adquieren formas más complejas de pensamiento, imaginan posibilidades futuras, valoran alternativas y desarrollan la metacognición. Por otra parte, les resulta difícil aceptar

el punto de vista del otro, más cuando este es diferente, a pesar de saber que hay otras opiniones, se aferran a las suyas como forma de confirmar su autonomía.

Adolescencia media (14-16 años)

Se manifiestan más claramente los sentimientos sexuales, en algunos adolescentes puede generar angustia y en otros una búsqueda para satisfacerlos. Los adolescentes ya tienen mayor autonomía, más experiencias que les permiten distinguir lo que está bien de lo que está mal. Sus opiniones son tomadas en cuenta y con ellas buscan la aprobación de los demás, para entonces los adolescentes ya diferencian sus propias creencias y sentimientos de los de sus pares.

Adolescencia tardía (17-19 años)

En esta etapa se da la oportunidad de explorar qué tanto el adolescente se compromete con sus decisiones e ideas, en este periodo inicia la consolidación de la identidad y de la capacidad para la intimidad, asimismo, se vuelve un periodo de preparación para los padres para apoyar a sus hijos y para la partida de estos del hogar.

El término de la adolescencia está vinculado, más que a una edad, al grado de autonomía y responsabilidad que ha alcanzado el joven, en la actualidad esta etapa suele alargarse, retrasándose el proceso de entrar a la vida adulta, algunos estudios señalan que esto es más frecuente en Occidente (Boggiani, 2012).

Conocer estos aspectos relevantes del desarrollo psicosocial nos permite comprender al adolescente, qué elementos están desarrollándose de acuerdo a su edad, pero también nos ayuda a detectar necesidades y riesgos, del mismo modo, no debemos olvidar la importancia del contexto, de las personas significativas y de los recursos propios, todos estos aspectos se abordarán a continuación.

2.2.2 Factores de riesgo en la adolescencia

Un factor de riesgo es aquella característica o cualidad de una persona o comunidad que conlleva la probabilidad de daño. Se ha considerado la adolescencia como un periodo crítico donde pueden aparecer síntomas, enfermedades y alteraciones de la personalidad, sin embargo, esto puede evitarse gracias al conocimiento y al manejo oportuno de los factores predisponentes de riesgo (Herrera, 1999).

En un estudio (Páramo, 2011), donde participaron adolescentes, profesores, padres de familia y psicólogos en diferentes grupos de discusión, señalaron algunos factores de riesgo para los adolescentes, identificaron: las adicciones, la discriminación por apariencia, las malas relaciones familiares, falta de apoyo social a nivel gubernamental, las dificultades generadas por los cambios emocionales y cognitivos que viven en esta etapa, el inicio de las relaciones sexuales, la incapacidad

para evaluar las consecuencias de sus conductas; problemas psicológicos como hiperactividad, depresión, timidez y aislamiento, falta de concentración, problemas de conducta y familiares

Los factores de riesgo están asociados a todos los contextos en donde el adolescente se desarrolla, en la actualidad existen diferentes problemáticas que afectan su sano desarrollo, lo ideal es que el adolescente se sienta protegido y seguro en el lugar en el que vive, lo que no siempre es así. Algunos factores de riesgo social son un inadecuado ambiente familiar -en el cual profundizaremos más adelante-; la inseguridad en el país, los altos niveles de violencia, generan un ambiente hostil, de temor y desconfianza en la población en general; la pertenencia a grupos antisociales cuyos integrantes participan en actos delictivos y/o de alto riesgo para sí mismos y para otras personas; promiscuidad debido a la falta de orientación, así como a no contar con figuras que le guíen y apoyen en este aspecto; abandono escolar y laboral, bajo nivel escolar, cultural y económico (Herrera, 1999).

Los adolescentes se ven expuestos constantemente a violencia política, económica, educativa y cultural al no contemplarse sus derechos, no es poco común que muchos adolescentes en estos contextos puedan sentirse discriminados, incomprendidos, rezagados, rechazados o agredidos; es necesario incluir también la contaminación ambiental e informativa, la influencia de los medios de comunicación y la estimulación erótica y hedónica, así como el abuso físico y emocional al que siempre están expuestos (Páramo, 2011).

Hoy en día los adolescentes se enfrentan a un mundo lleno de dificultades, por lo que algunos tendrán que integrarse a la vida laboral muy pronto, o bien a tomar decisiones muy difíciles para las que probablemente no estén preparados con el fin de su supervivencia, lo cual se da cuando no cuentan con personas adultas que los protejan, que les brinden confianza para resolver los problemas a los que han de enfrentarse y que los ayuden a desarrollar una buena autoestima (UNICEF, 2002).

Por otra parte, existen diferentes factores de riesgo psicológicos como independencia, aceptación, patrones inadecuados de educación y crianza, ambiente frustrante, sexualidad mal orientada, todo esto puede desembocar en conductas de riesgo como autolesiones, trastornos alimentarios, ideación e intento suicida, depresión, adicciones, etc (Herrera, 1999).

Otro factor de relevancia en esta etapa es el consumo de drogas que suele iniciar cuando los adolescentes ingresan a la secundaria, las drogas más comunes son la marihuana, el alcohol y el tabaco. Con frecuencia, el inicio en el consumo de alguna sustancia puede deberse a curiosidad, al deseo de experimentar y sentirse bien, la influencia de los amigos está relacionada, sin embargo, no se puede considerar la presión social como un factor determinante de su consumo y adicción, muchos elementos juegan un papel relevante, entre ellos el contexto familiar, la disponibilidad de las

sustancias, algunas de ellas legales, el estado emocional y los conflictos sociales, económicos y escolares (Papalia, Wendkos y Duskin, 2009a).

En cuanto a su sexualidad, existen riesgos de embarazo no planeado y de enfermedades de transmisión sexual, estos están asociados con el inicio de la actividad sexual realizando prácticas no seguras y/o inadecuada información a este respecto; el adolescente necesita contar con personas significativas y bien informadas que los orienten en este proceso de exploración para alcanzar una vida sexual sana y placentera. Como ya se mencionaba, los medios de comunicación juegan un papel importante aunque no determinante, ya que se envían mensajes con gran contenido sexual, que genera una alta curiosidad, gran desinformación, acompañado de la dificultad que tiene el adolescente para ser consciente del riesgo al que puede estarse exponiendo (Papalia, Wendkos y Duskin, 2009b).

Según Boggiani (2012), la preocupación por la imagen y la apariencia pueden convertirse en factores de riesgo para el adolescente ya que les representa un estatus y les permite obtener mayor seguridad, si bien, hay mucho de razón en este aspecto, con frecuencia los padres declaran que no quieren que sus hijos tengan las limitaciones que ellos tuvieron a su edad, lo que se traduce en brindarles todo lo que esté a su alcance, en muchos casos sin necesidad de que los chicos lo pidan, por el contrario, la moda o el deseo de tener más cosas, se vuelve una exigencia de los hijos para los padres, quienes muchas veces se valoran de acuerdo a lo que materialmente pueden proporcionarle a sus hijos, el mundo adulto en la actualidad se define con mucha frecuencia sobre ello, es decir, la importancia de la imagen y la apariencia ya no se puede considerar como exclusiva de los adolescentes

Cabe destacar que esta preocupación por la imagen y la idea de quién tiene más, materialmente, también se puede relacionar con el riesgo de trastornos alimentarios como obesidad, bulimia o anorexia, dichos trastornos están asociados a una gran insatisfacción de sí mismos, tanto física como emocionalmente, estos pueden aparecer como una lucha por verse mejor, así como una forma de mantener el control de su cuerpo, al no poder controlar su propia vida debido a que no les es permitido (Papalia, Wendkos y Duskin, 2009a).

Aunado a lo anterior, Oliva (2004) habla de la fábula personal en la adolescencia, relacionada a una idea muy común sobre los adolescentes ya que pareciera que se piensan invulnerables, que su vida es única y que no necesitan regirse por las reglas que gobiernan a los demás. Sin embargo, es importante considerar que de acuerdo a su edad, los adolescentes tienen dificultad para prever el peligro o a las consecuencias negativas, es por ello que requieren de una red de apoyo que los guíe, los proteja y les brinde el afecto necesario para no orillarlos a recurrir a conductas o grupos de amigos que los pongan en riesgo.

Pero también es cierto que, de acuerdo a la educación y crianza que se recibe dentro de la familia, hay adolescentes que se comportan de manera completamente opuesta, son chicos precavidos o que evitan cualquier riesgo lo que en muchas ocasiones implica obtener menos habilidades para afrontar el estrés, o bien, a ser tolerante, así como poca iniciativa, creatividad y dificultad en el desarrollo de su identidad. Podemos observar que al entrar a nivel medio superior aún no saben salir solos a la calle, temen ir a fiestas o a salir con sus amigos, perciben el mundo exterior como demasiado peligroso, lo mejor para ellos es quedarse cerca de sus padres, lo cual se puede prolongar aún después de la adolescencia.

Anteriormente se mencionó el contexto familiar como un posible factor de riesgo, aunque no es una regla, sí es común que las dificultades al interior de la familia, repercutan en el desarrollo del hijo adolescente. Es inevitable que los padres, desde el nacimiento de sus hijos se pregunten qué estilo de crianza será mejor para sus hijos, ya sea siendo permisivos para que no tengan necesidades, satisfaciendo todos sus deseos, o protegerlos de un mundo tan hostil como el que vivimos o mantener una postura de rigurosidad y disciplina. Estas dudas pueden cobrar más fuerza en el momento en que los hijos llegan a la adolescencia, pues muchas de las conductas y actitudes de los adolescentes, reflejan lo que se ha hecho o lo que se ha dejado de hacer cuando eran más pequeños, lo que puede resultar frustrante y preocupante no sólo para papás, sino también para los hijos.

Los cambios en el ciclo vital de la familia conllevan crisis normativas que pueden alentar el desarrollo de problemas del adolescente y su familia, no se trata de evitarlos, sino de que la familia asuma estas dificultades como parte de la transición a una nueva etapa, de este modo puede probar nuevas formas de encarar la situación y modificar su dinámica para adaptarse (Selekman, 1996).

Cuando un adolescente no recibe la supervisión adecuada puede relacionarse con pares que se encuentran en la misma situación reforzando las conductas problemáticas, al aumentar este tipo de conductas, al mismo tiempo, los padres van perdiendo su influencia sobre el hijo, llegando al extremo de perder por completo el control y afecto de este. Con mucha frecuencia dentro de la familia, en esta lucha por los cambios en la dinámica y por el logro de la independencia y diferenciación del adolescente, la relación se ve seriamente afectada, los hijos no sólo pierden respeto sino afecto y confianza, es frecuente que los adolescentes manifiesten abiertamente enojo hacia los padres, también manifiestan sentirse incomprendidos y a la vez no comprenden las actitudes de sus padres.

De este modo, cuando el padre intenta poner límites el adolescente puede sobrereaccionar, sintiéndose a la vez maltratado e incomprendido, o bien respondiendo de forma violenta; en consulta y en los casos que se ven en secundaria o bachillerato, cada vez es más frecuente que una de las quejas sea que el hijo agredió no sólo verbal sino físicamente a mamá o a papá al momento de sentirse cuestionados o cuando los padres pretendían establecer alguna regla o límite. En este

sentido, es evidente la importancia de que en terapia se trabaje en equilibrar y restablecer la jerarquía de los padres, pero sobretodo, es esencial trabajar en la relación padres e hijo, en la confianza, el afecto, las necesidades y en los sentimientos que está generando en ellos esta serie de cambios (Micucci, 2005).

De acuerdo a un estudio realizado por Andrade y Montalvo (2009), se abordó el caso de un adolescente de 15 años diagnosticado con trastorno de adaptación, durante el proceso terapéutico se identifica confusión, mala comunicación, límites difusos, entre otros aspectos dentro de la familia. Al llevar a cabo el proceso terapéutico se detectó la necesidad de trabajar en el restablecimiento de la jerarquía de los padres de forma conjunta, para lograr establecer límites claros y flexibles logrando un mejor funcionamiento del sistema familiar. Se debe tener cuidado con las etiquetas y diagnósticos médicos, como en este caso, sin embargo, independientemente de este, la dinámica familiar resultó determinante en la solución del problema, asimismo, caemos de nuevo en la cuenta de que los padres deben trabajar en equipo y esto es posible aun cuando estén divorciados.

En referencia a los distintos tipos de familia, Nardone, Giannotti y Rocchi (2003) describen algunos modelos de familia que pueden generar problemas en la adolescencia:

- Modelo hiperprotector: la dulzura, el cariño y la protección son característicos de este modelo de familia, no permiten que el hijo tome la iniciativa, la atención inmediata a las necesidades se considera una forma de amor, sin embargo, el mensaje para el hijo es el de ser incapaz. Conforme el hijo crece, el no cumplir sus necesidades genera agresividad, menos responsabilidad y a la vez no se espera nada de él. El adolescente puede mostrarse enojado y frustrado, ya que nada de lo que haga, o por mucho que haga todo lo que le digan, no obtendrá independencia y libertades propias de su edad.

- Modelo democrático-permisivo: en este tipo de familia no hay jerarquías, constantemente se cambian las reglas, hay poca capacidad para contener las emociones y la ansiedad, se vuelve el clima ideal para desarrollar jóvenes tiranos. Los padres se comportan como amigos de sus hijos, se tolera que no cumplan con sus tareas, no hay consecuencias cuando se rompe una regla, el adolescente muestra rechazo y rebeldía sin llegar a ser autónomo. Con frecuencia la consecuencia es que el adolescente se vea involucrado en muchos problemas, escolares y sociales, la autoridad de los padres se pierde de manera que en algunos casos cuando tienen que hacer uso de ella para proteger a su hijo, les resulta imposible. En el caso del adolescente, puede manifestar una sensación de soledad, más que libertad, se sienten abandonados, lo que pueden manifestar abiertamente, muchas veces de forma violenta hacia los padres.

- Modelo Sacrificante: donde la pareja o los padres se enfocan en el placer y necesidades de los hijos, donde se deben apreciar las privaciones a favor de los demás, pero a la vez quien se sacrifica tiene una posición de superioridad, ya que los demás siempre están en deuda con él. La

idea es que los hijos recompensarán sus sacrificios, la atmósfera está cargada de ansiedad y preocupaciones. El adolescente busca refugio fuera de casa en amistades, los estudios o el deporte o en situaciones negativas. Estos padres, esperan todo de sus hijos, no les dan la oportunidad de vivir sus propios errores, sintiéndose culpables cuando las cosas no salen bien.

-Modelo intermitente: la posición de los padres cambia constantemente, pueden llegar a ser muy rígidos, pueden pasar de valorar a los miembros de la familia a descalificarlos, del mismo modo, los adolescentes pueden ser obedientes y colaboradores y en otros momentos rebeldes, a veces parecen muy responsables y en otras son completamente irresponsables. Esto genera poca seguridad en los hijos, pero también les genera mucha confusión, nunca saben cómo actuar, a veces sus padres los defienden evitando que asuman las consecuencias de sus actos, y en otras ocasiones los pueden castigar por faltas mínimas. Los adolescentes pueden tomar la actitud de desinterés y despreocupación, pues nunca saben qué va a pasar, en otros casos, pueden aislarse tratando de pasar desapercibidos.

-Modelo delegante: en este modelo se delega la responsabilidad de los hijos a otros familiares como los abuelos, esto genera inestabilidad y confusión sobre quienes ejercen la autoridad ya que las reglas de los abuelos no son las mismas que las de los padres, el adolescente seguirá las que sean más cómodas para él, rara vez enfrentan las consecuencias de sus acciones ya que siempre habrá alguien que las remedie. Muchas veces el papel de los padres es como el de hermanos para ellos. El adolescente a veces se verá beneficiado pues se irá del lado que más le convenga, sin embargo, no deja de ser confuso y de generar un sentimiento de abandono y desinterés por parte de sus padres.

-Modelo autoritario: los hijos tienen poca voz, resaltan la disciplina y el deber, así como el control de las necesidades y deseos. La satisfacción de las necesidades se obtiene con esfuerzo y resultados, un error implica castigos muy fuertes, el adolescente puede adoptar una actitud de total sumisión y dependencia, ya que no puede tomar la iniciativa por temor a equivocarse, es aquí donde incluso les resulta difícil tomar decisiones de vida pues tienen muy poca confianza en que lo harán adecuadamente.

Como podemos ver, existen muchas formas de relacionarse dentro de una familia, nunca encontraremos una familia ideal, pues cada etapa resulta un reto y una dificultad para enfrentarse a lo nuevo, sin embargo, saber qué tipo de relación es la que predomina en el contexto familiar, puede darnos respuesta a muchas preguntas cuando trabajamos con adolescentes y familias con dificultades. Relacionado a lo anterior, Montalvo, Rivas y Fernández (2009) realizaron un estudio de caso acerca del intento de suicidio, adquiere importancia esta investigación ya que se trata de una joven de 15 años que intentó suicidarse. Al llevar a cabo el proceso terapéutico resaltan dificultades entre los padres en cuanto a establecimiento de reglas y comunicación, lo que, como sabemos, en un adolescente puede generar mucha confusión, enojo, frustración y desesperanza. Por tanto, se

trabajó en el establecimiento de reglas de común acuerdo en la pareja, de manera que se observó un cambio inmediato en la interacción entre los miembros de la familia, una mejora en el funcionamiento de los roles y el respeto a cada subsistema. Este estudio permite ver la importancia del contexto familiar en el desarrollo de una problemática en el adolescente, en este caso, el intento de suicidio, sin embargo, así como la familia puede volverse un elemento de riesgo, también puede y debería entenderse como un factor de protección.

2.2.3 Factores de protección

El adolescente requiere contar con factores protectores que le permitan un crecimiento y maduración sanos, estos deben promover una adecuada autoestima, ayudarles a enfrentar problemas con responsabilidad, generar oportunidades de autoafirmación positiva, contar con espacios sociales que le brinden la oportunidad de superarse educacional y culturalmente, de lo contrario, el adolescente ante situaciones conflictivas puede sentirse desesperado, impotente y con sentimientos de autodestrucción (Herrera, 1999).

En el estudio mencionado sobre los grupos de discusión se identificaron también algunos factores protectores, el principal es el relacionado con el apoyo y la contención familiar, también se muestra la importancia del grupo de amigos, así como la búsqueda de espiritualidad. Otro factor protector está relacionado con los profesores, quienes pueden establecer un diálogo y proponer estrategias de enseñanza donde puedan sentirse competentes y que sean motivantes para ellos, en el caso de los psicólogos hablan del establecimiento de una alianza con el adolescente demostrándole interés y promoviendo una alta autoestima (Páramo, 2011).

El ejercicio es un factor protector para el adolescente ya que este mejora o mantiene la salud física y mental del individuo, no sólo contribuye a adquirir una mayor fuerza, a tener un cuerpo mucho más sano, sino que también contribuye a disminuir la ansiedad y el estrés, mejorar la autoestima, las calificaciones escolares, puede disminuir la posibilidad de que el joven participe en conductas de riesgo. Además le brinda espacios de convivencia, para establecer relaciones con otras personas, es decir, le brinda la oportunidad de sentirse incluido en grupo con objetivos y gustos similares, en donde es competente y tiene un rol establecido. El deporte además de fortalecer la disciplina también se puede convertir en un espacio de diversión y esparcimiento (Papalia, Wendkos y Duskin, 2009).

La escuela también puede ser considerada un factor de protección para el joven, debido a que los educadores, por la relación que establecen con el alumno, pueden ser de gran ayuda en la prevención de riesgo, así como en la orientación adecuada para el adolescente en determinadas circunstancias. Los educadores tienen posibilidad de detectar problemas o bien, pueden llegar a generar la confianza en el adolescente para pedirle orientación o apoyo; debido al ritmo de trabajo de muchos padres, a veces es más probable que el educador detecte cambios importantes o problemas en el adolescente que ellos mismos, en este sentido, debemos considerar la importancia

de que en las escuelas se cuente con personal especializado que pueda apoyar y dar contención a los adolescentes en dificultades, pero también requiere de una gran sensibilización de los profesionales que se relacionan con ellos en el contexto escolar (Páramo, 2011).

La información, actividades y experiencias en contextos formativos y guiados por profesionales, son indispensables para los adolescentes, es cierto que existe mucha información y de fácil acceso, sin embargo, no siempre es confiable o comprensible. Además también es necesario, que el adolescente tenga la oportunidad de experimentar y acercarse a actividades y conocimientos de su interés, de temas que tienen que ver directamente con ellos. Por lo que es indispensable que el adolescente tenga la posibilidad de integrarse a programas de actividades comunitarias, deportivas, culturales y recreativas en donde pongan a prueba sus competencias, intereses, adquieran conocimientos y experiencias, que sean motivantes para continuar formando su proyecto de vida.

Relacionado con la adquisición de información y conocimientos adecuados, cabe resaltar la necesidad de que existan programas integrales sobre educación sexual que demoren el inicio de la vida sexual y fomenten el uso de métodos anticonceptivos, ya que se ha confirmado que los programas enfocados sólo a la abstinencia no han sido tan eficaces. Si bien, existen estos programas, su difusión es poca, ya que no llega a todos los adolescentes, sino que se trata de programas a los que sólo algunos se acercan por interés o por necesidad, de manera que es poca la población que obtiene este tipo de orientación, es necesario acercar estos programas a los adolescentes y no esperar a que ellos sean quienes se acerquen (Papalia, Wendkos y Duskin, 2009).

Páramo (2011), dice que el adolescente necesita una relación emocional estable con personas significativas como padres, hermanos, un ambiente educativo abierto, contenedor y con límites claros, contar con modelos sociales que lo motiven a tener responsabilidades y competencias; también son importantes las características personales que le permitan un afrontamiento efectivo como autoconfianza, una autoimagen positiva, así como una buena comunicación y relación con su familia. El hecho de que los adolescentes cuenten con una autoestima alta, tengan un sentido de competencia y de pertenencia a una familia y a un grupo social puede ser una forma de prevenir que se vean involucrados en comportamientos riesgosos.

Sin duda, es imposible referirnos a los adolescentes sin hablar de la familia quien también llevará a cabo cambios dentro de su dinámica para adaptarse a las nuevas necesidades que la adolescencia les genera no sólo a los hijos, sino a cada uno de sus miembros. Los desafíos que implican esta etapa dependen de cómo se hayan negociado los cambios en las etapas anteriores en la vida de la familia, considerando que a veces pueden estar mejor preparados en una etapa que en otra (Ritvo y Glick, 2003).

No debemos perder de vista el concepto de familia desde el enfoque sistémico para entender por qué no se puede hablar del adolescente en aislado, Minuchin y Fishman (1984), explican que la familia es un grupo en el que se van elaborando pautas de interacción que constituyen su estructura, que permite el funcionamiento de cada miembro, quienes tienen sus propios roles para facilitar su interacción, brindando un sentido de pertenencia a cada uno. Asimismo, los adultos, especialmente los padres, se convierten en un modelo de relaciones íntimas para los hijos quienes de ahí aprenderán a relacionarse en otros contextos.

Cada etapa, crisis o cambio que vive una familia genera dificultades, conflictos y en muchos casos, angustia, por lo que no se puede afirmar que adolescencia automáticamente implica caos para la familia. Si bien, los conflictos son parte de la transición a una nueva etapa, estos pueden prolongarse y agravarse de no resolverse de forma directa y negociada, pero esto se logra si padres e hijos mantienen una relación estrecha tanto de afecto como de mutuo respeto, donde se reconocen tanto los derechos como las responsabilidades de padres e hijos. Es cierto que los padres tienen derecho a estar informados sobre los aspectos más importantes de la vida de sus hijos, pero no olvidemos que esto debe ser en un marco de auténtico interés, de confianza, de afecto y de respeto hacia el hijo (Oliva, 2006).

Es de llamar la atención, cómo en la actualidad a los padres les resulta más difícil establecer reglas en el hogar, lo que se complica aún más en la adolescencia, ya que actualmente, en el intento de tener relaciones más horizontales o democráticas con los hijos, los padres pueden generar dificultades en ellos para respetar la autoridad tanto hacia ellos como hacia otros adultos, lo que tiene como consecuencia la incapacidad para guiarlos o supervisarlos, pues al momento de querer ejercer su autoridad como padres, los hijos ya no lo permiten, y los padres de familia se encuentran en la disyuntiva de cómo es la mejor forma de criar a sus hijos, ya que un mal de los seres humanos es que tendemos a caer en los extremos. En la adolescencia los padres tienen la responsabilidad de cuidar, proteger y promover la socialización del hijo, sin embargo, también tienen el derecho de tomar decisiones importantes para la vida de sus miembros, así como de proteger el subsistema de los cónyuges y particularmente fijar el papel que tendrán los hijos en el funcionamiento de la familia (Minuchin y Fishman, 1984).

La familia buscará estabilidad la cual les brinda seguridad y confianza, como es de esperarse, las reglas deben cambiar de acuerdo con la etapa en la que están, así como las responsabilidades, las libertades y las formas de pasar el tiempo juntos, lo que no es una tarea fácil pues estos cambios dependen de cómo los padres ven a sus hijos, como perciben estos cambios y que tan adecuadas y congruentes son las nuevas reglas y libertades para el hijo adolescente (Nardone, Giannotti y Rocchi, 2003).

El cómo se lleve esta etapa depende de cada familia, para algunas se convierte en una etapa tormentosa, llena de dudas, temores y obligaciones, para muchas otras familias es una etapa

disfrutable, llena de experiencias agradables para padres e hijos, donde se permite el crecimiento personal de cada uno de los miembros de la familia, los éxitos y decisiones del adolescente se disfrutan y se motivan, no sólo se permite establecer metas, también se les apoya para cumplirlas (Gómez, 2003).

La adolescencia implica para los hijos un deseo de mayor autonomía, lo que pone en una disyuntiva a los padres, ya que la familia debe ser flexible para apoyar su desarrollo; en este sentido, los padres deben actuar como equipo y ser claros en la diferencia entre los roles de los adultos y de los hijos; asimismo, la lealtad, el apego y el vínculo emocional serán muy útiles para modificar pautas disfuncionales; estamos hablando de decisiones y una tarea complicada para los padres, debido a que dar demasiada libertad o autonomía cuando el adolescente no cuenta con los recursos para ejercerla plena y responsablemente se convierte en un riesgo para su desarrollo, por otra parte, el sobreprotegerlo y no permitirle tomar decisiones ni adoptar responsabilidades le impide el pleno desarrollo y la posibilidad de disfrutar de las experiencias positivas en esta etapa, dándole el mensaje de ser incapaz o de inmadurez (Ritvo y Glick, 2003).

Es evidente que no basta con establecer reglas, sino hacer que estas se respeten, por tanto, es importante establecer reglas flexibles, creíbles y que nos permitan llevarlas a cabo, de manera que el hijo vea en el padre un punto de referencia sólido. Los hijos deben enfrentarse con sus propias dificultades y límites, una muestra de amor es lograr que el hijo se sienta respetado y digno de confianza, de manera que se enfrente a sus propios obstáculos, mientras los padres están presentes pero sin resolverles el problema o evitarle los obstáculos (Balbi, 2012).

De acuerdo a lo anterior es un hecho que los hijos adquieren dentro de la familia valores, creencias, ideas y costumbres, sin embargo, el grupo de amigos les da la posibilidad de contrastar estas para formar un criterio propio. Un adolescente que cuenta con recursos y valores bien establecidos en la familia, aun cuando forma ideas o tome decisiones diferentes, logrará distinguir lo que es correcto de lo que no. A muchos padres suelen asustarles los cambios en sus hijos y adoptan una actitud restrictiva, agresiva o de indiferencia, pero es aquí donde la negociación comienza a tomar un lugar más importante en la relación padres e hijos, promover la autonomía y el afecto pero sin dejar de lado las reglas y responsabilidades que son parte necesaria para que el joven se pueda integrar en su medio social, escolar, familiar y/o laboral.

Los adolescentes tienen la necesidad de dar mayor importancia al grupo de amigos para lograr diferenciarse e independizarse de su familia, sin embargo, esto puede llevarlos a un enfrentamiento triangular, donde el chico desafía la autoridad; los padres echan la culpa a estos por la mala conducta de su hijo, a la vez, el adolescente estrecha más sus lazos con sus pares. Los padres deben buscar un equilibrio entre la autonomía y el control hacia sus hijos adolescentes, cabe destacar el término, padres *autoritativos*, quienes establecen normas y límites claros, los cuales pueden ser negociados, les permiten hacerse responsables de sus decisiones pero intervienen en

el momento en que es necesario. Cabe señalar que el llegar a este punto en la crianza de los hijos resulta una tarea difícil, pues requiere constancia, coherencia, entre otros aspectos, pero si se lleva a cabo desde que los hijos son pequeños, los frutos de esta se ven reflejados en adolescentes más responsables y felices, así como en el futuro cuando llegan a la adultez (Micucci, 2005).

La familia se encuentra en este periodo con la necesidad de ampliar su comprensión hacia el grupo de pares, donde los adolescentes también desarrollan valores, ideas sobre diferentes aspectos como política, forma de vestir, sexo, además de formar un estilo de vida y generar sus propias perspectivas sobre el futuro, es en este momento donde se comienza a negociar la autonomía y el control dentro de la familia. Para los adolescentes es esencial pertenecer a un grupo de amigos, donde pueden sentirse identificados, respetados, competentes y donde reciben y brindan sentimientos y valores como el cariño, la lealtad, el amor, la empatía, el respeto y la diversión (Minuchin y Fishman, 1984).

2.2.4 Las posturas del terapeuta familiar ante familias con hijos adolescentes

En el proceso terapéutico, el terapeuta familiar no mantiene una sola postura o forma de actuar, este adquiere la capacidad de comprender las pautas de acción del sistema, adoptarlas, moverse, reaccionar y aplicar las técnicas que considere más adecuadas, más aun considerando qué miembros están presentes en la sesión en ese momento. El terapeuta debe aprender a utilizarse a sí mismo como instrumento de trabajo, considerando además de sus conocimientos sus propias emociones e ideas, así como su historia, por tanto podemos entender por postura del terapeuta como el modo de actuar que adopta en diferentes momentos del proceso terapéutico (González, 2011).

Cada familia tiene características propias, cada uno de sus miembros es diferente, por lo que hay diferencias en cómo se viven las etapas por las que atraviesan como familia. Del mismo modo, cada dificultad es valorada de forma distinta por el individuo, por tanto, establecer una técnica rigurosa o casarse con un método o plan de trabajo es un error que no puede permitirse un terapeuta, se tiene que trabajar en la relación, alianza y postura ante cada familia que se atiende. Como señala De Shazer (1985), no debemos dejar de lado que la terapia es un esfuerzo cooperativo en el que cliente y terapeuta construyen de manera conjunta un problema que puede resolverse.

El arte de la terapia, según Minuchin y Fishman (1984), consiste en coparticipar con la familia, experimentando su realidad, involucrándose en las interacciones que dan forma a la estructura familiar, con esto el terapeuta busca ser un agente de cambio respetando las reglas del sistema, esto también tiene que ver con la aptitud y la vocación del terapeuta quien debe estar abierto a escuchar historias muy diferentes, cargadas de emociones diversas y sobre todo estar alerta a lo que la familia le da y a realmente observar lo que sucede durante la sesión.

El terapeuta familiar no debe perder de vista que la familia es un sistema en constante transformación, que interactúa con otros sistemas y que además se autogobierna. Al formar parte

del sistema familiar, el terapeuta tiene la posibilidad de generar un contexto tranquilizador, de colaboración y no colocarse como juez o aliado de alguien, pues corre el riesgo de aliarse con quien parece más débil y, con ello, debilitarlo más; asimismo, es necesario desarrollar la capacidad de adaptar su lenguaje, estilo y experiencia a la familia, respetando sus reglas, muchas familias han tenido varias experiencias negativas con otros terapeutas, particularmente porque se sintieron juzgadas o incomprendidas (Andolfi, 1991).

Milton H. Erickson señalaba que tenemos una vida afectiva y una vida intelectual, nosotros tendemos a poner atención en el intelecto, olvidándonos que lo importante es la persona en todos sus niveles. De este modo advierte que no debemos creer que con escuchar al paciente ya hemos comprendido todo, ya que siempre escuchamos con nuestros propios oídos; es curioso cómo se pretende no dejarse dominar por las emociones y, sin darse cuenta, el terapeuta puede adoptar una postura poco favorable, muchas veces esto tiene que ver con su historia personal, con sus valores, ideas, forma de vida e incluso por lo que esté viviendo en ese momento, ignorar todo esto es caer en una trampa y es perjudicial para la familia y para él mismo (Zeig, 1985).

Desde una perspectiva cibernética simple estaríamos hablando de la forma en que el terapeuta evalúa o conoce al sistema, por otra parte, la cibernética de la cibernética prescribe la forma en que el terapeuta se vuelve parte del sistema y participa en él. Este punto es esencial para el terapeuta, pues en el trabajo con familias con adolescentes, pueden pasar dos cosas, que se conecte con el adolescente percibiéndolo como débil o incomprendido, haciendo una alianza poco sana y que únicamente fortalece lo que va mal en la familia, incluso generando una mayor hostilidad y agresión en el adolescente, o logrando que se autocompadezca; por otra parte, podemos aliarnos con los padres de manera que tomamos una postura rígida, autoritaria y hacemos más de lo mismo que no les ha funcionado a los padres en casa, alimentando la idea del adolescente de que los adultos son poco confiables, inflexibles, sordos a sus necesidades y prejuiciosos (Keeney y Ross, 2007).

A su vez, un terapeuta familiar, hace parte de su forma de pensar y de trabajo la epistemología sistémica y esta se observa en su actuar y comunicar. La historia que cada uno describe, depende del mismo sujeto, de las pautas y secuencias de las experiencias personales, basadas en los demás sujetos con los cuáles interactuamos y que son parte de esas mismas experiencias, pero la definición de estas, depende del sujeto que las describe (Keeney, 1994).

Como parte del trabajo y la postura que el terapeuta debe adoptar en terapia se considera importante recordar los axiomas que Watzlawick, Beavin y Jackson (1981) plantean en su Teoría de la Comunicación:

- ◆ No es posible no comunicarse. Un terapeuta generalmente está pendiente de las respuestas a nivel verbal y no verbal de la familia ante una pregunta o comentario, sin

embargo, tampoco se debe olvidar que nosotros también comunicamos sin hablar, incluso desde el primer contacto estamos estableciendo nuestra forma de ser y tratar al otro, así como la forma en que estructuramos una sesión, en la organización de nuestras notas o material, etc. y más aún las reacciones y retroalimentación que brindamos a la familia. He ahí lo útiles que pueden ser los videos de una sesión, pues podemos percibir nuestras reacciones, de qué manera nos dirigimos hacia cada miembro de la familia, a veces podemos detectar cierto rechazo hacia alguna persona, lo cual impacta notablemente en todo el sistema terapéutico.

◆ Toda comunicación tiene un aspecto de contenido, es decir, la información, y un aspecto relacional referido al tipo de mensaje y cómo debe entenderse. Con frecuencia una intervención que consideramos muy bien elaborada puede no tener el impacto deseado, mucho tiene que ver con la relación que hemos establecido, con la forma en que lo comunicamos o bien, por falta de espontaneidad y naturalidad. En otras ocasiones, algo que decimos, tal vez sin elaborarlo mucho, puede tener un impacto más profundo en los pacientes, y tiene mucho que ver con la forma en que lo planteamos que a veces nace de nuestras más sinceras emociones o porque es una experiencia personal que compartimos.

◆ La naturaleza de una relación depende de la puntuación de las secuencias de comunicación entre los comunicantes. Cada participante puntúa según su idiosincrasia la comunicación, por tanto puede haber conflictos por falta de acuerdo. Esto es muy común en el trabajo con familias con adolescentes, ya que en ocasiones el adolescente rechazará por completo nuestras intervenciones o nuestra simple imagen de adultos; en otros momentos nos enfrentamos con algún miembro de la familia escéptico o renuente a participar en la terapia, a veces las mismas características del terapeuta como su edad, forma de vestir, color de piel, presentación, influyen notablemente en la reacción de la familia.

◆ Los seres humanos se comunican tanto digital como analógicamente. El lenguaje digital se refiere a la sintaxis, es lenguaje verbal, mientras que el lenguaje analógico, es no verbal, posee una semántica que define la naturaleza de la relación. Una habilidad que va desarrollando un terapeuta que trabaja con adolescentes es el poder establecer una buena relación con este, sobre todo cuando la historia del chico está marcada por una desconfianza total a los adultos; a veces se logra enganchar de tal manera al adolescente en la terapia que podemos permitirnos diferir de sus ideas, negociar reglas e incluso cuestionarlos sin que lo perciban como algo agresivo, sin embargo, debemos saber en qué momento podemos hacerlo.

Por otra parte, un padre o una madre pueden llegar a sentirse descalificados, incapaces o cuestionados por el terapeuta si pretendemos darles los lineamientos o la receta de lo que deben hacer, los padres deben sentirse reconocidos en sus sentimientos, en su forma de pensar y sentir que los cambios son necesarios, saludables y no implican que han hecho mal su trabajo, sino que tienen que adaptarse a las nuevas circunstancias que exige la edad de sus hijos.

◈ Todos los intercambios comunicacionales son simétricos o complementarios, según estén basados en la igualdad o la diferencia. Los primeros se basan en la igualdad y los segundos en la diferencia. Estos tipos de intercambio están relacionados con los conceptos de *cismogénesis simétrica y complementaria*. Muchos terapeutas caen en la trampa de aliarse con una parte del sistema familiar, derivando esto en un debate y en un empoderamiento negativo del sector con el que se alía, y, por otra parte, un enjuiciamiento y hostilidad de quienes se llegan a sentir cuestionados, hay familias que llegan a terapia con la idea de que se les dará un dictamen y la solución dependerá de quien da los mejores argumentos, y es el terapeuta quien dirá quién tiene la razón, idea que ha sido alimentada por la imagen que se ha dado del terapeuta en diferentes medios.

En relación a lo anterior, es común que al término de la sesión muchos padres que antes han sufrido fracasos en terapia piensen que serán culpados por los problemas de los adolescentes, o bien, el adolescente puede creer que será acusado por los problemas de la familia, en este sentido, el terapeuta tiene la oportunidad de estimularlos y brindar un mensaje de esperanza, promoviendo la motivación y el compromiso de cada miembro de la familia en el proceso terapéutico (Selekman, 1996).

La terapia es un proceso muy complejo en donde se involucran sentimientos, historias personales, idiosincrasia, conocimientos, experiencias de vida y profesionales, viejos conflictos, etc. En este sentido, las definiciones, argumentos y descripciones se dan a partir de una historia, es un pequeño nudo o complejo de conectividad llamada *relevancia*, es la formación de distintas conexiones que resultan relevantes para quien crea la historia o narra la historia (Bateson, 1982).

Otro aspecto a considerar en la tarea del terapeuta y que no depende del modelo sino de su postura, consiste en identificar los recursos de cada integrante de la familia, los cuales serán de utilidad para generar nuevos patrones de interacción. Cuando el terapeuta no rescata aquellos recursos se corre el riesgo de concentrarse únicamente en el síntoma o problema presentado, o bien, desaprovecha la oportunidad de resaltar las cualidades positivas que pueden ayudar a construir un cambio (Micucci, 2005).

Retomando algunas ideas de Erickson, él consideraba fundamental poner atención en el lenguaje, creencias, fuerzas, recursos, sentido del humor y conducta no verbal, lo cual será de gran

utilidad en la sesión y en la elaboración de tareas terapéuticas. Asimismo, reconoce que cuando un terapeuta se adhiere a un modelo de terapia y busca ser técnicamente preciso obstaculiza su creatividad. Es preferible que el terapeuta mantenga una postura positiva, no pensar si se producirá un cambio, sino cuándo sucederá, es de suma importancia resaltar los cambios mínimos para motivar otros más, un paciente se compromete más y coopera más si se resaltan sus recursos y fuerzas en lugar de centrar el proceso terapéutico en el problema y la patología (Selekmán, 1996).

Lo anterior puede ser característico del Modelo Centrado en Soluciones, sin embargo, la experiencia nos dice que muchos adolescentes han sido ya etiquetados en la escuela y la familia como “chicos problema”, y en el momento en que se resaltan sus cualidades y logros o la relación en lugar de ser de desconfianza y autoritaria es más empática, de confianza pero firme, nos encontramos con adolescentes dispuestos a escuchar y a tomar en cuenta otras ideas y reglas. Esto no sólo sucede con los adolescentes, las mismas familias en su totalidad pueden tener una historia tan larga de fracasos, crisis, problemas y tragedias, que han llegado al punto de sentirse incapaces, asumiendo que el terapeuta, así como diferentes autoridades o algunas instituciones, descalificarán y juzgarán su labor como padres o dinámica familiar. Se han acostumbrado a marcar sus diferencias, defectos y lo que está mal dentro de su sistema familiar que se han olvidado que hay cosas que sí funcionan y que también comparten recuerdos gratos, retomar estos momentos da mucha esperanza y cambia la visión de las cosas, es cierto que les resulta difícil y con frecuencia pueden retornar a lo que está mal, aun cuando hayamos encontrado cosas positivas, pero es tarea del terapeuta retomar los recursos y las buenas experiencias para que la familia comience a tomar una actitud diferente y de solución a sus dificultades.

El éxito de la terapia está asociado a una relación o alianza de confianza y colaboración en el sistema terapéutico (familia, terapeuta y equipo terapéutico), la alianza terapéutica implica infundir esperanza, crear un entorno seguro; no es suficiente con poseer habilidades y conocimientos, también se debe respetar y apreciar a las personas así como ser capaces de transmitir eso en la terapia (Ritvo y Glick, 2003).

Minuchin, Nichols y Lee (2011), dicen que establecer una alianza terapéutica no significa que siempre sea igual, pues en ocasiones el terapeuta se aliará a algún miembro de la familia, mientras que otro se sentirá cuestionado, esto es parte de las estrategias a llevar para mover a la familia del estancamiento que están sufriendo, a veces esto implica que resalten las lealtades y el amor entre los miembros de la familia generando cambios y una forma diferente de verse unos a otros. Es necesario que en el caso de familias con adolescentes se tenga un espacio para hablar con toda la familia, otros donde se trabaje únicamente con el adolescente, en otros momentos con los padres, o tal vez sólo con los hermanos, lo que implica destreza, respeto, responsabilidad y flexibilidad por parte del terapeuta. No se debe olvidar que en terapia, la familia determina los límites y la posibilidad de nuevas formas de relacionarse, el cambio se trata de un proceso de colaboración,

donde el terapeuta debe adaptarse a los miembros de la familia, aliarse a ellos y utilizarse en relación con ellos.

Charles (2011), sugiere que en un primer momento de la terapia se tome una actitud de cibernéticos de primer orden, observando antes de actuar, posteriormente ser conscientes de nuestra influencia en el sistema familiar, desde la cibernética de segundo orden, donde se utiliza la influencia del terapeuta para lograr las metas del cliente y no las de él; además de no perder de vista lo que la familia necesita, cuáles son sus prioridades, que les duele o preocupa más.

Recordemos que desde la cibernética de segundo orden, cualquier descripción de sus observaciones es una descripción del mismo observador. Por tanto, el terapeuta no es un agente que cambia a las personas, sino que se inserta en la visión de la familia para generar puntos de vista alternativos, de manera que familia y terapeuta desarrollen perspectivas no problemáticas (Sluski, 1987).

Estas nuevas realidades o realidades alternativas que van a desembocar en conductas alternativas se da a partir de las preguntas que el terapeuta hace para explorar las conexiones, creencias y patrones de la familia, el clínico puede enfocar el cambio a nivel de significados o de acciones, sin embargo, esto requiere mucho trabajo, observación y habilidad, pues a veces se cae en el error de solicitar demasiada información sólo por curiosidad pero sin un objetivo claro, o bien, podemos, desde nuestras preferencias, indagar en un aspecto que puede no ser tan significativo para la familia, ignorando sus necesidades y aquello que está relacionado con sus objetivos, aquello que quieren resolver o cambiar (Tomm, 1984).

Para una familia que ha vivido varios procesos terapéuticos sin éxito, resulta agradable encontrarse con un terapeuta confiado, optimista, dispuesto a escuchar y trabajar en sus preocupaciones, que se interesa en sus áreas de competencia y que los guía de forma rápida hacia el cambio, particularmente resaltar que son los clientes los expertos en su vida y el permitirles compartir sus historias nos ayuda a comprender su visión del mundo y dificultades. Una forma de lograr esto es enfocarnos únicamente en las personas que están frente a nosotros, poner atención en el lenguaje, los temas y creencias con los que el cliente describe sus situaciones (Selekmán, 2010).

Un terapeuta no debe olvidar que es una persona con sus propias historias, experiencia y sobre todo que no es intocable, pues en la práctica clínica, la subjetividad del terapeuta y del consultante son parte del proceso, de modo que el terapeuta se convierte en un colaborador, en un co-constructor de significados, y a la vez va deconstruyendo y co-construyendo otras visiones sobre sí mismo, conforme el terapeuta adquiere mayor experiencia y trata diversas familias, él mismo personalmente comienza a cambiar en muchos sentidos (Espinosa, 2011).

2.2.4.1 Ceguera y mimetización

De acuerdo con Minuchin y Fishman (1994) al trabajar con familias en que hay adolescentes en conflicto, el terapeuta debe tomar una posición intermedia, donde apoyará el derecho de los padres a determinadas demandas y reglas, sin embargo, también apoyará las demandas de cambio del adolescente. Esto puede ser una tarea difícil pero no imposible, la experiencia marca que los adolescentes están ávidos de estabilidad y esta sólo la dan las reglas, la disciplina, las responsabilidades y nuestra congruencia como adultos. Muchas veces los padres han adquirido una postura derrotista, donde con frecuencia los escuchamos decir “ya no sé qué hacer con mi hijo”, muchas veces requieren que se les recuerde que son capaces y que no todo son obligaciones, sino que también tienen derechos como padres.

Al existir un problema, los miembros de la familia suelen enfocarse tanto en eliminarlo como en poner atención únicamente en los aspectos relacionados con éste, que olvidan o dejan de lado la relación afectiva que existe entre ellos, por ejemplo, cuando se considera al adolescente como problemático, se marcan tanto sus actitudes y conductas negativas que este mismo se aísla del resto de la familia, y el problema de la relación familiar se perpetúa, generando frustración e impotencia en todos los miembros de la familia (Micucci, 2005).

Es común que al preguntarle a las familias, tanto padres como hijos, cuál es el mejor recuerdo que tienen de su familia, o bien, se remontan a cuando los hijos eran muy pequeños o simplemente no recuerdan que haya habido algún momento bueno, están muy involucrados en su problema y se olvidan de lo que han construido como familia; hay padres que suelen decir: “mi hijo era muy distinto en la primaria, entró a la adolescencia y es como si ya no fuera mi hijo”: A veces insistimos en que los padres no deben hacer comparaciones entre los hijos, también debemos ver en qué momento ya no es saludable que los padres sigan comparando a su hijo de acuerdo a su edad, pues debemos asimilar que han cambiado y que tienen distintas necesidades y que sean felices, ordenados u obedientes no sólo depende del chico, depende de todos los involucrados en el sistema familiar, incluyendo al terapeuta.

En ocasiones el terapeuta se encuentra en un dilema, pues es cierto que a veces se puede detectar que hay padres muy tóxicos dentro de la familia, sin embargo, no debemos excluirlos desde un inicio del proceso terapéutico. También hay que escuchar al adolescente cuando manifiesta una profunda tristeza al no contar con mamá o papá por diferentes situaciones, sabemos que estos padres les han hecho daño y, como terapeutas, podemos sentirnos enojados y deseamos desaparecer a aquellos “malos padres”; sin embargo, el adolescente puede extrañar su relación con esta figura, sentir tristeza o deseo de ayudarlo, en este sentido antes de descartar a personas de la familia, debemos escuchar lo que necesita el adolescente o los diferentes miembros de la familia y trabajar sobre ello, ya sea para afrontar la separación o para generar un acercamiento, pero esto depende de las circunstancias y no de las propias ideas del terapeuta. Sabemos que muchos

adolescentes cuya vida está en juego, por ejemplo, en el intento suicida, depresión o problemas alimenticios, entre otros, con frecuencia requerirán el involucramiento aun cuando suceda que la respuesta no sea la que esperamos ya que a veces los padres pueden reaccionar con rechazo y enojo, es esto en lo que se puede trabajar de manera individual con ellos. Familiares cercanos, profesores, entre otros, que apoyan al adolescente pueden ser parte del proceso terapéutico, la presencia y apoyo de personas significativas será de gran ayuda para proteger al adolescente de los riesgos a los que se está enfrentando (Micucci, 2005).

En ocasiones el terapeuta puede sentirse molesto con los padres ante sus reacciones, cuando esto sucede el adolescente puede reaccionar en defensa de estos, pero a la vez encerrándose en sí mismo, minimizando su problema. Cuando un terapeuta refleja sus sentimientos de ira hacia los padres tal vez ha omitido la posibilidad de que a estos les resulte muy doloroso escuchar las palabras de su hijo. En este caso, el terapeuta debe confiar en la capacidad de los padres y transmitírsela, para después ser ellos mismos quienes demuestren a su hijo que están preparados para escucharlo y apoyarlo; del mismo modo no se trata de desaparecer la angustia, sino de que aprendan a contenerla, lo que se logra en la medida en que el terapeuta fortalece su relación con cada miembro de la familia (Micucci, 2005).

Se logra una buena relación con el adolescente cuando el terapeuta presta atención a sus intereses, objetivos y expectativas y no sólo a lo que los padres solicitan. Para el adolescente es muy importante que una persona se interese por sus gustos, hobbies, éxitos, proyectos, historias, de este modo, el adolescente acepta las intervenciones del terapeuta, particularmente si con esto obtendrá algún privilegio; para un adolescente es grato trabajar con un terapeuta jovial, con sentido del humor, que logra crear un clima alegre, que deje lugar a la sorpresa y la improvisación (Selekman, 1996).

Las sesiones individuales son de gran utilidad para mejorar la relación con el adolescente, con el fin de negociar los objetivos que han planteado los padres, establecer los propios, identificar algún privilegio que desee obtener, de manera que el terapeuta se vuelva un negociador intergeneracional. Pero estas sesiones deben aprovecharse al máximo, de ellas depende todo el proceso terapéutico, la disposición y la confianza que se puede generar no sólo en los adolescentes sino en el resto de la familia; a este respecto, un recurso indispensable en el trabajo con adolescentes es la *mimetización* ya que a éstos les agrada un terapeuta que ha tenido experiencias similares a él durante su juventud (Selekman, 1996).

La mimetización puede ser un recurso muy útil para el terapeuta, pero se debe tener cuidado en no forzarla o que no aparezca como algo falso o una actuación, debe surgir de una experiencia tanto personal como profesional, incluso el manifestar que algunas dudas que han surgido en el chico alguna vez también las tuvo el terapeuta en circunstancias similares. En la plática con adolescentes en el ámbito clínico y educativo, he caído en cuenta de que ellos sienten mucha

curiosidad por las historias de sus profesores o terapeutas, resulta desagradable y poco creíble cuando pretendemos dar una imagen impecable, perfecta y limpia, los adolescentes se identifican con un adulto, que al igual que ellos, es un ser humano con dudas, errores, historias divertidas y tristes; *que es ser humano*.

Los adolescentes tienen la sensibilidad de notar cuando un adulto es auténtico con ellos y cuando logramos establecer una buena relación nos dan el regalo de la sinceridad y la autenticidad propias. Sin embargo, no debemos irnos al extremo de exagerar nuestras experiencias o ser exageradamente honestos, cuando compartimos una experiencia personal con nuestros pacientes, antes debemos preguntarnos para qué nos servirá compartirla, en lugar de hacerlo para ser aceptados.

Si bien la teoría y la técnica son importantes, la persona del terapeuta también cobrará relevancia en la terapia, pues sus procesos emotivos, cognitivos y su historia también influirán en su relación con la familia. El terapeuta debe aprender a adoptar una posición de cercanía y también de distancia, permitirse experimentar las emociones, sentimientos e imágenes que surgen en su interacción con la familia; el conocerlos nos permite conectarnos con el otro y así descubrimos más recursos a utilizar en la labor como terapeutas teniendo presentes los lados ciegos (González, 2011).

2.2.4.2 Flexibilidad y Rigidez

Es importante hablar de la postura del terapeuta en familias con adolescentes debido a que es muy fácil caer en dos extremos, o ser demasiado flexibles con el adolescente o los padres, dejándonos llevar por donde ellos decidan y en consecuencia manteniendo pautas relacionales que mantienen el problema, o por otra parte, caer en una rigidez tal, que nos volvemos sordos ante la voz de los padres o del adolescente, según sea la situación o nuestra propia historia de vida.

Uno de los primeros aspectos a tener en cuenta es que con frecuencia los padres dan un doble mensaje a sus hijos, piden que sean sinceros con ellos, pero a la vez no quieren que les digan nada que no quieran escuchar, esto sucede debido a la angustia que pueden llegar a tener los padres, en la cual se debe trabajar. Tampoco podemos dejar de lado la necesidad de que padres e hijo adolescente establezcan una relación de confianza pero también de respeto a la privacidad de cada uno, no olvidando que el adolescente se encuentra en un proceso de individuación e independencia, por lo que podemos referirnos no sólo a que los padres conozcan los aspectos más importantes en la vida de su hijo, sino también en que confíen en él como una persona que debe experimentar, tomar decisiones, disfrutar y lograr sus propias metas (Micucci, 2005).

La misma dinámica de la familia puede llevar al terapeuta a adoptar una postura rígida, ya que en el caso de las familias con hijos adolescentes es frecuente que sean los padres quienes tomen la sesión para expresar sus quejas acerca de la mala conducta o aislamiento de su hijo, probablemente el adolescente participe poco pues está escuchando lo mismo que en casa, una serie

de críticas y reclamos sobre su conducta o forma de ser. Un error que se comete es permitir que la sesión se convierta en esto, en más de lo mismo para el adolescente, esto mismo puede llevar al terapeuta a adoptar una postura en donde se refleje una alianza con los padres, lo que implicará que el adolescente se sienta juzgado, criticado y por supuesto, él también seguirá haciendo más de lo mismo. Padres y terapeuta convierten la sesión en una serie de regaños y juicios, sin que el adolescente alcance a ver de qué manera se le puede ayudar. A veces incluso la misma sesión individual con el adolescente puede convertirse en una sesión de regaños, de algo que ya sabe. Es evidente que la preocupación por el hecho de que el adolescente se haga daño puede generar este tipo de actitudes por parte del terapeuta, sin embargo, lo único que está sucediendo es que el chico se sienta aún más aislado con sus emociones, incomprendido y no escuchado, si hay algo que piden los adolescentes es precisamente eso, ser escuchados.

También podemos adoptar una postura opuesta, simpatizar tanto con el adolescente que dejamos de ser asertivos en nuestra labor de terapeutas, esto puede suceder cuando el adolescente ha tenido una vida muy difícil a su corta edad, por lo que en el terapeuta surge la necesidad de protegerlo y brindarle afecto, evita tratar con la familia y se enfoca únicamente en él, probablemente tienda a seguirlo colocando como una víctima, lo cual no es útil, pues si se ha tenido una vida difícil lo que necesita la persona es recursos para enfrentar los problemas, redes de apoyo, empoderamiento, más que seguirse asumiendo como una víctima.

El reto está en ser flexible, en aliarse en diferentes momentos con cada uno de los miembros de la familia, entender que los padres están preocupados, tienen miedo, ellos mismos pueden estar sintiendo culpables por lo que sucede con su hijo, y en lugar de escuchar tienden a rigidizarse en las reglas, en la vigilancia y el control, tienen miedo a escuchar, pues no saben con qué se pueden encontrar. Por otra parte el adolescente, puede sentirse muy solo, abandonado, no querido, sin embargo, debemos tener en cuenta que a veces una actitud rebelde también puede ser cómoda, pues es una forma de no hacerse responsable de sus actos. Encontrar un equilibrio, desarrollar como terapeuta la capacidad de ser flexible en su postura, es una tarea de mucho trabajo y de mucha autoobservación.

Por otra parte, como terapeutas sabemos que no siempre nuestras estrategias serán la solución al problema planteado, podemos caer en el punto de no darnos cuenta que no está funcionando lo que estamos haciendo, que estamos dando vueltas sin ir a ningún lado, ya que la estrategia es de inmediato rechazada por la familia o porque desde el momento de planearla no teníamos claro el objetivo de ella. Las familias y adolescentes muchas veces nos ponen en aprietos, pues en ocasiones todo lo que digamos es rechazado, en otros momentos nos encontraremos con una alianza entre miembros que siempre se habían mostrado en conflicto, por lo que es nuestra responsabilidad tener presente que todo esto es posible y que el haber planeado una estrategia no implica que debemos llevarla a cabo pase lo que pase, aquí es en donde nuestra flexibilidad y

creatividad jugarán un papel muy importante. El terapeuta puede caer en la necesidad de pensar que sus estrategias y métodos son infalibles y que lejos de buscar diferentes estrategias u observarse en la relación que ha establecido con cada miembro de la familia, termina descalificándolos, manteniéndolos en una dinámica que sólo causa inestabilidad y frustración, y en consecuencia, se convierte en otro fracaso terapéutico, ignorando la naturaleza relacional de los problemas quedándonos con una visión lineal (Micucci, 2005).

El trabajo con adolescentes implica mucho dinamismo, energía y flexibilidad por parte del terapeuta, no se puede pensar que una estrategia funcionará con todos los adolescentes, nuestra misma actitud debe ser distinta con cada uno, es necesario cuidar el no hablarles igual que sus padres si tienen un conflicto con ellos pues terminarán saliéndose de la sesión. El trato inicial con los adolescentes debe ser cauteloso, muy respetuoso y variable. A veces el primer contacto deberá ser de mucha seriedad, amable, en otros momentos más relajado, jovial, a veces con mucha sensibilidad si han pasado por una experiencia demasiado fuerte para ellos, como un duelo. Existen profesionales que trabajan con adolescentes que adoptan la misma forma de ser con todos los adolescentes, lo único que se logra con esto es que algunos de ellos se sientan molestos, rechacen la intervención del profesional, lo eviten e incluso actúen a la defensiva.

Algunos otros profesionales que trabajan con adolescentes, tienen en mente que lo único que necesitan son reglas y disciplina, no escuchando ni observando las necesidades del adolescente, llámese alumno o paciente. Su postura rígida y autoritaria sólo generará en el adolescente más rebeldía, enojo, frustración, impotencia, rechazo o temor. Esto también implica una falta de compromiso, lo más sencillo es hacer que todos los adolescentes hagan lo que deben hacer, no importando sus emociones, simplemente que todos se comporten de acuerdo a una norma, pero sabemos que esto no resuelve el problema de fondo, únicamente pone una tela para disimular lo que sucede, sin embargo, tarde o temprano, esto se reflejará en un problema mayor para el adolescente además de que se refuerza la idea que tiene, que los adultos no lo escuchan ni entienden.

Se sugiere que el terapeuta valore qué problema tiene enfrente, lo que le permitirá adoptar una postura determinada. Por ejemplo, si es evidente que el adolescente se muestra irrespetuoso con sus padres pues está poniendo a prueba los límites, lo que requiere la familia es fortalecer sus relaciones, dialogar, modificar sus reglas pues se trata de una dificultad propia de la transición evolutiva que están viviendo como familia. Sin embargo, si el problema es un poco mayor, como fracaso escolar, consumo de drogas, no sólo se trabaja en la relación padres e hijo, también es necesario abordar los sentimientos que se están viviendo en la familia, la alianza con el adolescente es esencial, pues se está poniendo en riesgo y requiere una atención a sus necesidades o problemas, sin descartar que se debe trabajar también con los padres en su relación con el hijo y en estrategias para establecer de manera adecuada su autoridad. Existen situaciones que implican un

riesgo de vida para el adolescente, como problemas legales, consumo frecuente de drogas, ideación o intento suicida, trastornos alimentarios, cutting, etc. Aquí es probable que la relación padres e hijo esté muy deteriorada, los padres sienten temor pero lo manifiestan con enojo, control o incluso agresiones, el foco de atención aquí es en el adolescente, establecer una alianza con él, donde sepa qué puede lograr al continuar con el proceso, es elemental restituir la autoridad de los padres, reestablecer la relación afectiva y protección de los padres, que estos entiendan las necesidades de su hijo y comiencen de cero con él (Micucci, 2005).

Es probable y no poco común que cuando el terapeuta se siente empantanado sea porque se ha casado con un modelo o estrategia, sin detenerse a analizar si este no está siendo de utilidad con la familia y el adolescente con el que está trabajando, o probablemente sólo está poniendo atención en un aspecto del problema y de la relación, incluso está realizando cosas que antes la familia había intentado antes y que no les funcionó. Probablemente no ha escuchado del todo a la familia, en lo que necesita, sino que se ha enfocado en lo que él cree que necesita la familia, es necesario aquí retomar los objetivos que la familia tiene respecto a la terapia, indagar nuevamente como se ha sentido con el proceso, qué emociones están presentes y qué cosas les han servido, probablemente no sean las mismas que el terapeuta tenía pensadas. En el proceso terapéutico como ya se ha remarcado se deben negociar soluciones y objetivos viables, una vez identificado el problema a trabajar se debe descomponer el objetivo en partes, para volverlo concreto, más pequeño y modificable, en lugar de pretender hacer un cambio radical a un problema complejo que sólo lleve a la frustración (Selekman, 1996).

Si bien se pueden utilizar las mismas estrategias y técnicas para un mismo problema, la relación terapéutica y el lenguaje siempre debe adaptarse a las características del paciente y su contexto, del mismo modo es importante que el paciente sienta que su percepción es comprendida y aceptada de manera que se involucrará plenamente en el proceso terapéutico (Nardone y Selekman, 2013).

Lo anterior reitera la importancia de la escucha, de la autoobservación y de replantearse constantemente lo que se está haciendo en terapia. El terapeuta puede caer en el error de rigidizar su postura, aliándose sólo con una parte del sistema, aferrándose a un modelo de intervención o bien a una idea sobre la familia, a veces el terapeuta pregunta para comprobar su propio punto de vista, incluso repite de forma diferente la pregunta para comprobar que tiene razón o que su hipótesis es verdadera. El trabajo con las familias con hijos adolescentes va mucho más allá de un modelo o estrategia, tiene diversas implicaciones, son muchos aspectos a tomar en cuenta, el contexto en el que vive el adolescente, cómo se siente en los diferentes ámbitos en donde convive, qué cosas le preocupan, qué metas tiene a futuro, si tiene un proyecto de vida, qué decisiones quisiera tomar y qué tan viables son para su edad, qué cosa le gusta hacer, a qué dedica su tiempo libre. Por otra parte está el interés por los padres, sus temores, preocupaciones, sus propios enojos, sus

experiencias de vida que influyen en la forma en que están educando a sus hijos, qué concepción tienen de la adolescencia. El terapeuta necesita conocer todos estos aspectos, trabajar con ellos para que a partir de esto pueda orientar a la familia a la búsqueda de soluciones y a la mejora en la relación padres e hijos. Esto, es ser flexible, escuchar con atención, conocer, preguntar no asumir para entonces adoptar una postura, el tipo de preguntas y lenguaje de acuerdo a lo que sea más útil para la familia y no para la comodidad o para adaptar la información a la visión del terapeuta.

2.2.4.3 La visión posmoderna como algo que permite cuestionar los estereotipos

Una idea central en la visión posmoderna de terapia implica que en el trabajo con los pacientes se deben introducir diferencias significativas que cuestionen creencias que resultan obsoletas para la familia así como modificar pautas de conducta, de esta manera el terapeuta se convierte en coautor de la historia de la familia (Selekman, 1996).

En relación a lo anterior, en la labor del terapeuta con familias con adolescentes es importante considerar que hasta hace un tiempo se había tomado a la adolescencia como una etapa de conmociones y trastornos emocionales, lo que conlleva consecuencias negativas ya que se pasan por alto problemas más serios, se reacciona exageradamente y se restringe la libertad del adolescente (Micucci, 2005).

Durante mucho tiempo los problemas de los adolescentes se consideraron como inherentes a esta etapa de la vida, atendiéndose de forma individual o de acuerdo a su grupo de edad, siendo que la familia juega un papel muy importante en el desarrollo de la autonomía, la cual implica libertad y responsabilidad, pero al mismo tiempo manteniendo el control en el desarrollo del adolescente (Andrade y Montalvo, 2009).

De muchas formas, estas ideas han beneficiado a adolescentes y sus padres, pues resulta una visión cómoda, que perpetúa los conflictos que surgen en esta etapa. Para papás y adolescente ha servido para justificar la falta de control, de atención, de afecto, de límites, de responsabilidad y de compromiso, hay padres que justifican, incluso en situaciones graves como delitos, la falta de su hijo con su edad y la impulsividad propia de la adolescencia. A veces resulta más fácil engañarnos con la idea de que el chico es independiente, cuando se trata de un desapego e indiferencia de los padres, quienes están contentos con el hecho de que los hijos lleguen a la adolescencia porque implica menos carga para ellos así que podemos ver con padres que acercan al consultorio al chico pero evitan cualquier contacto con el terapeuta, dejando la responsabilidad en otras manos.

Esta el lado opuesto, en el que nos encontramos con padres que tienen mucho miedo a esta etapa, pues en las noticias se ve que pueden acercarse a las drogas, a la promiscuidad, etc. de manera que encierran al adolescente en una burbuja para que nada le haga daño, no enseñándoles a enfrentarse a decisiones importantes en la vida, a discernir qué está bien y qué está mal, a formar su propio criterio y enfrentarse a situaciones o a personas difíciles.

Esto es cuando hablamos de los padres, también está la actitud que adoptan los adolescentes, pues buscan experimentar y desean vivir cosas nuevas y sorprendentes, teniendo en cuenta que les resulta difícil medir las consecuencias, dichas experiencias pueden ser muy satisfactorias por lo que no pueden negarse a ese placer recién descubierto. Por otra parte, encontramos adolescentes que desearían seguir siendo pequeños, pues requieren para las decisiones más básicas la aprobación de los padres, sus opiniones dependen de las opiniones de ellos, no se permiten conocer ni convivir con chicos de su edad, no disfrutan como tal de esta etapa, pero a la vez, cuando tenemos que “lanzarlos al mundo real” el miedo, la impotencia y la falta de habilidades sociales se vuelven un obstáculo para ellos.

Los adolescentes en esta búsqueda de identidad persiguen modelos con los cuales identificarse, a partir de los que forman el concepto de sí mismos. Cada época histórica tiene diferentes modelos, tendencias, modas y pasatiempos, que muchas veces para los adultos no son adecuadas, para estos es difícil entender muchas cosas y esta dificultad se da más por desconocimiento, estableciendo prejuicios, por no hacer un esfuerzo por comprender y conocer al adolescente, quien se sentirá agredido enojado, frustrado e incomprendido. El adolescente también puede encontrar dentro de la familia modelos de referencia fuertes, afirmativos y seguros, pero al no suceder esto, hay un mayor riesgo de que el adolescente los encuentre en “héroes negativos”, es decir, aquellos que promueven la violencia, la delincuencia o el daño a sí mismos (Nardone, Giannotti y Rochi, 2003).

Por otra parte, existen familias modernas que consideran que deben ser amigos de sus hijos, pero como señalan Nardone, Giannotti y Rocchi (2003) *se arriesga a ser amigo y ya no se es más padre*. En la sociedad actual hay una tendencia a proteger a los hijos, sin embargo, el mensaje para ellos es el que son deficientes, privándolos de la experiencia de probar sus recursos. Muchos documentos que establecen lineamientos de trabajo en los nuevos modelos educativos y en aspectos jurídicos, han alimentado la idea de que el adolescente, por el sólo hecho de serlo es vulnerable y es víctima, en consecuencia tenemos adolescentes que no saben distinguir una figura de autoridad, que no saben enfrentarse a la frustración, a tomar decisiones, que no toleran equivocarse ni perder, el trabajo en este sentido con las familias con adolescentes se vuelve complicado.

Lo anterior adquiere relevancia en el sentido de ser conscientes de que, como terapeutas, debemos hacer a un lado aquellos estigmas y estereotipos que han surgido acerca de los adolescentes y sus padres. Cuando nos casamos con la idea de que es una etapa de inevitable caos y que los padres tienen que esperar pacientemente a que pase como si fuera un huracán, debemos estar seguros que el proceso terapéutico no irá por buen camino, probablemente demos vueltas en círculos, sin llegar a ningún lado.

Los modelos de terapia familiar, especialmente los que adoptan ideas de la posmodernidad, al abrirnos los ojos sobre la idea de que somos parte de lo observado, y que las personas son capaces de construir sus propios recursos y reescribir sus historias, nos da la pauta para trabajar de una forma diferente y lograr lo que buscamos, que las familias encuentren sus propios recursos, aquellos que a ellas en particular les funcionarán para adaptarse a los cambios que son inevitablemente parte de la vida de la familia. Hoy en día el terapeuta puede ser más consciente de que no tiene el poder de llegar a cambiar y componer a un adolescente o a su familia, sino de que se trata de un trabajo conjunto, donde los recursos de cada miembro de la familia los llevará a construir soluciones a sus problemas.

En cuanto al concepto de adolescencia, no hay que restar importancia al hecho de que las generaciones actuales son muy distintas, que sus necesidades son también diferentes, que en un mundo lleno de información y donde esta es tan cambiante, tenemos adolescentes cuyo ritmo de vida y de desarrollo es mucho más acelerado. El adolescente sufre cambios importantes y radicales en su cuerpo, en sus habilidades, en todos los sentidos de su vida, pero el crecer no significa no necesitar a nadie, el acompañamiento, el cariño, la atención y el interés siguen siendo muy importantes para el chico, este no se acaba una vez que se cumplen los 12 años, al contrario, estos cambios requieren mucho apoyo, orientación y enseñanzas, no rigurosidad, autoritarismo y desconfianza.

La adolescencia puede convertirse en una etapa llena de satisfacción, éxito y acercamiento en la familia, pues la experiencia de adquirir más autonomía y responsabilidades les da a los adolescentes un sentido de pertenencia, de aceptación y sobretodo de ser útiles, los hijos tienen que saber que tienen un papel importante dentro de la familia. Para muchos padres esta etapa implica una gran satisfacción pues comienzan a cosechar mucho de lo que sembraron, se dan cuenta de las herramientas que proporcionaron a sus hijos, que los hábitos y valores que implementaron cuando eran pequeños ahora el adolescente los ha apropiado y ha adoptado mucho de su forma de ser. Es el momento en el que se dan cuenta qué tan preparados están los hijos para enfrentarse a la vida adulta, qué herramientas tienen, qué necesitan hacer para adquirirlas, y en lo afectivo, para disfrutar un poco de la niñez que aún está en ellos.

CAPÍTULO 3

DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES

3.1 Habilidades clínicas terapéuticas

3.1.1 Casos atendidos

Durante la Residencia en Terapia Familiar, se atendieron diferentes casos con distintas problemáticas, se trabajó terapia individual, en pareja y familiar, los problemas son diversos y las edades de las personas atendidas varían de niños pequeños a adultos mayores.

A continuación se presentan dos tablas acerca de los casos atendidos a lo largo de la Residencia en diferentes escenarios, FES Iztacala, ISSSTE y CCH Azcapotzalco. En la tabla 1 aquellos que atendí como terapeuta y en la Tabla 2 aquellos en los participé como parte del equipo terapéutico.

Tabla 1. Relación de casos atendidos en diferentes sedes como terapeuta.

CASOS ATENDIDOS COMO TERAPEUTA A CARGO			
Motivo de consulta	No. de sesiones	Situación final	Sede clínica
Problemas con hijo adolescente que padece epilepsia	7	Objetivos alcanzados en un 50%	FES Iztacala
Sospecha de abuso sexual a hijo de 11 años (piden orientación para abrir tema)	5	Objetivos alcanzados en un 95%	FES Iztacala
Problemas de pareja	7	Objetivos alcanzados en un 95%	ISSSTE
Hijo adolescente es agresivo y se autolesiona	8	Objetivos alcanzados en un 80%	ISSSTE
Hijo adolescente con problemas académicos y de conducta	6	Objetivos alcanzados en un 70%	CCH Azcapotzalco
Problemas con hijo en edad escolar (agresividad y bajo rendimiento académico)	3	Objetivos no alcanzados (baja por inasistencia)	FES Iztacala
Familia en conflicto, de pareja y con hijos adolescentes	14	Objetivos alcanzados en un 60%	FES Iztacala
Problemas con hijastro	2	Objetivos no alcanzados (no pudo continuar con el proceso por cuestiones laborales)	FES Iztacala
Problemas con hija adolescente (Cooterapia)	6	Objetivos alcanzados en un 95%	FES Iztacala

En la tabla anterior se muestra que en 3 de ellos se obtuvo entre 90% y 95% en el logro de los objetivos planteados, en ellos se dio por finalizado el proceso terapéutico, con la indicación de que en el momento que desearan podrían nuevamente solicitar el servicio, no se considera un 100%

debido a que hay aspectos que los pacientes irán trabajando de manera personal, pero ya sin el apoyo terapéutico.

En los casos en los que los objetivos se alcanzaron sólo parcialmente es debido a dos situaciones, la primera porque se interrumpió el proceso terapéutico, se lograron ciertos avances, sin embargo, no se dio por finalizado, debido a circunstancias de los pacientes. Otra situación se debió a que el proceso se alargó o bien, los casos se retomaron avanzado el semestre, por lo que tuvo que interrumpirse temporalmente para ser retomado por otro terapeuta.

Me encontré con dos casos en los que sólo se tuvieron 2 y 3 sesiones, por lo que no es posible evaluar si hubo o no avance en tan pocas sesiones, considerando la percepción que los pacientes hayan tenido de ellas.

Tabla 2. Relación de casos atendidos en diferentes sedes como miembro del equipo terapéutico.

CASOS ATENDIDOS COMO MIEMBRO DEL EQUIPO TERAPÉUTICO			
Motivo de consulta	No. de sesiones	Situación final	Sede clínica
Violencia conyugal e infidelidad	7	Objetivos alcanzados	FES Iztacala
Violencia conyugal	5	Canalización a institución especializada	ISSSTE
Problemas con hijo en edad pre escolar	6	Objetivos alcanzados parcialmente	FES Iztacala
Problemas con hijo adolescente	8	Objetivos alcanzados	ISSSTE
Familia en conflicto con la abuela	5	Objetivos alcanzados parcialmente	CCH Azcapotzalco
Problemas con hijo adolescente	6	Objetivos alcanzados parcialmente	FES Iztacala
Problemas con hijo adolescente	2	Baja por inasistencia	FES Iztacala
Problemas de depresión y de pareja	4	Baja por problemas de salud	FES Iztacala
Violencia de pareja	2	Baja por inasistencia	CCH Azcapotzalco
Proceso de duelo por separación de la pareja	5	Objetivos alcanzados	ISSSTE
Problemas con hijo adolescente	6	Objetivos alcanzados	ISSSTE
Violencia de pareja	9	Objetivos alcanzados	FES Iztacala
Problemas con hija adolescente	6	Objetivos alcanzados	FES Iztacala
Problemas de relación en el proceso de adopción de menor de 8 años	8	Objetivos alcanzados parcialmente	FES Iztacala
Proceso de duelo ante la pérdida de la pareja	3	Baja por inasistencia	FES Iztacala
Problemas de conducta de hija adolescente	7	Objetivos alcanzados parcialmente	FES Iztacala
Problemas con hijo en edad preescolar	8	Objetivos alcanzados	FES Iztacala
Problemas de autoagresión/cutting	9	Abandono de la terapia	CCH Azapotalco
Falta de deseo sexual (varón)	2	Baja	ISSSTE

Depresión	5	Objetivos alcanzados	ISSSTE
Depresión	4	Objetivos alcanzados	ISSSTE
Ansiedad por infidelidad de su esposo	11	Objetivos alcanzados	FES Iztacala
Problemas de conducta de hijos en edad escolar	2	Baja por inasistencia	FES Iztacala
Problemas de pareja/Divorcio	1	Baja por inasistencia	FES Iztacala
Mejorar sus habilidades sociales (varón)	4	Dejó de asistir por inserción al campo laboral y falta de tiempo	FES Iztacala

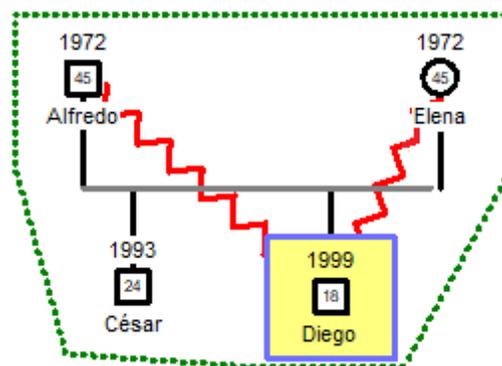
En la tabla anterior se enlistan los casos atendidos donde fui parte del equipo terapéutico, como se puede observar las edades y el tipo de problemas varía, en algunos casos se tuvo la oportunidad de concluir el proceso terapéutico ya que se alcanzaron los objetivos planteados por terapeuta y paciente. También nos encontramos con algunas bajas debido a la acumulación de faltas o por situaciones personales de los pacientes.

3.1.2 Integración de dos expedientes de trabajo clínico por familia en la que atendió como terapeuta

Se eligieron dos expedientes pertenecientes a dos familias con hijos adolescentes en los que estuve a cargo como terapeuta. El caso 1 corresponde a una familia atendida durante el tercer semestre de la maestría en la clínica del ISSSTE Tlalnepantla, el caso 2 refiere a una familia atendida durante el mismo semestre en el CCH Azcapotzalco. A continuación se presentan las características y forma de trabajo con cada uno, cabe destacar que los nombres reales fueron modificados.

3.1.2.1 Caso 1

La familia está conformada por cuatro miembros, Alfredo de 45 años, padre, Elena de 45 años, madre, sus dos hijos, César de 24 años y Diego de 18, el señor Alfredo es carpintero y tiene su propio negocio, la señora Elena se dedica al hogar, César, el hijo mayor, trabaja y Diego estudia en un Bachillerato Tecnológico, se encuentra cursando el último año.



3.1.2.1.1 Motivo de consulta

La familia acude a Terapia Familiar en el ISSSTE por recomendación de la escuela de Diego, quien es muy agresivo con sus padres y además se autolesiona. Anteriormente a esto, la escuela canaliza a Diego a CISAME (Centro Integral de Salud Mental) cuando detectaron las lesiones que se hizo en sus brazos, fue diagnosticado por este Centro con Trastorno Opositor Desafiante, donde recomendaron la Terapia Familiar.

Antes de haber acudido a CISAME, ambos padres habían asistido al ISSSTE a terapia con la psicóloga de la institución, pero sólo trabajó con ellos, ya que en la primera sesión que tuvieron con la familia, Diego se enojó y salió del consultorio, por lo que se decidió sólo trabajar con los padres en el establecimiento de límites, lo que por un tiempo les funcionó. Comenta la señora Elena que Diego suele responder con enojo y agresividad cuando algo no le gusta, no le agrada que lo corrijan, no toma en cuenta la opinión de los demás, esto comenzó cuando Diego ingresó a la secundaria, pues antes incluso tenía una relación muy cercana con su papá, pero ahora no permite que se le acerque y es muy agresivo.

Por otra parte, comentan que esto no sucede en la escuela, pues los maestros lo reportan como un chico tranquilo, que no busca problemas, sus dificultades son porque es *flojo e irresponsable*. Cabe destacar que en el transcurso del proceso terapéutico Diego fue reconocido por sus maestros por el buen trabajo que estaba realizando en su servicio social.

Diego es un chico al que le gusta el fútbol, dibujar y escribir. En cuanto a los amigos, no cree tener amigos verdaderos, sólo amistades con quienes se junta en la escuela o en donde vive, aunque lo buscan para pedir su consejo y tiene más relación con chicas. Desde que entró a la secundaria cambió su forma de ser, tuvo muchos problemas, no entraba a clases, se metía en problemas por ser agresivo. En la preparatoria ya no se mete en tantos problemas pero su rendimiento académico es bajo. De acuerdo a como se describe él mismo, exteriormente se muestra como alguien sociable, pero en su interior es depresivo y solitario. En cuanto a las autolesiones, para Diego es una forma de evitar agredir a otros, además de que siente atracción por la sangre, en ocasiones para no hacerlo dibuja o escribe pero no le funciona. Para Diego la relación con sus padres es mala, pues siente que no lo entienden, quieren controlarlo, además de que él no quiere ser como ellos dicen.

Elena, mamá de Diego, ha comentado que la actitud cambió cuando hubo un problema de pareja, por infidelidad por parte del padre, además percibe que a partir de esto, su hijo se volvió demandante con ellos, les pide muchas cosas, además de que se han percatado de que les ha robado dinero y al parecer robó un celular en la escuela.

3.1.2.1.2 Objetivo

En un primer momento de la terapia el objetivo fue lograr que Diego no fuera sólo un visitante a la terapia, por lo que se buscó establecer una estrategia en la que él saliera ganando en este proceso terapéutico, reducir las peleas y el control de sus padres sobre él, sin embargo, este ganar, está enfocado en logros positivos y proyectos en la vida de Diego.

Una vez iniciado el proceso terapéutico el objetivo fue lograr que Diego aprenda a manejar sus emociones de forma diferente, lo que implica controlar su agresividad hacia sí mismo y hacia los demás, para mejorar la relación padres e hijo, así como para que Diego logre sus objetivos académicos, para lo cual era muy importante trabajar en la confianza entre padres e hijo, trabajar en los aspectos positivos y las excepciones a los problemas, debido a que es una familia que sólo se enfoca en los conflictos pasados y no en los aspectos positivos de cada uno.

3.1.2.1.3 Modelos terapéuticos utilizados

El proceso terapéutico se basó en su mayor parte en el Modelo Centrado en Soluciones, se trata de una familia que se ha acostumbrado a enfocarse en los problemas, particularmente se han casado con la idea de ver a Diego como un hijo problema, de manera que la visión se ha vuelto muy negativa, escéptica y a la vez de desconfianza. Debido a lo anterior, la terapia se centra en primer lugar, en que Diego, reconozca los aspectos positivos que tiene de sí mismo, que cambie su perspectiva del futuro, que comience a enfocarse en un proyecto de vida, así como buscar los aspectos positivos de sus padres. Por otra parte, se dio énfasis, en el momento de trabajar con los padres, en resaltar las excepciones en la conducta y actitud de Diego, ampliarlas, así como reconocer sus logros a lo largo del proceso terapéutico.

También se tomaron algunos recursos que ofrece la terapia narrativa, que arrojó información importante sobre Diego y las estrategias de trabajo siguientes, esto a través de un ejercicio de externalización del problema, así como una entrevista al problema, al finalizar el proceso terapéutico se realizó un documento resaltando los logros de Diego, además de algunas notas breves con consejos y deseos por parte del equipo terapéutico.

3.1.2.1.4 Intervenciones

En la primera sesión, se buscó establecer objetivos de terapia de acuerdo a cada miembro de la familia. Por una parte Diego quisiera que sus papás comprendieran sus gustos y que no tiene un problema. El señor Alfredo difiere pues señala que es un problema desobedecer, contestar mal y cortarse.

En el mensaje final de la sesión se normalizó la conducta de “cutting”, donde se señala que se trata de una moda, donde los jóvenes al sentirse presionados buscan una salida a sus emociones, la sangre puede serle atractiva a Diego pues se relaciona con lo “dark”, que es algo que a él le llama la atención, sin embargo, es algo que asusta a las demás personas, por lo que al observar que él es un chico muy inteligente, sabemos que encontrará otra forma de resolver sus problemas.

También, como parte del mensaje se resaltaron aspectos positivos de esta familia observados en sesión, por lo que se menciona que se trata de un muchacho que se mostró respetuoso y abierto, lo que significa que han hecho un buen trabajo y que Diego logrará tomar buenas decisiones, lo que no implica que cuando sobrepase los límites ellos no puedan poner remedio, incluso si fuera necesario, considerar la posibilidad de un internamiento aunque confiamos que no será el caso de Diego.

En la segunda sesión, sólo se trabajó con Diego en indagar sobre sus intereses y su relación con otras personas. Diego menciona que él es como dos personas, pues hay un Diego *exterior* que es sociable y divertido y uno *interior* que es solitario, depresivo y apático, esta aportación se retoma al final de la sesión. En el mensaje final se resaltan las cualidades de Diego, el equipo terapéutico lo vemos como un chico inteligente, sensible, sociable y atractivo, se recalca que así como es buen escucha y consejero, ahora debe escucharse a sí mismo. También se menciona que a su edad es normal que busque su identidad y que en esta búsqueda los jóvenes pueden meterse en conflictos, sobre todo con los padres, pues no entienden o se asustan, pues para ellos es difícil entender que ya no es un niño. Se deja una tarea, donde como si fuera un psicólogo, observe los momentos en que la parte “dark” o interior le gana al Diego exterior, cuándo cae en esa trampa y cuando no y qué hace para que no suceda.

En la tercera sesión se pide que sólo asista Diego quien comenta que ha trabajado mejor en la escuela y cumplido con tareas. Por otra parte, en casa las cosas siguen igual. Se enfoca la atención en la excepción que menciona, pues hubo un mejor desempeño escolar, él es consciente de que debe subir su promedio, pues esto le permitirá estudiar una carrera y salirse de su casa. Su objetivo es demostrar a sus papás que puede hacer mejor las cosas, ya que no creen en él.

Retomando algunos aspectos de la terapia narrativa, se buscó externalizar el problema, identificando qué emociones tiene cuando lo señalan como un chico problema, él siente odio y enojo, y sucede más en casa. Se identifica que el enojo atrapa a Diego cuando pelea con sus papás, intensificando las discusiones, sus padres le prohíben hacer ciertas cosas y finalmente se autolesiona. A partir de lo anterior se pidió permiso a Diego para entrevistar al *enojo*, se le pide que le ponga un nombre, pero él se niega porque dice que son el mismo, por lo que se propone la idea

de un “anarquista” quien lo manipula y le hace daño, Diego dice que no puede luchar contra él pues sería hacerlo contra sí mismo. Una idea planteada aquí, es que el enojo se mete a la vida de él y su familia, provocando una guerra. Se le comenta que el enojo puede engañarlo haciéndolo pensar que así no es controlado ni es del montón, Diego asume que esto lo llevará a un infierno, pero insiste en que el enojo no lo controla, ya que él decide por sí mismo.

La cuarta sesión estuvo encaminada en buscar e iluminar excepciones y recursos con los que cuenta Diego, en esta ocasión sólo asiste Elena, mamá de Diego, para ello se hicieron preguntas presuposicionales sobre las cosas positivas que han sucedido. Elena reconoce momentos buenos, sobre todo en lo académico, sin embargo, recalca el enojo de Diego hacia ellos y el distanciamiento afectivo hacia ella, al buscar excepciones se encontró que Diego sí confía en ella para algunas cosas, lo que no externa son malas noticias. Se pregunta qué pasa cuando Diego hace las cosas bien, comenta que lo reconocen y le dan permisos. Elena percibe que cuando Diego se enteró de que su padre salía con otra persona su relación se volvió conflictiva, aunque hicieron ver a los hijos que era un problema de pareja y tomaron terapia para resolver esto no se volvió a hablar del tema con sus hijos. Nuevamente retornamos a las excepciones, donde se identifica que por lo regular el fin de semana no pelean y están juntos, inicia el problema cuando le piden a Diego hacer algo.

En el mensaje final, se retoma el problema de la pareja que surgió hace tiempo, coincidimos en que es un problema sólo de la pareja, pero que en el momento en que los hijos se enteran, se vuelve un golpe fuerte para ellos por la imagen idealizada que tienen de ellos desde pequeños. Llama la atención que la familia ha superado esto, menos Diego, se sugiere que la pareja platique sobre lo que necesitan hacer para acercarse más, pero también que papá procure un momento para platicar con Diego sobre el tema. Es importante reiterar que hay aspectos de la conducta de Diego que son comunes en la adolescencia, y que es importante diferenciar cuáles son parte de esta etapa y cuáles se relacionan con el enojo, se valida el interés, la preocupación y el trabajo de Elena como una mamá que ama a su hijo.

En la quinta sesión se exploran excepciones y avances, así como la cuestión del enojo hacia los padres. Diego resalta la indiferencia y desconfianza de sus padres. Reprobó cuatro materias, mamá no dijo nada y él explica que está esperando el castigo de ella, por su parte papá tampoco mencionó nada y lo califica como indiferencia. Se da otra connotación a lo anterior, comentando que los padres se hacen una idea de cómo es su hijo debido a lo que él hace, por tanto, cambiar esa idea toma tiempo. Se identificó un avance importante, ya que va a cumplir un mes sin cortarse a partir de que sus amigos le dijeran que no lo hiciera más, sólo que sigue sintiéndose enojado, la música le ayudaría pero le quitaron su IPod, se le pregunta qué puede hacer para recuperarlo, dice que nada. Regresa al tema de la desconfianza de sus padres, ahora se vierte esta idea como algo

que tiene que ver con él, por lo que se le pregunta qué ha hecho para que esto suceda, entonces menciona las peleas, el enojo, la desobediencia.

Un objetivo de esta sesión fue indagar en qué lugar se siente aceptado y se relaciona mejor, comenta que en la escuela sus maestros reconocen su esfuerzo así como sus compañeros. Además le dicen que es buen portero y dibujante, el equipo comenta que es agradable saber que es un chico que brilla en lo que hace, él dice que no le gusta sobresalir ni que lo usen para compararlo con otras personas, pues eso lo hacen sus papás con él y su hermano. En el mensaje se reconoce que los papás suelen ver más lo malo pues no se dan cuenta que su hijo ha crecido, sus padres siempre están preocupados, por lo que se plantean dos opciones, ser obediente y darles por su lado, o bien, ser más inteligente que ellos manejando de forma diferente sus emociones. Agregamos que al no saber qué reacción tendrán sus padres, lo que sí sucedería es que haría las cosas para sí mismo, ya no para ellos. El equipo reitera su confianza, aunque se plantea la duda en cuanto a su capacidad para manejar sus emociones, sin embargo, demostró que puede hacerlo al dejar de cortarse.

En la sexta sesión se trabaja con Diego sobre cómo evalúa la terapia en cuanto a los cambios que ha tenido, considera que ha sido buena, pues ha dejado de cortarse, es más paciente y menos impulsivo. Se indaga cómo esto ayudaría a pasar sus materias, considera que encontraría más estrategias para pasar y organizarse, aunque sabe que tiene poco tiempo, afirma que antes pudo hacerlo. En cuanto a lo que faltaría trabajar es en la confianza de sus papás por lo que proponemos reunirnos con sus padres y él para que les hable de sus cambios y proyectos, dice que le da igual, se plantea que está dando un mensaje confuso, pues quiere que ellos cambien la idea que tienen de él pero a la vez no muestra interés en hacérselos saber. Otro punto que se cuestiona en la sesión es acerca del costo y ganancias de hacer lo contrario a lo que le dicen, él ve que no hay ganancias, pues siguen diciéndole lo que tiene que hacer, por tanto, para sus padres esto es confuso pues no saben que esperar de él, reiterando que la confianza va acompañada de una responsabilidad personal.

El final de sesión se enfoca en los diferentes mensajes que Diego da a sus padres. Sin embargo, se da más énfasis a la sorpresa agradable de ser testigos de los cambios tan impresionantes que ha tenido. Confiamos en que brillará en muchas cosas, no sólo es inteligente, sino también es capaz de cambiar por sí solo. Se plantea una hipótesis con la que puede identificarse, es cuando un chico, cuyos padres han vivido conflictos los hijos comienzan a portarse mal para así evitar que su padres peleen, pues dejan de lado su problema para atender a su hijo, esto es de manera inconsciente, se trata de un acto de amor, para no ver triste a mamá, Diego rechaza esta hipótesis. El equipo reitera su confianza en él, pues lo hemos conocido de forma diferente, es un chico especial, diferente, que ha aprendido a manejar sus emociones de otra forma,

capaz de hacer muchas cosas, sólo le falta creer en sí mismo, proponemos que haga un cambio definitivo y que se demuestre que puede hacerlo.

La séptima sesión es llevada a cabo con Diego y Elena. Para esta sesión el equipo elaboró una carta terapéutica donde se habla de los logros de Diego, él es quien da lectura en voz alta a dicha carta donde resalta el tener una mejor conducta en la escuela, el dejar de cortarse, ser más paciente, menos impulsivo, piensa en lo que debe hacer para pasar sus materias, se conoce y se sabe un chico que no es débil, es inteligente, que puede manejar de forma diferente sus emociones, hace una buena labor en el servicio social, ha mostrado que puede ser responsable y creemos que es el momento de que se haga responsable sobre el control de su vida.

Una vez leída la carta por Diego, Elena se muestra escéptica a las ideas expresadas por su hijo y sobre todo a los cambios, insiste en lo que sigue sin hacer bien o incluso en el pasado. Por otra parte le alegra saber que algo lo motiva, de manera que puede creer en él. El equipo menciona que es normal que los adolescentes pidan confianza y libertad, pero les falta hacerse responsables, en este caso Diego ha demostrado que puede hacerlo, entonces la madre, retoma que ha notado que su hijo ya no se corta y es menos agresivo, está más tranquilo y trata de obedecer. En un momento Elena minimiza el logro de ya no cortarse diciendo que es porque no ha tenido motivos, sin embargo, insistimos en que esto no es algo fácil para dejar de hacerlo. Asimismo, reconocemos que los adolescentes pueden hacer cosas raras o locas, pero cuando se tienen valores, buenas enseñanzas, es decir, buena semilla, tarde o temprano retomarán lo aprendido.

En cuanto a la participación de los padres para los cambios de Diego, él comenta que no tienen nada que ver, que fue trabajo suyo, pero después agrega que ya no discuten con él, incluso lo apoyaron para hacer un convivio en casa. Lo que le falta a él es subir su promedio, y mamá dice que fortalecer la relación con papá. Se plantearon preguntas circulares respecto a lo que la mamá y papá piensan de los cambios y de qué manera ellos participan. Se normalizaron algunas conductas propias de la adolescencia. En el mensaje final Diego comentó sentirse nervioso de leer la carta, se le entrega esta para que su papá la lea, pero tendrán que regresársela a Diego para que la tenga presente todo el tiempo. Se hace la observación de que hay un juego en la familia, donde cada uno se fija en lo que el otro tiene que hacer, qué hacen mal o qué no hacen, ha sido por tanto tiempo que ha crecido la desconfianza, se han alejado, por lo que es momento de terminar con un juego que no les funciona, Diego ya ha dado el primer paso. Como tarea se les dice que en adelante deben observar lo que el otro hace bien, asimismo, cada quien tiene que hacer algo diferente, ahora que se han observado logros en Diego, así como reconocer estos, lo mismo deben trabajar en la confianza.

La octava sesión, que es de cierre, se lleva a cabo sólo con Diego quien comenta que entregó la carta a su padre pero no la leyó, lo interpreta como una falta de interés. Sin embargo, a esta idea le damos un sentido diferente, preguntando si no será debido a que el padre de Alfredo, es decir, el abuelo paterno falleció y tal vez se encuentre distraído, o puede ser porque a muchos padres les resulta difícil reconocer los cambios de sus hijos, es algo que les lleva más tiempo.

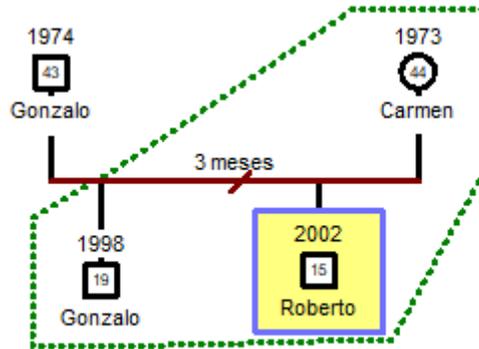
Diego comenta que ha aprendido a no ser tan impulsivo, pensar más las cosas, ser paciente y tolerante, le gustó aprender a controlarse. Considera que sólo le falta mejorar su promedio, reconoce su esfuerzo y el que haya vencido a la flojera. Se le comenta que él ha decidido ser un hombre exitoso en lugar de un perdedor. Diego tiene planes a futuro, quiere entrar a la universidad, por lo que busca terminar el bachillerato con un promedio de 8, se da cuenta que puede ser responsable y darse el tiempo de echar relajo, sólo teme que le gane el relajo. El equipo cuestiona que suele ponerse en situaciones complicadas, por tanto las personas siguen desconfiando de él pues no saben qué esperar y de este modo, en especial sus papás siguen encima de él, Diego está de acuerdo con esto y está seguro de demostrar que lo puede hacer, independientemente si le creen o no.

Se pregunta cómo sería su vida sin tantos problemas y haciendo mejor las cosas en diferentes áreas de su vida, comenta que se llevaría mejor con sus amigos, con una novia no habría mucho cambio pues siempre ha sido tranquilo y cuidadoso, en cuanto a sus padres no lo imagina, pues por una parte dejarían de criticarlo, considera que ellos verían que se está superando. Comenta que la vida es una obra de teatro y quiere vivir la vida como va y terminarla bien, él considera que de aquí se llevará nuestros consejos, pues siempre se lleva los mejores consejos de las personas.

En el mensaje final el equipo felicita a Diego por haber decidido convertirse en el actor principal y director de su propia obra, que ya no sean otros quienes dirijan su vida, para ser aplaudido por esa gran obra que está empezando a hacer en lugar de ser abucheado, se reconocen sus logros y sus reflexiones. El equipo le dice que le ha tomado un gran cariño, pues es un chico muy especial que con todas las dificultades que pueda haber ha hecho grandes cambios que sabemos que le han costado mucho trabajo, pero también sabemos que falta mucho más, sin embargo ha dado los pasos más importantes. El equipo cree en él y cree que continuará por buen camino. Todo el equipo escribió notas para Diego y le fueron entregadas en un sobre para que las leyera y con la idea de que nuestras voces lo acompañen en adelante.

3.1.2.2. Caso 2

La familia se compone de cuatro miembros, Gonzalo de 43 años, padre, quien ya no vive con la familia, Carmen de 44 años, madre, ambos son profesores de Educación Física, llevan 3 meses separados y están en proceso de divorcio. Gonzalo de 19 años está en el primer año de Licenciatura y Roberto de 15 años estudiante de bachillerato en CCH Azcapotzalco. La relación con el padre es muy distante y conflictiva. Es una familia de clase media, donde han inculcado a los hijos el gusto por el deporte, ambos hijos han practicado waterpolo, natación, futbol americano, pesas y pertenecen a un grupo de scouts.



3.1.2.2.1 Motivo de consulta

En el momento en que se realiza la llamada telefónica, Carmen (mamá) manifiesta su preocupación al ver a Roberto deprimido, considera que necesita platicar lo que siente y pide el servicio para prevenir una situación más delicada. Esto lo ha notado desde hace un año, pero al parecer se ha acentuado. Un antecedente que se menciona es que en la secundaria Roberto se golpeó la cabeza y desde entonces lo notó deprimido, le hicieron un Electroencefalograma donde no se detectó alguna irregularidad, sin embargo, lo diagnosticaron con depresión y ansiedad, le prescribieron fluoxetina pero interrumpió el tratamiento al mes y medio, desde entonces lo toma de manera muy irregular. Además Roberto ha tenido un bajo desempeño académico.

Ambos hijos afirman que no les afecta el divorcio, pero Carmen cree que se hacen los fuertes porque la ven muy triste, pero ella ya está llevando su propio proceso terapéutico. Para Carmen siempre fue muy importante dar a sus hijos una buena imagen de su papá, sin embargo, ella le permitió muchas cosas, como agresiones. Los hijos le aconsejan no extrañar a su padre porque era como si no estuviera.

Debido al diagnóstico médico, Roberto no debe consumir alcohol pero lo ha estado haciendo. Anteriormente Roberto había recibido atención por parte de los residentes de Terapia Familiar pero de forma individual, donde trabajó el enojo, particularmente por las dificultades que esto generaba en su relación con papá, considera que la terapia le ayudó mucho. Roberto se percata de que en su carácter se parece a su papá, se enoja fácilmente y cambia su ánimo de forma frecuente; no se explica por qué se siente así, supone que es por lo de su papá, con quien era más cercano, sin embargo, no lo extraña aunque sí está enojado con él. Gonzalo (hijo) nota a Roberto triste, desganado, él lo aconseja y afirma sentirse preocupado por él. Cabe destacar que los hermanos han sido muy unidos y que al ingresar Gonzalo a la universidad, pasan menos tiempo juntos lo que ha afectado a Roberto, pues lo extraña.

3.1.2.2 Objetivo

El primer objetivo fue trabajar en el aspecto emocional de Roberto, hijo menor, a quien se le ha observado deprimido, desganado y apático a la escuela. En la primera sesión asistió Carmen, Gonzalo, hijo mayor y Roberto, al indagar y conocer más sobre esta familia el objetivo de la terapia cambia, por lo que fue que la familia se reacomode a la reciente separación de los padres, ya que los roles requieren una modificación, asimismo, la relación entre madre e hijos ha cambiado, del mismo modo Carmen requiere establecer nuevas reglas en la familia.

La separación ha sido algo muy difícil para Carmen, de manera que esto ha significado un alejamiento de sus hijos, pues llora, se queja, les pregunta constantemente sobre su padre, esto impide que los chicos puedan comunicarse sobre otras cosas con su mamá, pues los aleja o bien, no tienen la confianza de hablarle de otras preocupaciones. Por otra parte, parece que la familia está desconectada y se perdió mucho de la convivencia, Carmen se ha dedicado a asistir a cursos, dedicar tiempo para sí misma y superar el divorcio, Gonzalo entró a la universidad y tiene novia, por lo que pasa menos tiempo en la casa y ahora convive menos con Roberto, por su parte, parece ser que es Roberto quien pasa más tiempo en casa pero solo, pues él sigue en el bachillerato y no tiene muchos permisos para salir.

Durante el proceso terapéutico la familia logró reencontrarse, convivir más y expresar sus emociones, además de disminuir la preocupación e insistencia de la relación padre e hijos, ya que ellos por el momento se sienten mejor si no hablan mucho de su padre pues él se alejó de ellos al iniciar una nueva relación. Así mismo Carmen comenzó a establecer nuevas reglas y responsabilidades para sus hijos. Se trabajó en los recursos como la confianza, el amor, el trabajo en equipo, la solidaridad, el gusto por los deportes, que les ayudaron a enfrentar sus problemas.

3.1.2.2.3 Modelo terapéutico

Se utilizó el Modelo Centrado en Soluciones, para el equipo terapéutico fue un modelo adecuado debido a que la familia al ingresar a terapia, llega con muchas preocupaciones y con un enfoque en lo negativo, sin embargo, cuenta con muchos recursos para salir adelante de esta crisis, pero se han olvidado de ellos. Por lo que constantemente se trabaja en excepciones mediante las preguntas presuposicionales, además se retoma con frecuencia la estrategia de preguntar sobre el futuro, sobre sus metas y aspiraciones, reforzando esto con los recursos que tienen para lograrlo.

3.1.2.2.4 Intervenciones

La primera sesión estuvo enfocada en el establecimiento de Joining, así como en definir objetivos y conocer los antecedentes y situación actual del problema. En cuanto a los objetivos de cada uno, Roberto quiere ayuda con su enojo, Gonzalo quisiera ser más seguro de sí mismo y ver más tranquila a su mamá. Por su parte Carmen considera que también se debe poner orden en los roles de cada miembro de la familia.

Para darse cuenta cuando las cosas van mejor, se les pregunta por el cambio mínimo que deberían ver, Roberto dice que sería enojarse menos y atender a lo que mamá le pide, Gonzalo dice que sería el que su mamá le pregunte menos por su papá, Carmen dice que sería sentirse más tranquila, sin miedo además de que sus hijos externaran más lo que piensan y sienten. Se pregunta por los recursos con los que cuentan para ello, Gonzalo se ve como alguien más objetivo, a Roberto le ayudaría la seguridad en sí mismo, Carmen se considera tenaz y con más energía para sus hijos, pues antes la enfocaba en su pareja.

Al final de la sesión se normaliza su situación planteando que están pasando por un desequilibrio, es una crisis que implica un desajuste de roles, por tanto esto genera ansiedad, depresión y enojo. Este proceso les llevará tiempo pero cada uno tendrá los recursos para superar la situación. Otro punto a considerar es que siempre hay un miembro de la familia al que se le nota más, como a Roberto, pero en otro momento podría ser Gonzalo o mamá. Debido a que Roberto conoce información sobre su padre, se le dice que para un hijo es muy difícil guardar secretos de los padres pues se le da una responsabilidad muy grande. De tarea se pidió que Roberto piense en las cosas que le hacen sentir bien, Gonzalo buscará momentos en los que puedan estar juntos y pasarla bien, por su parte a Carmen se le pide mantenerse como observadora de los cambios de sus hijos.

En la segunda sesión se dedicó una parte a trabajar con Carmen y otra con Roberto. Con Carmen se habló sobre sus preocupaciones, pero también se trabajó en excepciones por medio de preguntas presuposicionales. Le preocupa la cuestión académica y el consumo de alcohol de

Roberto. Carmen ha visto que los hermanos convivieron más, notó a Roberto más motivado y tranquilo, cuando él le dice que se siente más o menos ella lo siente como algo normal en el proceso. Convivieron el fin de semana, a ella le agrada ver que su hijo se bañe, se arregle, que tenga amigos y se interese por las chicas.

En la segunda parte de la sesión, se habló sólo con Roberto quien piensa que gracias a lo que su mamá les ha enseñado ya sabe lo que es bueno y malo. Si bien, no le gusta la escuela, sí es consciente de que es importante, le agrada ir al gym y estar con sus amigos, le gustaría que su mamá les permita consumir alcohol. Considera que si hiciera la tarea su mamá estaría más tranquila, aunque ahora se ha vuelto más aprehensiva, de ella le agrada que se preocupa por que tenga lo necesario. Lo mínimo que podría hacer para que ella esté tranquila sería tender su cama y ayudar con labores del hogar, así ella no le estaría diciendo siempre lo mismo.

En el mensaje final se habló con ambos de la confidencialidad de lo que Roberto diga en sesión, a menos que se encuentre en riesgo. A Roberto se le dice que aunque hay cosas que no nos guste hacer, es necesario llevarlas a cabo, el equipo entiende que a veces los adolescentes sienten que se les trata como niños chiquitos pero ellos son quienes tienen que hacer algo para que dejen de tratarlos así. De tarea se pide que piense en cosas que puede empezar a hacer para que mamá esté más tranquila y que le den más independencia. En cuanto a Carmen, entendemos lo difícil que debe ser para ella el pensar en los riesgos que pueden enfrentar sus hijos, pero al parecer ella está tratando de hacer el trabajo de mamá y el de quien ya no está, en este sentido debe considerar que a veces hacer mucho no siempre es mejor. Consideramos como equipo que tiene preocupaciones reales, pero hay algunas que no son tan importantes, por tanto, se le pide de tarea pensar en cuáles tienen que permanecer para trabajar en ellas y cuáles puede negociar.

En la tercera sesión acuden Gonzalo, Roberto y Carmen; se llevaron a cabo preguntas de afrontamiento y orientadas hacia el futuro. Carmen comenta que hay momentos en que se siente muy triste y sola, aunque también enojada pues las cosas han sido injustas para ella respecto al papá de los chicos pues se hizo por completo a un lado. Roberto siente que en esto la más afectada es su mamá pues a él no le preocupa su papá, Gonzalo coincide en este punto, a ambos les gustaría no hablar tanto de su papá, sólo de cosas relevantes sobre él. Gonzalo considera que no depende de él que su mamá se sienta mejor por mucho que la apoye, a su vez, Roberto ha estado apoyando más en los quehaceres de casa. Consideran que son un buen equipo y que no necesitan de su papá.

Se lleva a cabo una pregunta sobre el futuro, donde se pide que imaginen que ya pasó un año y que la situación ha sido superada ¿cómo se darían cuenta? Roberto piensa que podría convivir más con su papá, podría platicar con mamá de él sin que se sienta mal o se enoje. Gonzalo dice que también sería llevarse mejor con su papá, que ya no hubiera problemas por el dinero y vería más

tranquila a su mamá. Carmen dice que ya no le dolería lo que haga el papá de sus hijos. Roberto y Gonzalo piensan que ya podrían platicar más con su mamá de otras cosas. Carmen comenta que le afecta lo de su papá por varias situaciones, entre ellas es que los muchachos no quieren pedirle dinero a su papá y él no les da, se siente desplazada porque la hizo a un lado y porque sus hijos no quieren hablar con ella. Gonzalo dice que lo del dinero es porque no se sienten cómodos.

En el mensaje final, el equipo considera que cuatro meses de sentirse triste no es tanto tiempo, pues es un proceso largo, Carmen al hacer muchas cosas no significa que lo acelere. Consideramos que los chicos tienen mucha claridad en lo que piensan, hablaron de lo que sienten y están preparados para tomarse el tiempo necesario para decidir cuándo retomar la relación con su padre, por ejemplo Roberto va mucho mejor, es decir, es capaz de enfrentar la situación. Se resalta que en esta familia hay apoyo y confianza, aunque deben cuidar que no sea mayor la carga para alguno de los miembros. De tarea los chicos deben de hablar de su papá cuando ellos decidan, no porque mamá saque el tema. A Carmen se le pide que hable con ellos de temas que a sus hijos les gustaría hablar, pensamos que para ella va a ser difícil y querrá hablar de su papá, pero cuando suceda esto, escriba todo lo que pase por su cabeza antes de hablarlo, y ese escrito lo puede tirar o guardar, como ella decida. Gonzalo aclara que sí debe permitirse hablar de su papá en caso de que se trate de algo muy necesario o importante.

En la cuarta sesión sólo asiste Roberto y se hizo una revisión de la tarea, comenta que casi no platicó con su mamá de cosas personales, pero ella intentó casi no hablar del tema de su papá, sólo cuando era necesario, lo que a él le hizo sentir bien, además colabora más en casa, le avisa a mamá a dónde va, se comunica con ella y cumple con la hora acordada, lo que ha tenido el beneficio de que ella confíe más en él, le ha dado más permisos. A excepción de la cuestión académica, pues no le gustan las clases, se indaga en las estrategias que ha tomado para pasar otras materias, considera que le resulta fácil entender aunque no es constante con las tareas, a veces sus compañeros se la pasan. Se retoman áreas en las que tiene habilidad y qué de esos recursos le servirían para pasar sus materias, comenta que en el deporte es bueno y ahí es necesaria la disciplina, ser constante, pero en la escuela no le dan ganas de hacerlo. Es consciente que tiene que aplicarse pues le gustaría estudiar Nutrición.

Al final de la sesión, el equipo comenta que entiende que lo que están viviendo es parte de un proceso y lleva tiempo. Por otra parte es cierto que hay cosas que no nos gusta hacer, eso es siempre, sin embargo, la diferencia está en cómo tomamos las cosas, por ejemplo si pensamos en los beneficios que obtendremos. Se le pide que piense de qué le servirá hacer aquellas cosas que no le gustan, a la vez planteando metas a corto y largo plazo. De tarea se le pide escribir de forma concreta qué estrategias le han servido en otros momentos para pasar las materias o qué habilidades utiliza.

En la quinta sesión se decidió sólo trabajar con Carmen, se inició con la revisión de la tarea, comenta que ha intentado hablar menos de Gonzalo, padre de sus hijos, pero hubo días en que se desesperó y tuvo que hacerlo. Carmen ha trabajado en los roles en casa, por ejemplo, Roberto se quejó de que la casa no estaba ordenada como antes, a lo que ella contestó que era responsabilidad de los tres ayudar en la casa. Sin embargo, con ambos hijos se ha llevado bien y han pasado tiempo juntos, han tenido mejor comunicación, ahora le han platicado cosas personales, su reto es ya no hablar de su ex -pareja. Respecto a esto, comentó que tiene una buena relación con la familia de su ex esposo.

Por otra parte, ya firmó el divorcio y se sintió más tranquila, reconoce que merece ser querida y respetada, le ayuda que sus hijos hablan con ella y la apoyan, lo que le demuestra que son chicos muy inteligentes. Su molestia está en relación con el señor, pues no se ocupa de sus hijos. Ha buscado salir, conocer lugares y personas, está haciendo cosas que hace tiempo quería hacer, piensa que antes se había puesto en el papel de víctima, ahora acude a pláticas, cursos, lee, etc. Se ha dado cuenta de que sus hijos están esperando el momento en que vuelva a decaer, sin embargo, es tiempo de enseñarles a que pongan límites, a expresar lo que no les gusta y a no agachar la cabeza.

En el mensaje final, el equipo habla del cambio tan grande que se observa en ella, se le ve más tranquila, más guapa y más sonriente. Antes la escuchábamos hablar de preocupaciones, ahora habla de lo que tiene que enseñarles a sus hijos. Reconocemos que el llevarse bien con la familia de la ex pareja es difícil y que ella ha sido lo suficientemente inteligente como para tener una buena relación y apoyo de ellos. Se menciona la importancia de considerar que en algunos momentos se va a sentir un poco triste o decaída, pues es parte del proceso, para lo que retomamos la metáfora que ella utilizó sobre no ser más un gusano y seguir siendo un águila, así que ella debe pensar cómo quiere actuar cuando se sienta decaída. El reto de no hablar más de su ex pareja es bueno, aunque debe empezar por objetivos más pequeños.

La sexta sesión es de cierre, para evaluar los cambios y cómo se han sentido los miembros de la familia. Carmen comenta que se ha sentido decaída, siente que a veces se regresa después de haber avanzado, aunque ya se divorció sigue sintiéndose triste y enojada. Roberto afirma que le molesta que su papá se haya alejado de ellos. Retomamos los logros de la familia, Roberto dice que ha convivido más con sus hermano y han tenido menos conflictos, sólo que a veces se desespera un poco con su mamá. Por su parte, Gonzalo comenta que no se ha sentido mal, ha sido más paciente con su mamá pues trata de entenderla. Carmen comenta que ha sido importante asistir a la terapia para tener herramientas para relacionarse con sus hijos. Para ella es importante que le compartan sus logros pero también lo que les pasa para apoyarlos, por ejemplo, está preocupada

por la situación académica de Roberto. La actitud de los tres ha cambiado, pues Roberto comparte y convive más, tiene una actitud más positiva, y ha hablado de su padre. Gonzalo aunque sale mucho con su novia mantiene una buena relación con ellos, los chicos sienten que su mamá los escucha más y esto les ha dado la confianza de abrir temas personales con ella.

Finalmente el equipo felicita a la familia por haber sido constantes y el trabajo que han hecho como equipo, reconociendo que es normal que haya días en que se sientan decaídos. Han demostrado que son comprensivos, se escuchan, se cuidan entre sí y que han entendido que cada uno expresa de forma diferente sus emociones, por ejemplo, Roberto es más espontáneo para expresarse, no le gusta tanto que le pregunten. Aunque aún hay preocupaciones, cuentan con los recursos para resolver los problemas que surjan, por ejemplo, Roberto nos sorprendió por los cambios y reflexiones que hizo sobre sí mismo. Ambos son chicos responsables, con valores enfocados positivamente, se sugiere que así como se apoyan en lo emocional podrían apoyarse en la parte académica.

3.1.3 Análisis teórico-metodológico de la intervención clínica con las familias elegidas

De acuerdo con los casos presentados anteriormente, ambas familias tienen aspectos en común, se pueden resaltar características específicas de la adolescencia, así como las dificultades que enfrentan las familias, pues se trata de una etapa de muchos cambios en la dinámica familiar, que implican adaptarse y enfrentarse a la idea de que los hijos ya no son unos niños, que comenzarán proyectos nuevos, requieren reglas distintas, sin embargo, la comunicación y el afecto son indispensables para lograr un desarrollo adecuado y lleno de satisfacciones en todas las áreas de la vida.

3.1.3.1 Características de los adolescentes y el proceso de asimilación para sus familias

La adolescencia conlleva un cambio inevitable en la relación padres e hijos, sin embargo, esta no debería tornarse de forma negativa, sino como un cambio necesario para cubrir las necesidades del adolescente y lograr que sus padres puedan acompañarlo en esta etapa. Es probable que exista un mutuo alejamiento, como si hablaran dos idiomas distintos, además el adolescente requiere más privacidad, por lo que los padres suelen retroceder al considerar necesario darle su espacio o para evitar el conflicto, sin embargo, en ocasiones es demasiado el distanciamiento y lo que parecería un intento de dejar ser a su hijo, se convierte en una acción negligente o en una dificultad para enfrentarse a esta nueva etapa por parte de los adultos; sin embargo, puede suceder lo contrario, que los padres no perciban la necesidad de privacidad de su hijo adolescente por lo que la invaden constantemente (Micucci, 2005).

En el caso 1, los padres comentan que Diego, a partir de que entró a la secundaria tuvo un gran cambio en su conducta, se volvió agresivo, no acepta que lo corrijan, no toma en cuenta la

opinión de los demás, de alguna manera lo asocian a la adolescencia, ya que antes tenía una relación cercana con papá, pero ahora con él es muy agresivo y no deja que se le acerque, estas respuestas agresivas fueron tomadas como parte de la adolescencia, lo cual conllevó a que estos padres no detuvieran estas conductas en su momento. Este es uno de los riesgos que hay cuando se considera a la adolescencia como una etapa de caos y rebeldía, es una manera de cegarnos ante un problema que va más allá de un cambio de humor propio de una etapa, de forma que al querer actuar el problema es más serio, pues se alimenta la idea del adolescente, de que a los adultos no les interesa lo que le pase y que además puede tratar a los demás violentamente.

Conforme avanza la adolescencia, la comunicación entre la familia experimenta un cierto deterioro, evidentemente el adolescente cambia su forma de ser, de pensar y de expresarse, a los padres les resulta difícil aceptar que su hijo es más independiente, que como parte de su privacidad comienza a guardarse ciertas cosas, necesita tomar decisiones por sí mismo, y en este aprender pueden actuar de forma extrema pues están aprendiendo a hacerlo, cómo ejercer su derecho a la privacidad, qué cosas deben guardarse y qué pueden compartir sin sentirse invadidos; todo esto puede llevar a un conflicto padres e hijo tornándose más difícil la comunicación, lo que se ve agravado si en esta etapa surgen conflictos más severos en la familia, ya sea como sucede en el caso 1, en el que Diego se entera de la infidelidad de su padre, o bien, del divorcio de los padres de Roberto (Oliva, 2006).

Los adolescentes necesitan sentirse escuchados, respetados y comprendidos, pues han llegado a una edad en donde al darse cuenta de más cosas y comenzar a tomar decisiones, consideran que su voz es más importante y debe ser escuchada. Teniendo en cuenta esto, cuando se trabaja con familias con hijos adolescentes, siempre es necesario tener sesiones individuales con ellos pues, en la sesión familiar, puede sentirse molesto, incomprendido o no escuchado. En el primer caso, tener una segunda sesión únicamente con Diego fue de gran utilidad para conocerlo y fortalecer la relación terapéutica; Diego es un muchacho que está pasando por un momento en el que se siente como dos personas, hay un exterior que es sociable y divertido, pero en su interior es un chico solitario, triste y apático; esto es común en los adolescentes y tiene que ver con la serie de cambios que están viviendo y con la búsqueda de su identidad.

Con frecuencia los adultos suponen que el adolescente, por su edad, es inconsciente, que está tan ensimismado que no nota lo que sucede a su alrededor. Por el contrario, de acuerdo a su desarrollo cognitivo, se percatan de muchas cosas, reflexionan y analizan lo que sucede, aun cuando parezcan indiferentes. En mi labor como orientadora educativa me percaté frecuentemente de esto; por ejemplo, cuando alguno de los chicos dice, “el profesor tal llegó enojado, lo vimos platicar con una mamá, de seguro lo hizo enojar”; “hoy está enojada, porque no me saluda igual que todos los días”, “tiene mucho trabajo, se le ve estresada”. Los adolescentes suelen hacer interpretaciones de lo que ven o perciben, es común que tomen como algo personal, alguna actitud de alguien con quien

tienen una relación cercana, fácilmente pueden sentirse no queridos, ignorados o abandonados al notar un cambio en la actitud de personas significativas para ellos.

Continuando con el caso de Diego, se entiende que en esta búsqueda por su identidad el adolescente puede meterse en problemas, probablemente no esté de acuerdo en muchas cosas con sus padres, ha comenzado a darse cuenta de algunas situaciones, el concepto sobre sus padres ha cambiado, lo que ha afectado notablemente su relación, sin embargo, no ha podido expresarles esto, complicando aún más las cosas, pero esto no sólo es responsabilidad de Diego, tiene que ver con lo que sus padres han dejado de hacer y en cómo ellos mismos han cambiado la forma de relacionarse con su hijo. Lo que es cierto, es que los padres quisieran poder compartir lo que saben con sus hijos para evitarles problemas y protegerlos, sin embargo, al no reconocer a su hijo, porque ahora se encuentran con un chico más temperamental, menos obediente, arriesgado, no saben bien cómo protegerlos intensificando su control, comprometiendo la relación, mientras el hijo adopta una postura de desafío de las normas (Minuchin, Nichols y Lee, 2011).

De acuerdo con la UNICEF (2002), en la adolescencia los jóvenes establecen su independencia emocional y psicológica, aprendiendo a entender y vivir tanto su sexualidad como su papel en la sociedad. Con base en lo anterior, en el caso 2, Roberto es un chico con muchas dificultades, tiene malas calificaciones, no hace las labores que le corresponden en casa, bebe alcohol de forma irresponsable; sin embargo, con frecuencia las peleas en casa se vinculan con obtener permisos y más libertades por parte de su mamá. En este sentido, Roberto tiene razón en pedir libertades, sin embargo, es evidente que no hace mucho para tener más independencia, pues quiere libertades de un joven mayor pero sigue portándose como un niño pequeño, reforzando los cuidados y vigilancia de mamá. Del mismo modo con frecuencia el mensaje que los padres le dan a los hijos es, compórtate como alguien mayor para que te de independencia, pero no dejes de ser mi niño. En estas contradicciones es muy frecuente que se encuentren muchos adolescentes y sus padres.

Más adelante Roberto comentaría que había comenzado a colaborar más en casa, a comunicarse con mamá, a cumplir con la hora acordada, lo que le ha beneficiado en que tenga más permisos, su mamá comienza a confiar en él, a tratarlo más como un adolescente. El único paso que le falta es comprometerse más con la escuela.

En esta búsqueda de identidad el adolescente quiere ser respetado en su forma de ser y encontrarse con personas con las cuales identificarse para afirmar su identidad. Las comparaciones son algo que suele molestarles pues es como cuestionar su forma de ser, sin embargo, tampoco es agradable para ellos sentirse tan diferentes que no encajen con nadie. En el caso 1, Diego manifestó su molestia respecto a que sus padres constantemente lo comparan con su hermano mayor, pues “es el hijo que todo lo hace bien”, de manera que Diego hace lo posible por seguir siendo totalmente

diferente a él, es la forma de confirmar que es independiente, que quiere ser diferente a su hermano, y ser reconocido por eso.

Es de suma importancia, dejar en claro para los padres, qué conductas o actitudes son normales en el adolescente, sobretodo que sea evidente para ellos que muchas tienen una razón de ser, es necesario que no vean al adolescente por separado, como alguien que va cambiando por sí solo sin la influencia de su contexto, incluida la familia. Con los padres de Diego, en el caso 1, retomamos en varias ocasiones lo que es normal o comprensible en algunas actitudes. Algunas de ellas propias de la adolescencia como el tardarse en hacer algunos deberes, que sin embargo, sí realiza, la dificultad para levantarse temprano, lo que es consecuencia de desvelarse el día anterior, los padres no se cuestionan por qué duerme tarde, sino el que no se levante temprano.

Es indispensable normalizar algunos aspectos de lo que hace un adolescente sin, evidentemente, caer en justificar conductas de riesgo o actos dañinos para él o para otros, sin embargo, se pueden contextualizar algunos aspectos, por ejemplo, en su búsqueda de independencia, con Diego se le dijo a su mamá que es normal que un adolescente pida confianza y libertad pero están en proceso de también hacerse responsables. Se considera que los adolescentes pueden hacer cosas raras o locas de acuerdo con el criterio de quienes les rodean, pero los valores fomentados en casa así como las enseñanzas pueden ser una forma en la que ellos puedan, poco a poco, ir aprendiendo a tomar decisiones adecuadas para su vida.

Una problemática común en las familias con hijos adolescentes, es la facilidad con la que sostienen la idea de que algo funciona mal con el adolescente, y es un especialista el que debe curarlo, esta idea no sólo está presente en muchos padres, sino con muchos profesionales, particularmente se vuelve un problema cuando se da medicación. En el caso 2, la mamá informa que Roberto hacía un año había sufrido un golpe en la cabeza y a partir de ese momento lo vio deprimido, por lo que en revisión médica solicitaron un Electroencefalograma, donde no se detectó irregularidad, sin embargo, sí lo medicaron para tratar la ansiedad y depresión. Esto nos indica que aunque como medida preventiva era necesaria una revisión médica, el problema de fondo no se atendió, pues algo sucedía con Roberto y no era físico, Carmen, la mamá, se muestra preocupada por su hijo, pues lo sigue viendo deprimido, además de que el medicamento lo toma de forma muy irregular. Hasta ese momento este diagnóstico de depresión y ansiedad influía en la forma en que Carmen y Gonzalo trataban a Roberto, muchas veces estas etiquetas (o diagnósticos) y el mal uso de un medicamento implica que la persona se asuma como enferma, entendiendo su tristeza o irritabilidad como algo que no puede controlar, el trabajar en esto nos permitió comprometer a la familia a participar en el proceso junto con Roberto.

También se retoma el cambio de actitud que tiene una explicación y no se trata de algo que surgió sin razón como parte de una etapa. En el momento en que Diego se entera de la infidelidad del padre se rompe la imagen que él tenía de sus padres, aun cuando la pareja haya

superado el problema, no implica que sea lo mismo para él, pues al conocerlo se ve de alguna manera involucrado. En este caso Diego pudo haberse sentido traicionado por su padre, de ahí la agresividad hacia él, pero también con su madre por hacer como si nada hubiera pasado, asimismo, una vez que se entera del problema lo excluyen de él, no lo platican, no le preguntan qué sabía de ello, cómo se sentía, dándole una sensación del riesgo a que su familia se destruya en cualquier momento y de estar con personas que se contradicen con sus actos, lo que conlleva una pérdida de autoridad por parte de los padres. Es importante no confundir lo que es parte del desarrollo del adolescente, de las problemáticas a las que se enfrentan en la vida y que se pueden convertir en riesgos para su desarrollo. Es así como la interacción padres e hijo debe reacomodarse a todas las transformaciones que se van dando dentro de la familia, incluidas tanto las problemáticas como los cambios que exige cada etapa de los hijos, conforme crecen habrá mayor igualdad y equilibrio en las relaciones parentofiliales (Oliva, 2006).

Como se ha mencionado, al ser la adolescencia una etapa de muchos cambios, como familia se debe tener en cuenta que estos implican confusión y muchas emociones encontradas en el joven. En el caso de Roberto, además de los cambios propios de la adolescencia, se está enfrentando a cambios importantes dentro de su familia, el divorcio de los padres, el hecho de que su hermano ingresa a la universidad y mamá pasa menos tiempo en casa, por lo que el cambio en su estado de ánimo, es entendible, aunque eso no implica que no deba ponerse atención en esto.

Ahora bien, estas dificultades no implican que se deje continuar al adolescente sin tomar medidas para protegerlo o manteniéndonos indiferentes a lo que sucede, adoptando una actitud pasiva. Independientemente de las dificultades que surgen sigue siendo fundamental que los padres pongan límites, probablemente tengan que modificar y flexibilizar las reglas, asignen responsabilidades, estén pendientes y cercanos a sus hijos, mostrándoles confianza y afecto, un interés genuino, no como una forma de vigilar y controlar, recordemos que los extremos no son una opción, ni demasiado control ni tan escaso que se olvide de las necesidades del adolescente (Oliva, 2006).

3.1.3.2 Abordaje de los factores de riesgo en el proceso terapéutico

Al trabajar en terapia con factores de riesgo es importante ser cuidadoso con el adolescente, sobre todo si considera lo que hace como una forma de divertirse, como algo que puede controlar, como algo que no es peligroso o malo, o bien, como un gusto, sus padres han luchado por hacerle ver que lo que está haciendo está mal y esto genera un enfrentamiento padres e hijo, por lo que en un inicio si aún se está en proceso de establecer una alianza terapéutica con el adolescente, el contradecir o tomar la postura de los padres abiertamente, pondrá en riesgo la relación terapeuta adolescente, y lo que es más importante, el chico continuará poniéndose en riesgo.

El tomar ciertos riesgos es para el adolescente parte de su desarrollo, es una etapa donde es necesario explorar con menos obstáculos, para así desarrollar su identidad, su creatividad y su iniciativa personal, en esta exploración los adultos cercanos a él tienen la difícil tarea de detectar hasta qué punto estos riesgos están sobrepasando el límite de lo que puede permitirse el adolescente y cuándo realmente está poniendo en riesgo su integridad, las oportunidades de la vida y su futuro (Oliva, 2004).

En el caso 1, al final de la primera sesión se normalizó la conducta de “cutting”, pues Diego lo ve como un gusto, entendiendo que se ha convertido en algo común en los jóvenes que les permite dar salida a sus emociones, también tomamos en cuenta que, en ese momento, estaba apegado al estereotipo “dark” y entre algunas cosas que le parecen atractivas es la sangre, sin embargo, hicimos hincapié en lo que esto puede provocar en las demás personas, como preocupación y miedo, por lo que sugerimos que podría encontrar otra forma de dar salida a las emociones negativas. Estos chicos requieren, como se hizo en sesión con Diego, saber que los demás confían en él, que lo consideran capaz, que se observan aspectos positivos en su personalidad y forma de ser, mostrar abiertamente nuestra preocupación respecto a lo que hace probablemente nos quitaría la posibilidad de lograr que dejara de hacerlo.

Las autolesiones son un problema por sí mismo, sin embargo, este también es un indicador de muchas situaciones que están afectando al adolescente, quienes suelen buscar salidas a emociones negativas que estén viviendo en determinado momento. En el caso 1 de Diego, en la escuela se percataron de las autolesiones en los brazos y él mencionó que también lo hacía en las piernas, comentó que era una forma de evitar agredir a otros. La relación padres e hijos es determinante en el sano o problemático desarrollo del adolescente, pues Diego, por ejemplo, tenía muy en claro que la relación con sus padres era mala, ya que sentía que no lo entendían, por el contrario, intentaban controlarlo y que fuera como ellos querían. Este tipo de conductas, como vomitar, darse atracones de comida o lesionarse pueden considerarse comportamientos compensatorios de su sufrimiento, sin embargo, conforme pasa el tiempo, se convierten en una auténtica compulsión que puede resultarles placentera y difícil de controlar (Nardone y Selekman, 2013).

Por otra parte, cada vez es más frecuente ver a estas familias democráticas que suelen decir a sus hijos, en el momento en que llegan a la adolescencia, que ya son suficientemente grandes para hacerse cargo de sus cosas, lo que raya en un desinterés hacia el hijo, con todo lo que esto conlleva, pues no sólo se refieren al hecho de que tienen que hacer sus tareas o deberes por sí solos, sino también que pueden salir hasta altas horas de la noche y no hay un monitoreo de lo que hacen fuera de casa, qué tipo de amistades tienen, si están consumiendo alcohol, incluso, cuando ya se les permite hacerlo. Todo lo anterior en relación con la idea de estos padres sobre que su hijo debe disfrutar la vida y que es mejor estar presentes cuando lo hacen a que lo hagan a escondidas

de ellos. En este sentido, es necesario explorar las creencias de la familia, pues pueden estar pensando que su hijo requiere libertad de acción, seguridad y amor incondicional, fomentando conductas de riesgo y evitándole las consecuencias de sus actos, por el contrario, otros papás pueden estar tan enojados con su hijo que sólo piensan castigarlo o bien, deshacerse de él (Micucci, 2005).

Las familias con hijos adolescentes pueden enfrentar una serie de dificultades para entenderse y comunicarse entre sí, por ejemplo, los padres desconfían de sus hijos, por tanto no otorgan libertades pero tampoco asignan responsabilidades. Por otra parte, los adolescentes quieren que sus padres confíen en ellos, pero ellos no confían en sus padres, además de todo, no quieren responsabilidades. Diego, en el caso 1, constantemente discute con sus padres porque no le tienen confianza, pero él mismo cae en contradicción, pues debido a que no se ha mostrado responsable, no puede pedir confianza; al ser un chico etiquetado como “problemático”, es difícil quitar esta idea a los padres pero también a él mismo, se ha apropiado tanto de esta etiqueta que hace todo para confirmarla, pues comete errores y no asume la responsabilidad de sus actos. Sin embargo, este cuestionamiento no hubiera sido posible sin antes haber establecido una alianza con el muchacho, pues se logró algo que pide en su familia, una confianza mutua, al grado que los cuestionamientos del equipo los ve como una retroalimentación o consejos, no como juicios.

El miedo que suelen tener los padres a lo que es capaz de hacer su hijo, es también un obstáculo grande en la relación, pues genera desconfianza pero a la vez, impide que pongan los límites de manera adecuada, de forma que el adolescente va en una escalada de conductas donde se coloca en riesgo. Se trata de hacerlos responsables de sus actos, comprender cómo se ayuda a otro a asumir responsabilidades es algo complejo para los padres, si el hijo consume alcohol sin permiso, a veces el miedo a que lo vuelva a hacer y se vaya de la casa, hace que lo permitan, o bien, que impongan un castigo desproporcionado que sólo genera resentimiento, sin regular la conducta indeseable. Ahora bien, esto tiene mucho que ver con todo lo que se hizo desde temprana edad, pues muchos padres les dan una gran libertad a los hijos cuando son pequeños y quieren imponer reglas y responsabilidades cuando nunca antes lo hicieron, de tal manera que cuando quieren poner una regla ellos lo toman como un castigo o como una agresión.

Esto genera adolescentes desafiantes y rebeldes que no admiten reglas o responsabilidades, por su parte, los padres se concentran en el mal comportamiento del adolescente sin tratar de comprender los sentimientos de fondo a estas actitudes. Es evidente que al comenzar a aparecer conductas problemáticas o de riesgo en el adolescente, significa que en su conjunto, la familia está atravesando por dificultades para enfrentar una transición evolutiva, en muchos casos, acompañados de otros problemas de la vida, probablemente duelo, separación, dificultades económicas, etc. que afectan gravemente la relación entre el adolescente y su familia (Micucci, 2005).

Algunos padres comienzan a ver conductas extrañas en sus hijos, mucho tiempo en el celular hasta altas horas de la noche, el estar encerrados en su cuarto, apatía, poco apetito, hostilidad, etc. sin embargo, temen preguntar y acercarse, temen descubrir algo que no sabrían cómo manejar. Se les pregunta qué hacen cuando su hijo (a) se encierra en su cuarto toda la tarde, ellos dicen que nada pues se pueden enojar y empeorar las cosas. Los padres tienen miedo a preguntar o descubrir algo desagradable y a los adolescentes les duele que no les pregunten, ellos lo toman como indiferencia o desinterés. En ocasiones, los padres transmiten un doble mensaje, *sé sincero pero no me digas nada que yo no quiero escuchar*, aquí es importante trabajar en la angustia de los padres pues ellos son los primeros que pueden prevenir un riesgo mayor en su hijo adolescente, es necesario que estos padres reconozcan e identifiquen qué ideas, sentimientos y preocupaciones tienen respecto a sus hijos, reestablezcan la comunicación con ellos, comprendan que ellos mismos se encuentran en una etapa diferente dentro de su familia y que los cambios son inevitables, es por ello, que se requiere involucrar, en el proceso terapéutico, a la familia y que así como se asignan sesiones para el adolescente, también se puede brindar un espacio a trabajar con los padres, ellos mismos necesitan un momento de desahogo y de enfrentamiento con sus propios temores (Micucci, 2005).

En ambos casos, nos encontramos con adolescentes cuyo sentimiento predominante era el enojo, los adolescentes tienen una razón para sentirse enojados aunque no sepan cómo expresarlo con palabras, o bien, aunque aparentemente no sepan por qué. Si bien, aquí no se puede asumir que se tiene la respuesta a esto en los dos casos de los adolescentes atendidos, sí se puede encontrar una similitud entre ambos chicos en cuanto a su contexto y relaciones familiares. En ambos casos, los chicos se enteraron de la infidelidad del padre, sobre todo Roberto, se enteró de “ciertas cosas” en relación a esto, pero nunca reveló lo que sabía. De pequeños, la relación más estrecha era con el padre, al entrar a la adolescencia, también sucede este cambio en el ideal del padre, por lo que la relación cambia notablemente, se muestra tensa y de peleas constantes.

Por otra parte, también cambia la relación hacia mamá, con quien a veces tienen confianza pero en otros momentos también muestran un enojo marcado, que manifiestan más con desobediencia o bien, no hablando con ellas, muestran un mutismo, que provoca su angustia. Algo que se pudo notar en ambos casos, es que los adolescentes se encontraban en un punto de mucha confusión, pues la idea que tenían de su familia cambia al enterarse de que su padre tiene una segunda relación. Ahora bien, otro aspecto es que se enteran de problemas que son exclusivamente de pareja, pero en el momento de enterarse, ya son parte de este, por lo que los padres en primer lugar los involucran con sus actitudes, con las propias peleas de la pareja, con preguntas o comentarios, pero después les dicen a sus hijos que no deben meterse pues es una cuestión de pareja, o bien, no quieren que les afecten sus problemas.

Son dos mensajes diferentes para el adolescente, quien por un lado, se siente molesto por lo sucedido, quisiera no ser parte de este problema o no estar en medio de la pareja, sin embargo, es inevitable que se sienta involucrado, además, en un primer momento es parte del problema, pero después se le excluye como si no fuera importante, como si pudiera olvidar y seguir adelante sin más. Aquí es en donde el adolescente puede sentir frustración, enojo y cierta traición de parte de sus padres. En ocasiones los adolescentes rebelan sentirse enojados por ver que su mamá permita tantas cosas, pues les duele verla sufriendo. Los padres pueden fingir que las cosas están bien o se han resuelto, pero esto sólo empeora las cosas, pues al darse cuenta que no es así, el adolescente aumentará la desconfianza y el enojo hacia ellos (Micucci, 2005).

En el caso 2, la separación de los padres implica un reacomodamiento de su dinámica, la madre se siente desorientada y sola por la pérdida de su pareja, lo que se refleja en su inseguridad para ejercer adecuadamente su rol de jefa de familia, no se considera capaz de educar y guiar a sus dos hijos. Esto lleva a Carmen a estar triste constantemente, pregunta sobre su padre a los chicos, ellos no comprenden por qué aún se interesa tanto por él, si le ha hecho tanto daño, consideran que su mamá aún quisiera estar con su papá. Ellos manifiestan no sentirse tristes, sino enojados porque su padre ha hecho mucho daño a su madre, pero a la vez, Roberto manifiesta un enojo mayor, pues quisiera ver a su mamá más fuerte y cercana a él, él piensa que su mamá debería estar enojada con él y no triste, Roberto se siente solo en esto, es como si su mamá también se hubiera ido; además les molesta que constantemente les pregunte por su papá, que esté tan atenta a lo que hace o dice, en algún momento Roberto dijo, “no sé por qué se siente tan triste y tan sola si nos tiene a nosotros, nosotros aún estamos aquí”.

Un elemento más relacionado con la familia, es la relación que se lleva entre padres e hijos, pues en ocasiones es en esta etapa donde puede verse deteriorada. En el caso 1, Elena, mamá de Diego, identificaba un problema entre ella y el Sr. Alfredo por infidelidad del cual se enteró Diego, por lo que a partir de entonces la relación cambió, pues se volvió demandante, comenzó a robarles y a mostrarse agresivo hacia ellos.

En una quinta sesión que se tuvo con Diego, resalta nuevamente el conflicto padres e hijo, ya que al reprobar materias él espera un “castigo” (término utilizado por Diego), sin embargo, los padres no le dicen nada, lo que califica como indiferencia, es evidente aquí el deterioro de esta relación, pues cualquier cosa en ambas partes tendrá una connotación negativa, esto aumenta el enojo de los miembros de la familia. En esta familia hay una desconfianza mutua, que a la vez coloca a Diego en una posición vulnerable, por ello fue necesario cambiar un poco el foco de atención de Diego, tan enfrascado en el enojo hacia sus padres, abordando la importancia de hacerse responsable de sus propias emociones y acciones, resaltando el hecho de que ha dejado de cortarse, independientemente de que los problemas continúen.

El divorcio de los padres se convierte en un factor de riesgo como tal para un adolescente, en el caso de Roberto, la dificultad radica principalmente en la forma en que se está llevando a cabo, ya que la relación con su padre es mala, porque lo ven poco en tanto él no lo permite y cuando lo ven sólo discuten acerca del dinero, ya que no es constante en cuanto a la pensión, respecto al comportamiento y actitud apática de los chicos, además de que la relación padre y madre se encuentra tensa en ese momento. Esto genera enojo en Roberto, su estado de ánimo cambia constantemente, agregando que es un golpe fuerte para él, pues anteriormente era muy cercano a papá; en este momento no lo extraña, sino que se siente enojado con él.

El divorcio problemático puede considerarse un factor de riesgo para el adolescente en el sentido de que cambia la dinámica de los miembros de la familia, genera una especie de duelo por el padre que ya no vivirá con ellos. Pero este proceso puede ser llevadero de acuerdo a como sea manejado, es decir, qué tanto se vea involucrado en el conflicto parental y a como lo manejen los padres, más que en el hecho en sí, pues hay hijos que consideran que es mejor la separación debido a que las peleas en casa son constantes y hay un ambiente de tensión. En este tipo de conflicto no es difícil observar coaliciones entre algunos miembros de la familia, dichas coaliciones tienen el objetivo de tomar partido por uno de los padres iniciando una batalla contra el otro u otros miembros de la familia, se genera rivalidad, tensión, conflictos y enfrentamientos. Por otra parte, se pueden establecer alianzas, que están enfocadas en una unión entre miembros de la familia que permite ayudarse, superar los problemas, apoyarse, que es lo que suele suceder entre Roberto y Gonzalo; lo que finalmente sería el objetivo de esta familia, establecer una alianza para afrontar los cambios surgidos ante la partida del padre y no una coalición en contra de él, que finalmente sólo hará que el conflicto y estancamiento de la familia permanezca.

Como ya se mencionó, la separación se convierte en una solución para la familia sin poner en peligro la relación padres e hijos, es decir, se puede establecer una alianza entre los miembros de la familia para adaptarse a los cambios surgidos de esta. En el caso de Roberto y Gonzalo, ellos habían tenido una buena relación con su padre pero en el momento en que comienzan los conflictos con su mamá, la relación cambió, pues su papá pasaba menos tiempo con ellos, posteriormente Roberto se enteró de algunas cosas ya que su padre ya tenía una relación con otra persona, sin embargo, esto lo guardó como un secreto, Carmen sólo intuye que es algo sobre ese tema aunque no ha logrado averiguar lo que es, ahora que su papá tiene una relación con otra persona casi no les habla ni los busca. Todo esto definitivamente ha afectado a mamá e hijos, particularmente Roberto que a su corta edad lleva como una carga el secreto del padre. Ahora bien, estos cambios en la actitud y comportamiento del padre, conllevaron a una coalición madre e hijos, pues ahora ellos se vuelven partícipes del conflicto de pareja, por lo que los enfrentamientos y enojo padre e hijos son constantes.

Detectar y no tomar a la ligera los cambios en el adolescente puede evitar muchos problemas graves o puede servir para proteger al adolescente de riesgos. En el caso 2, es evidente que Carmen, está muy pendiente de sus hijos, detecta los cambios en ellos, sabe bien hasta donde son normales algunas de las cosas que hacen al ser adolescentes, pero no deja de preocuparse de que las cosas puedan tomar un rumbo peligroso, es por ello que solicita atención psicológica para Roberto, pues lo percibe deprimido además de que ha bajado su rendimiento académico, por lo que buscó descartar una cuestión neurológica, es consciente de lo grave que podría ser no tomar medicamento regularmente y que además lo combine con el consumo de alcohol, por ello Carmen busca alternativas para prevenir un mayor riesgo en su hijo. Por ejemplo, Roberto aun tomando un medicamento psiquiátrico, comenzó a consumir alcohol, lo cual es preocupante por el riesgo que corre, aunado a que lo toma de manera irregular. Tenemos aquí dos riesgos, las dificultades que puede acarrear el no tomar adecuadamente un medicamento de este tipo y suspenderlo repentinamente, por otra la combinación con el consumo de alcohol, así como el consumo mismo pues se encuentra en un estado emocional que lo hace vulnerable. De este modo entendemos que es razonable el temor de su mamá.

Es evidente que el consumo de alcohol se vuelve un riesgo para los adolescentes quienes aún no están conscientes de las consecuencias de las decisiones que llegan a tomar pues a veces actúan por la emoción del momento, de manera que esto puede generar conflictos con los padres ya que algunos chicos, a muy corta edad, ya consumen alcohol, de acuerdo con la Encuesta Estatal de la Juventud 2013-2014 (EEJ), un 30 % de los jóvenes encuestados ha consumido alcohol, más del 50% consume tabaco, en menor medida han consumido otro tipo de sustancias, muchos de ellos tuvieron su primer contacto desde los 10 años. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Adicciones 2011, en la población adolescente (12-17 años) se encontró que el 30.0% ha consumido alcohol alguna vez, detectando el 4.1% con dependencia.

En el caso 2, Roberto pide a su mamá que le permita consumir alcohol, Carmen teme por los riesgos que esto implica, además del medicamento que está tomando, considera que no está preparado aún por su edad y porque no le ha demostrado ser responsable, por tanto, Roberto lo hace con sus amigos de la escuela, en un acto de rebeldía, sin embargo, su mamá se da cuenta aumentado la desconfianza que tiene sobre su hijo, Carmen refuerza su temor a que Roberto se ponga en riesgo aumentando la vigilancia, lo cual a la vez le molesta a Roberto. Es evidente que esto mantiene en una dinámica problemática a madre e hijo, ya que Roberto quiere independencia y ciertas libertades, sin embargo, hace todo para que su mamá se mantenga cerca de él, es común observar este tipo de dinámica en las que es evidente un conflicto pero que de alguna manera mantiene cercanos a los miembros de la familia.

Una explicación a esto, basándonos en el modelo estructural, es que conductas problemáticas en uno de los miembros, en este caso el hijo, tienen la función de desviar la atención

de otras problemáticas que pueden poner en riesgo a otro miembro de la familia o al sistema mismo; en este caso, Carmen se mantiene pendiente de Roberto, lo que le permitiría distraer su atención de la tristeza que le genera la separación de su esposo, si consideramos esta idea como cierta, una de las tareas en terapia sería eliminar esa dinámica problemática madre e hijo, fortaleciendo la confianza, la independencia pero también el establecimiento adecuado de reglas, haciendo que estas se respeten, sin generar conflicto en la relación madre e hijos, del mismo modo, sería necesario que Carmen continúe con su proceso terapéutico para trabajar en los sentimientos que le ha generado la separación de su pareja. Lo que es evidente, es que esta familia está teniendo dificultades con el establecimiento de reglas y la autonomía, donde ninguno de los dos son claros para Roberto, por lo que como parte del cambio que requiere esta familia en su dinámica, es Carmen quien deberá ser mucho más clara en las reglas, modificar algunas de acuerdo a la edad de Roberto, ayudándolo a lograr una mayor autonomía poco a poco pero enfocándose en actividades y actitudes saludables y positivas para su hijo.

Definitivamente el cambio en el desempeño escolar puede ser un indicador para detectar dificultades en los adolescentes, es evidente que emocionalmente algo pasa de manera que no rinden igual en el área académica, en el caso de Diego, este fue un indicador de la escuela para comenzar el seguimiento, poner atención, acercarse a él y detectar las autolesiones y la agresividad de Diego. El no manejar adecuadamente este aspecto a tiempo puede afectar no sólo a corto, sino a largo plazo la vida del joven, pues en el caso de Diego, él tenía metas específicas, como hacer su examen para la UNAM, así que de no pasar sus materias, y de tener un bajo promedio, la posibilidad de ingresar a la universidad era menor.

Sin embargo, aquí hay algunos aspectos que debemos resaltar, en primer lugar qué tanto los padres se han desligado de su relación con Diego enfocándose sólo en la agresividad que manifiesta hacia ellos, es la escuela quien lanza una alerta a estos padres para ayudar al joven, en segundo lugar, para los padres se convierte en una confirmación más de que su hijo es irresponsable, lejos de tratar de comprender a qué se deben estos cambios y apoyarlo o acercarse a él. Por otra parte, es frecuente que tanto escuela como familia pongan tanta atención a las calificaciones que sólo hasta que estas cambian se detecta un problema en el adolescente, aun cuando este haya dado señales de que algo estaba pasando mucho antes, existen chicos que aunque muestren éxito en la escuela y otras áreas como las deportivas, en privado están sufriendo por alguna situación personal o familiar, sólo que no lo externalizan, con frecuencia logrando que nadie a su alrededor se dé cuenta.

En el caso de Roberto, quien confirma que aunque se considera capaz para aprender o entender las materias, no siente deseo de estudiar, su estado emocional y los cambios en su familia, parecen explicarlo. Cuando su mamá se da cuenta que su hijo va mal en la escuela, aumenta su control hacia él, discuten, recibe reprimendas ya que, de acuerdo a lo que Carmen comenta, es su

única obligación, le da menos independencia y muestra su desconfianza, reforzando su idea de que Roberto es irresponsable, sin embargo, hasta aquí podemos ver, que Carmen no está intentando resolver la situación, únicamente confirma lo que piensa de Roberto, lo que en él genera más frustración, enojo, tristeza y hermetismo, pues cuando ella desea saber cómo se siente, él se reusa a hablar de ello. A veces el desempeño escolar se puede convertir en el campo de batalla donde se libran las luchas por la autonomía entre el adolescente y sus padres, en este caso Roberto se siente desmotivado a hacer muchas cosas, lo cual se ve reforzado por el estado emocional de su madre así como los conflictos que tiene con ella, Roberto está comunicando que tampoco la está pasando bien, pero ella parece no comprender la situación (Micucci, 2005).

La adolescencia por sí misma puede aumentar la tensión familiar, porque pone al sistema en crisis, generándose problemas de adaptación entre sus miembros, cuando eso pasa, vemos la dificultad de los padres para establecer reglas, confiar y dar mayor independencia a sus hijos, un tanto por el hecho de que ya no es el mismo y no saben si pueden hacerlo, pero también por la forma en que se comportan. Por su parte el adolescente, se siente en conflicto con sus padres, quiere crecer, pero a la vez también necesita cariño, acompañamiento, atención y confianza (Andrade y Montalvo, 2009).

En este sentido, de acuerdo al modelo de soluciones, el proceso terapéutico debe guiar a los miembros de la familia a poner atención a lo que sí está funcionando dentro de esta, resaltar lo que el adolescente hace bien, sus logros e historias de éxito, además, fortalecer también los recursos que tienen los padres, qué cosas han hecho que les han funcionado anteriormente en la relación con su hijo, es importante que los padres modifiquen el foco de atención, ya que debido a los problemas llegan al punto de sólo identificar lo que está mal, lo que no está funcionando, repitiendo aquello que mantiene al problema, cambiar la mirada implica tener la posibilidad de identificar los aspectos positivos, además de dar esperanza de que hay solución a los problemas. Sin embargo, también es esencial trabajar con el concepto que el adolescente tiene de sí mismo, ya que también es frecuente que se apropien de los aspectos negativos que se le señalan constantemente, provocando que no se vea a sí mismo como alguien que tiene cualidades, habilidades, talentos, recursos y que puede volverse independiente, responsable y disfrutar de la etapa de vida en la que se encuentra.

3.1.3.3 Identificando y ampliando los factores de protección en el proceso terapéutico

Es necesario entender la etapa de la adolescencia con todas sus implicaciones, diferenciar entre aquellas conductas y actitudes que son parte de ella y las que se pueden convertir en una señal de riesgo, o en un llamado de atención de que algo está sucediendo en la vida del adolescente que está generando malestar, sufrimiento, tristeza o enojo. Como se ha mencionado, la adolescencia es una etapa que requiere acompañamiento, guía y confianza, puede haber personas que externen de manera abierta algo que les inquieta ya sea con su conducta o actitudes, y otras que no lo demuestran pero que están atravesando dificultades o problemas. Esto en parte se debe a que no

todas las personas le dan el mismo significado o valor a las cosas, es así como una amistad rota puede ser algo muy doloroso para un adolescente pero para otro tal vez no lo sea, por tanto, el contar con redes de apoyo, adultos confiables que lo puedan acompañar y guiar es fundamental en esta etapa.

Parte importante en el desarrollo del adolescente es que se haga consciente pero también responsable de los cambios a los que se enfrenta, de sus logros, cualidades y apropiarse de ellas, del mismo modo, para cada persona, no importando la edad, es necesario ser parte activa de la solución a los problemas, plantearse metas y tomar decisiones, en el Modelo Centrado en Soluciones se busca precisamente que la persona pueda ver un futuro con esperanza y posibilidades de resolver sus problemas, este modelo de terapia nos dice que lo que esperas influye sobre lo que consigues (O'Hanlon y Weiner, 1990).

En los casos abordados uno de los objetivos fue resaltar los aspectos positivos en la vida del adolescente, logros académicos, actividades extraescolares, amistades, habilidades, etc. Asimismo se cuestionaron aquellas interpretaciones negativas sobre sí mismos y sobre algunas situaciones, se exploró en el significado que le dan a las cosas, a lo que quieren cambiar, así como resaltar aquello que es parte de una etapa de vida o a un periodo crítico debido a los cambios que la familia ha tenido que atravesar. Abordar todos estos aspectos tan importantes en la vida del adolescente puede ser de gran utilidad para que cambie su foco de atención a aspectos positivos en su vida, en la toma de decisiones así como en el planteamiento de objetivos y un plan de vida, independientemente de la situación familiar.

De acuerdo con Erickson, debemos mirar las cosas bien, no sólo mirarlas, es decir, quedarnos con una cara de la historia, invadida de aspectos negativos, reproches, culpa, malas decisiones, lo cual implica repetir la misma historia una y otra vez, lo importante es encontrar una visión distinta de las cosas, es decir, con frecuencia el adolescente se asume como "malo" o se considera menos que el resto de su familia, su historia se cuenta desde esta perspectiva, ayudarlo a observar otras caras, otras visiones o interpretaciones puede brindarle esperanza, motivación y la búsqueda de soluciones a sus problemas (Zeig, 1985).

La rotulación social sumerge al adolescente en los problemas, en una serie de malas decisiones y en un autoconcepto negativo, particularmente en la relación adolescente y padres esto se hace aún más notorio ante diversas circunstancias, como consecuencia, el adolescente, en el intento de rebelarse contra el adulto lleva a cabo conductas o tiene actitudes que parecieran confirmar lo que le han dicho, por tanto, uno de los aspectos a trabajar sería que el adolescente se vea a sí mismo, desde otra perspectiva donde resalten sus habilidades, cualidades, objetivos, etc., buscando la motivación para hacer cosas diferentes en su propio beneficio, lo que a su vez puede influir en la forma en que su familia lo trata (White, 1989).

Es fundamental, que el adolescente identifique sus intereses, habilidades, cualidades, fortalezas y que comience a formarse un proyecto de vida, es decir, tener claros sus objetivos. Por ejemplo Diego, tiene el deseo de ingresar a la universidad, por lo que su meta a corto plazo es concluir el bachillerato con un promedio que le permita ingresar, por lo que sabe que debe dedicarle tiempo y no *echar relajo*. Ahora es consciente de que independientemente de que los demás lo crean, tiene muy claro que quiere cumplir con sus objetivos académicos, lo cual le ayuda a disminuir notablemente las conductas de riesgo.

Si bien es cierto, que desde el modelo centrado en soluciones un pequeño cambio en una parte del sistema puede producir un cambio en otra parte de este mismo, podemos decir que si cada miembro de la familia lleva a cabo cambios pequeños de acuerdo a sus propias cualidades y metas en la vida, podría permitirles salirse de una dinámica problemática, obstaculizadora, represiva y dependiente, logrando que el individuo por sí mismo aprenda a identificar qué cosas puede hacer por sí solo, con qué otras redes de apoyo cuenta y qué es lo que resulta indispensable que su propia familia le proporciona.

Lo anterior es relevante ya que es muy frecuente encontrarnos con un apoyo escaso o nulo por parte de la familia de los adolescentes que se encuentran en situaciones de conflicto o riesgo, a veces no hay disposición aunque estén físicamente. En el contexto escolar se trabaja constantemente sobre este punto, cuando no hay participación activa de los padres en resolver los problemas académicos y conductuales del adolescente, la estrategia es trabajar únicamente con este, en sus propios objetivos y metas en la vida, sobre sus capacidades, cualidades, fomentando la confianza y motivación a que siga adelante con los recursos con los que cuente (recursos propios, materiales, redes de apoyo, etc.) Recordemos que de acuerdo al Modelo Centrado en Soluciones los cambios positivos no sólo continúan, sino que pueden expandirse a otras áreas de la vida de la persona (O'Hanlon y Weiner, 1990).

Es parte de la labor terapéutica identificar deseos, preferencias, cualidades, características que pueden comenzar a elaborar un relato distinto al que la familia está acostumbrada a ver y contar, al rehistoriar nos podemos encontrar con aspectos que contradicen el discurso dominante y que ayudan a que los miembros de la familia puedan verse entre sí y a sí mismos de un modo diferente. El hecho de que los miembros de la familia identifiquen qué tanto los problemas han afectado su vida, influyen en su estado emocional y la relación entre sí, pero a su vez, darse cuenta en que ellos mismos pueden dominar al problema con sus cualidades, características, logros, historias de éxito y positivas, implicará una fuente invaluable de apoyo para el adolescente (White, 1989).

En una familia donde la relación se ha vuelto conflictiva, donde el adolescente lleva a cabo conductas de riesgo o de rebeldía y que ha sido motivo para aumentar la desconfianza entre sus miembros, identificar los logros aislados del adolescente en donde parecemos contar una historia diferente acerca de estos acontecimientos, así como iluminar aquellos momentos en que las cosas

marchan bien, es un paso necesario para guiarlos a la solución del problema, muchas veces es lo que necesitan las familias, recordar que también han tenido logros y que cuentan con cualidades que los hacen únicos y que pueden llevarlos a unirse en la búsqueda de soluciones, por ende, adoptando una actitud distinta hacia las circunstancias (White y Epston, 1993).

La relación padres e hijo es muy importante como factor de protección para los adolescentes. En el trabajo terapéutico con estas familias, si bien, la relación se ha visto seriamente afectada, es necesario que esta sea retomada, de modo que el adolescente vuelva a encontrar en ellos una red de apoyo, reconocimiento, afecto y respeto; en el caso 1, la lectura del documento terapéutico es con la finalidad de que los padres vuelvan a retomar la relación con su hijo desde los aspectos de protección, confianza, apoyo y motivación. Por ejemplo, Elena comentó que ya no discuten con Diego, lo apoyaron a tener un convivio en casa, considera que debe fortalecer la relación con papá, se recalca la necesidad de que a diferencia de lo que han estado haciendo, que ha sido el ver lo que el otro hace mal, ahora traten de observar lo están haciendo bien, que busquen hacer algo diferente en su relación y seguir reconociendo los logros de Diego.

Promover el diálogo en la familia o que el mismo adolescente tenga la posibilidad de dialogar con una figura que represente apoyo y empatía es muy importante como una forma de proteger al adolescente de situaciones de riesgo, lo ideal sería que la familia logre dialogar, lo que no implica necesariamente estar de acuerdo, sino aprender a escucharse unos a otros, expresar ideas y sentimientos acerca de diferentes circunstancias. A veces ocurre que las personas significativas para el adolescente no se toman el tiempo o interés para escucharlos, minimizando sus inquietudes y problemas, de manera que quien los escucha, pero que no ofrecerá necesariamente la mejor guía o consejo, serán sus iguales, amigos de su edad que no siempre tienen las herramientas para servir como apoyo efectivo (Micucci, 2005).

Los padres tienen la responsabilidad de cuidar y proteger a los hijos, así como socializarlos, sin embargo, tienen el deber y el derecho de tomar decisiones relacionadas con la supervivencia del sistema, cada vez es más común observar a familias donde los padres no representan figuras de autoridad pero tampoco de apego, protección y cariño, la desconfianza y el conflicto con los hijos se vuelve una batalla diaria donde los hijos pagan la peor parte ya que en estas batallas es muy probable que el hijo ponga en riesgo sus objetivos, su integridad e incluso su futuro. En particular en la adolescencia los padres e hijos tienen que abordar y negociar el tema de la autonomía y el control (Minuchin, 1984).

Retomando el concepto de estilo de crianza autoritativo, este podría ser una forma de proteger al adolescente, que se trata de padres que tienen normas y expectativas sobre su hijo, sin embargo, las comunican claramente al adolescente, los límites son negociables para ciertas circunstancias, son padres que guían, no interpretan, les permiten afrontar las consecuencias de sus decisiones, pero intervienen cuando es necesario hacerlo (Micucci, 2005).

Los cambios en la relación no sólo van en el sentido de que los padres reconozcan y observen lo que funciona en la familia, también es importante cambiar el concepto que el hijo tiene de ellos para que funcione su relación y realmente la familia sea una red de apoyo para este. Diego, por ejemplo, entregó la carta terapéutica a su papá, quien no la leyó, y él lo tomó como indiferencia de su padre, sin embargo, el equipo observa que no necesariamente esa es la explicación, en primer lugar debería indagarse a qué se debe, ya que en esos días, el Sr. Alfredo sufrió la pérdida de su padre, probablemente no pudo o no quiso leerla debido al momento difícil que atravesaba; por otra parte, algo que suele suceder es que a los padres puede llevarles tiempo reconocer los cambios de los hijos pues están acostumbrados a los conflictos. Debido a que no resulta claro a qué se debió la respuesta del padre, sí se hizo énfasis en cómo Diego se sentía con sus cambios, qué metas tenía para su propia vida, así como resaltar que esos cambios que ha tenido tienen que ver con su capacidad, inteligencia, fortaleza y sus ganas de ser independiente, por tanto, no obtener la respuesta esperada de su familia no necesariamente debe ser un obstáculo para que él continúe mejorando su forma de vida.

De acuerdo con UNICEF (2002), es importante que el adolescente establezca lazos coherentes, positivos y emocionales con adultos responsables para que se sienta seguro, así como apoyo para resolver sus problemas. Es decir, al tener relaciones estrechas con personas que los apoyen les permite adquirir confianza en sí mismos, el sentirse parte de un grupo les permite contar con más factores de protección, y en primer lugar debería estar la familia.

En el caso 1, mamá e hijo caen con frecuencia en la misma trampa, ya que en el momento que la terapeuta señalaba aspectos positivos de cada uno, ellos lo minimizaban y comenzaban a traer todos los recuerdos negativos, o incluso a atribuir a otras cuestiones estos aspectos negativos, se muestran escépticos. Sin embargo, cuando el equipo comienza a mostrarse de acuerdo con los errores de cada uno, madre e hijo comienzan a hablar en defensa del otro y de su relación, reconociendo los cambios, por ejemplo, Elena ve que Diego ya no se ha cortado y está menos agresivo con ellos, por su parte Diego resalta que le permitieron hacer un convivio en casa y que discuten menos con él, cuando en otro momento, el no discutir él lo calificó como indiferencia. Hace falta, a veces, recordar que no todo está mal, que son más los buenos momentos y cualidades de cada miembro de la familia. Esta estrategia está relacionada con la secuencia pesimista del modelo centrado en soluciones, en la cual el terapeuta resalta lo que va mal y pregunta cómo es que las cosas no han empeorado, hecho que conlleva a que salgan a relucir excepciones que nos pueden ayudar a la construcción de la solución, del mismo modo les ayuda a los padres a reconocer aquello que han hecho anteriormente y les ha funcionado.

Un elemento importante en la relación padres e hijos es el apego que de acuerdo con la teoría de Bowlby, se refiere al vínculo emocional entre el niño y figuras significativas como son los padres o quien cuida de él, el apego implica brindarle seguridad, bienestar, disponibilidad y

confianza, el adulto se muestra receptivo a sus necesidades, a esto le podemos denominar *apego seguro*, sin embargo existen tres tipos más de apego, *apego ambivalente* donde se muestra una gran dificultad para separarse del adulto, *apego evasivo* donde es claro que el cuidador no está disponible ni se puede confiar en él, finalmente el *apego desorganizado* donde la respuesta al adulto es inconsistente y contradictoria, donde se evita incluso su presencia (Liebert y Liebert, 1999).

Lo ideal es que los miembros de la familia muestren un apego seguro, donde se busque resolver los problemas de forma directa, negociando, sin embargo, también están las relaciones inseguras, acompañadas de conflicto y discusión, provocando el alejamiento del adolescente, manteniendo el conflicto, lo que sucede en las familias atendidas al momento de iniciar el proceso terapéutico (Oliva, 2006).

En el caso 2, Roberto está pasando por un momento difícil en este sentido, ya que tiene apego a su familia pero debido a los cambios que ha atravesado ésta en cuanto al desarrollo personal y la separación de los padres, comienza a sentirse solo en casa, sin embargo mamá y hermano son figuras muy importantes para él. En esta familia se compara a los hermanos, pero en este sentido, no se genera una relación conflictiva entre ellos como sucede en otros casos, por el contrario se alían para apoyar a su mamá. Gonzalo, su hermano, se ha mantenido como el más fuerte en la familia, es el consejero de su mamá y de su hermano, es un hermano ejemplar, pues hace ejercicio, va bien en la escuela, recién ingresó en la universidad, tiene novia, es un buen hijo. Roberto lo ve como un ejemplo a seguir y le tiene un gran cariño. No obstante, en el momento de la separación de los padres, Carmen se dedica más a sí misma para tratar de superarlo, va a cursos, terapia, etc., por su parte Gonzalo, se dedica a la escuela, a su novia y pasa mucho tiempo fuera de casa. Roberto entonces, se siente solo, pues Gonzalo era su compañero en muchas cosas, pareciera que todos se fueron de casa, así que una forma de traerlos de nuevo es con su conducta problemática y su tristeza.

La relación fraterna puede tener gran impacto en el adolescente como factor protector. En el caso 2 Roberto y Gonzalo muestran una relación muy cercana, donde se preocupan el uno por el otro y tienen actividades juntos, inevitablemente ahora que Gonzalo ha ingresado a la universidad pasa menos tiempo con él, por lo que lo extraña. Si bien, esta familia está enfrentando cambios importantes en su vida, cabe destacar lo que está funcionando en ella, hay un apego seguro, cuidan la comunicación aunque a veces les resulte difícil, hay apoyo, confianza y tratan de estar disponibles para el otro.

Este aspecto genera que el adolescente se sienta integrado y protegido, lo ideal es que esto suceda con su familia, sin embargo, cuando no es posible, también puede refugiarse en redes de apoyo confiables, que lo cuidan, guían y que fomentan no sólo su autonomía sino el desarrollo de sus habilidades y objetivos, como la escuela, el deporte, espacios artísticos, etc. El adolescente

necesita estar en contacto con las instituciones o sitios que lo integran de manera sana al medio social (Micucci, 2005).

Además de la función de la familia en el desarrollo del adolescente, es importante fomentar las actividades alternativas que sirvan como medio de distracción, para motivarse, relacionarse con chicos de su edad, ejercitarse física o mentalmente. En el caso de Diego a él le gustaba mucho jugar fútbol, pero también dibujar y escribir, en ocasiones esto le permitía distraerse de los problemas o de cortarse. Por ejemplo, en el transcurso de la terapia, Diego optaba por dibujar o hacerse dibujos en las manos similares a tatuajes, por lo que así disminuía el deseo de cortarse.

En el caso 2, Carmen ha fomentado desde pequeños el gusto por la actividad física a sus hijos, muy relacionado a su profesión, sin embargo, ha permitido que ellos participen en las actividades que más les llaman la atención, el deporte es una forma de proteger a los adolescentes de muchas situaciones de riesgo, sólo se trata de fomentar el compromiso y disciplina por estos. Sus hijos Gonzalo y Roberto han encontrado en el deporte una forma de liberarse, de aumentar su autoestima, así como ha fortalecido la relación fraterna.

Por otra parte, los amigos juegan un papel muy importante en esta etapa, en el caso de Carmen en lugar de ver a los amigos como un peligro lo vio como algo positivo pues le preocupaba mucho la soledad de su hijo. Esto fue reforzado por Roberto quien comentó que tenía claro las enseñanzas de su madre, aunque a veces puede cometer errores considera que sabe lo que es bueno y malo. Los amigos no deben verse como aquellos que suplantán a los padres en cuanto al afecto y la intimidad, y ser conscientes de que su importancia crece en esta etapa (Micucci, 2005).

El adolescente requiere desenvolverse en espacios donde encuentre reconocimiento, respeto y donde pueda desarrollar su propia identidad e independencia. En el caso 1, Diego se ha sentido aceptado con sus compañeros de la escuela, además de que sus maestros reconocen sus esfuerzos. También lo consideran un buen dibujante y portero. Lo anterior es reforzado por el equipo, quien resalta los aspectos positivos que han observado en él, como alguien que brilla por sus talentos.

La escuela puede ser para el adolescente un medio en el cual obtiene satisfacciones, donde puede desarrollar sus talentos, objetivos, identificar áreas en las que tiene mayor fortaleza, sentirse motivado y recibir retroalimentación sobre su desempeño. El adolescente puede encontrar en el medio escolar figuras de apoyo, de confianza y disponibles para brindarle apoyo, que lo conozcan y escuchen, con las cuales sentirse identificado, pero donde también aprende reglas, a respetar a los demás y ser respetado.

3.1.3.4 Las posturas del terapeuta en el trabajo de las familias con hijos adolescentes

La primera sesión es muy importante en el proceso terapéutico, si bien, la llamada telefónica es el primer contacto con la familia, en esta se escucha sólo una parte de la historia o del problema, según cómo lo queramos ver, pues sólo escuchamos lo que uno de los miembros de la familia percibe de su situación. Sin embargo, la familia nos da mucha información en el momento de la primera sesión, pues de forma tanto verbal como no verbal nos comunican qué idea tienen de la terapia, qué esperan, si están por propia convicción o por obligación. Además, nos enseñan sus propias pautas de interacción, cómo demuestran su amor, su enojo, su tristeza, así como su propia cultura, cuál es el rol de cada miembro de la familia de acuerdo al género y la edad, etc. Por tanto, es tarea del terapeuta transmitirles desde esta primera sesión la confianza de que hay solución a sus dificultades, que cuentan con fortalezas y recursos para hacerlo y para cambiar (Selekmán, 2010).

Pero no sólo ellos nos proporcionan información relevante y nos permiten conocerlos, hasta donde sus límites lo permiten, el mismo terapeuta se muestra ante la familia, de acuerdo a su propia cultura, ideas, creencias, y sobre todo de acuerdo a su formación y al modelo al que se apega, el terapeuta ve con los ojos del modelo que esté trabajando o con el cuál sienta mayor afinidad. Las mismas emociones que surgen en el terapeuta a lo largo de la sesión hablan de su propia experiencia profesional y de vida, incluso del momento en que esté pasando en su vida personal.

En el momento en que se pregunta cuál es el motivo de consulta, sobrevienen una serie de dificultades planteadas por cada miembro de la familia, donde el terapeuta, más que iniciar un interrogatorio, tiene que mantener la prudencia para no caer en preguntas tendenciosas, o no dar a pensar que se está adoptando una postura en particular hacia una ideología o hacia ciertos miembros de la familia. Es importante saber la razón por la que están en el consultorio, qué esperan de la terapia, cómo cree cada uno que pueda ayudar, de manera que pueda sintonizar con ellos, poniendo atención en lo que necesitan, sin perder de vista el objetivo que se han planteado (Charles, 2011).

Por ejemplo, en el caso 1, en la primera sesión acuden ambos padres (Alfredo y Elena) y Diego, el hijo menor de la familia, se observa tensión entre padres e hijo, se percibe una unión y concordancia en el motivo de consulta de ambos padres, sin embargo Diego parece molesto, los padres inician con una lista de todo lo que no va bien con su hijo, no sólo en casa sino también en la escuela. Diego, por su parte llega con una postura desafiante, callado, habla muy poco, sólo los padres son quienes dan los pormenores de la conducta violenta y desafiante de Diego.

Es muy frecuente en terapia cuando se trabaja con familias con hijos adolescentes que los padres parecen ver en el terapeuta a un juez quien determinará la sentencia al final de la sesión, de fondo podemos ver que en esto, buscan una validación y reconocimiento a su labor, como si buscaran que el terapeuta les dijera que tienen razón, pues algo está mal con su hijo y no con ellos,

con frecuencia los padres de familia preguntan: *¿verdad que estoy en lo correcto?, usted dígame ¿estoy mal?* . Es necesario aquí utilizar actitudes sobre la vida, relaciones y la terapia, en lugar de pretender que los sustituyan por otros que el terapeuta considera mejores, es decir, no caer en la trampa de colocarse en la posición de superioridad o de juez, pues es la familia quien mejor conoce sus necesidades. Se vuelve un reto para el terapeuta la postura que ha de adoptar, pues corre el riesgo de aliarse con la visión de los padres lo que afecta la participación del chico, o bien, se alía con el adolescente descalificando a los padres; el terapeuta debe observarse a sí mismo en cuanto a cómo reacciona con cada miembro de la familia, identificando los momentos oportunos para actuar (O'Hanlon y Weiner, 1990).

Esto sucede no sólo a nivel terapéutico, en mi labor como orientadora educativa en secundaria, los padres acuden ante un reporte de conducta o de bajo rendimiento académico a una entrevista para hablar de estos problemas y buscar soluciones, sin embargo, es muy frecuente que lleguen a la conclusión de *:"es igual en casa, ya no sé qué hacer", "está en una etapa muy difícil, muy rebelde, espero se le pase pronto", "tengo miedo de que si le pongo un castigo se enoje y se vaya de la casa", "usted dígame, ¿debo revisar su cuarto?",* o bien, *"¿podría apoyarme hablando con él (ella)?, porque conmigo no quiere y a usted sí le tiene confianza"*

En estos comentarios, observamos frustración, un callejón sin salida para los padres, miedo, tristeza e impotencia, esto puede ser un tanto desalentador para el profesional, pues buscamos en los padres el apoyo y el trabajo colaborativo para que encuentren soluciones a sus problemas y para lograr que el adolescente no tome decisiones equivocadas que lo afecten de por vida. También resulta una responsabilidad muy grande la que la familia otorga al terapeuta, o bien, al psicólogo, si consideramos otros contextos de trabajo. Estas historias donde es evidente la frustración, desesperación, dolor, con poca esperanza, están saturadas del problema y es aquí donde el terapeuta debe asumir que se trata sólo de una parte de la historia contada (White y Epston, 1993).

Ahora bien, particularmente en una primera sesión es muy fácil que el adolescente se sienta juzgado, pues al llegar al consultorio, ya tiene una predisposición con los adultos, piensa que el terapeuta se aliará con sus padres. Específicamente en el caso 1, al equipo terapéutico le preocupaba lograr que Diego siguiera el proceso de terapia, pues la primera vez que asistió con otro terapeuta, se sintió juzgado y decidió salirse a media sesión. Sabíamos que había una probabilidad de que no quisiera asistir a una segunda sesión, por lo que en esa primera, a pesar de que habló muy poco, se hicieron preguntas a él directamente, se buscó normalizar algunas cuestiones planteadas por los padres de familia, como el levantarse tarde, el ser desordenado, o bien, el ser rebelde, aunque especificamos que incluso la rebeldía debe tener un límite.

En esta primera sesión aunque esté cargada de sentimientos negativos, debido a que el problema parece estar superando las capacidades de la familia, es necesario que el cliente se sienta

cómodo, mostrar un interés real hacia lo que nos está compartiendo, pero a la vez se deben comenzar a buscar desde el primer momento las excepciones, soluciones intentadas, etc. Es difícil pues la familia está enfrascada en su visión del problema, sin embargo, también necesitan recuperar la esperanza en que las cosas pueden cambiar, sin sentirse juzgados o culpables por el rumbo que han tomado las cosas (O'Hanlon y Weiner, 1990).

Es importante todo lo que hagamos desde el inicio hasta el final del proceso terapéutico. En el cierre es indispensable que los clientes se lleven una retroalimentación y sea una sesión realmente significativa para ellos, en el caso 1, Diego habló de que la vida es una obra de teatro, por lo que se retoma esta idea para decirle que se felicita por decidir ser el actor y director de su propia obra. El equipo, le manifiesta su reconocimiento a todo lo que ha logrado personalmente, por lo que se le entregan notas con consejos y buenos deseos para que lo acompañen en adelante. Con ello demostramos y proporcionamos a este adolescente algo que llevaba solicitando desde hace tiempo, ser reconocido, respetado, saber que los demás pueden creer en él, que finalmente él decide lo que quiere hacer de su vida, sin necesidad de pelear o agredir a las demás personas.

El adolescente aprenderá a hacer frente a los obstáculos de la vida, pero para ello tendrá que intentar, experimentar, cometer errores y superar las dificultades, así como enfrentar las consecuencias de esos errores; esto es esencial para que el adolescente construya la confianza en sus propios recursos. Esto es algo que también necesitan aprender los padres que poco a poco observarán sin intervenir, para que este adquiera mayor responsabilidad (Nardone, Giannotti y Rochi, 2003).

Es necesario también que el terapeuta confíe en primer lugar en los recursos y capacidades del adolescente, permitirle encontrar sus propias soluciones, en el caso 2, con Roberto se utilizaron preguntas para iluminar aspectos relevantes, expresar sus ideas y sentimientos respecto a la separación de sus padres, así como dejando que él mismo se dé cuenta qué es lo que no está haciendo para lograr su independencia, todo esto llevó a Roberto, por sí mismo, a comenzar a hacer cambios para obtener mayor independencia y confianza, para sentirse mejor y mejorar la relación con su mamá y hermano, los cambios de Roberto fueron hechos por él mismo, el equipo terapéutico, iluminó estos aspectos lo cual le permite ver lo que su conducta implica en su propia vida, aprende a hacer lo que le beneficia, camino que lo lleva a hacerse cargo de su propia vida. El terapeuta utiliza las actitudes que los clientes tienen sobre la vida, las relaciones y la terapia sin imponer lo que considera mejor, hacia donde se dirijan ellos, el terapeuta les ayuda a despejar el terreno, siendo guía para que puedan lograr sus propios objetivos (O'Hanlon y Weiner, 1990).

No debemos olvidarnos que puede haber recaídas, y advertir a nuestros clientes de esto, ya que a veces esto implicará para ellos un fracaso más o pierden la confianza en sí mismos, de manera que es importante hacerles saber que a veces se sentirán decaídos o las cosas no saldrán bien, pero que no deben desanimarse, sino retomar haciendo lo que les había estado funcionando,

pues las recaídas son parte del proceso. Esta idea se trabajó con mucha frecuencia en el caso 2, ya que Carmen manifestaba muchos altibajos, en ocasiones era Roberto quien no se sentía bien, otros días era Carmen, por lo que abordar la idea de que es parte de su proceso y de que este conlleva tiempo y constancia, les dio cierta tranquilidad, tomando como parte normal los días malos, aunque ya no regresaban al mismo punto, teniendo en cuenta que en cualquier relación habrá desacuerdos, sin embargo, lo esencial se puede cuidar y proteger, pese a los altibajos que se presenten.

Otro aspecto a tener en cuenta es la alianza terapéutica que consiste en inducir la esperanza en la familia, que vean su entorno como algo seguro para realizar cambios en su vida y en su dinámica, pues es fácil permanecer en una zona de confort. Los altibajos fácilmente pueden generar desesperanza, sensación de fracaso y miedo a volver al inicio, aunque también a perder ese estado de comodidad que han alcanzado. Lo que deben saber es que dificultades siempre habrá, sin embargo, ahora deben saber utilizar sus recursos para resolverlas (Ritvo y Glick, 2003).

3.1.3.5 Evitando la ceguera para entender la adolescencia y la necesidad de mimetizarse con el adolescente.

La alianza con el adolescente resulta un reto para el terapeuta, pues con frecuencia el chico tiene desconfianza hacia los adultos, ya que considera que sucederá lo mismo que con sus padres u otras figuras significativas, de manera que el terapeuta debe encontrar formas para conectarse con el adolescente sin arriesgar la relación con el resto de la familia, para ellos la autenticidad es muy importante, sentirse en un ambiente de confianza, donde pueda sentirse realmente escuchado y que el terapeuta se esfuerza por comprender sus necesidades (Selekman, 2005).

El terapeuta necesita observarse constantemente, a veces podrá sentir molestia o frustración hacia algunas actitudes o conductas del adolescente, cuando muestra apatía, ante un acto que el terapeuta califique como inaceptable o intolerable como la agresión o daño a otras personas, o bien, cuando se pone en situaciones de alto riesgo y no parece haber forma de ayudarlo a cambiar su visión de las cosas, lo que conlleva al terapeuta en muchas ocasiones a hacer más de lo mismo que han estado haciendo los padres, regañar, dejar de mirar, perder la curiosidad, mostrando entonces el adolescente una actitud aún más desafiante o de apatía, de manera que se pierde por completo la posibilidad de evitar que el adolescente siga poniendo en riesgo su vida, generando un proceso terapéutico en donde sólo se dará vueltas en círculo sin llegar a ningún lado y nublando la visión del terapeuta, fortaleciendo la idea de los padres de que su hijo es la causa de sus problemas.

En ocasiones será de gran ayuda la participación del equipo terapéutico, muchas veces para cuidar la alianza y para que el terapeuta pueda mantener un postura con la familia y el adolescente, el equipo puede adoptar una postura diferente, lo que permite seguir cuidando la

relación terapeuta - familia, mientras que la familia podría enojarse incluso con el equipo, sin embargo, sembrar una idea opuesta a sus creencias puede implicar un desafío para cambiar algunos aspectos familiares.

El contar con un equipo terapéutico, beneficia en mucho, pues habrá momentos en que sea útil trabajar en coterapia, de manera que el terapeuta que se integra puede rescatar puntos que el primer terapeuta había pasado por alto, o bien, para mostrar una postura diferente, por ejemplo, uno se aliará a los padres y el otro al adolescente; también se puede trabajar en coterapia para eliminar o disminuir los prejuicios de género que pueda traer la familia a la sesión. Sin embargo, cuando otro terapeuta interviene en la sesión, se debe tener mucho cuidado en no ser invasivo, o incluso agresivo para los pacientes, pues se pone en riesgo lo logrado hasta el momento, es decir, en ningún momento como terapeutas debemos olvidarnos del respeto a los pacientes, lo que suele suceder cuando adoptamos la idea de que tenemos el conocimiento y las mejores respuestas para la familia con la que se está trabajando. La intervención sutil, respetuosa, aun cuando se manifieste un desacuerdo con algún punto en específico que haya declarado el paciente, puede ser muy productiva para desatorar un proceso que probablemente comenzaba a dar vueltas en el mismo lugar.

El terapeuta buscará entrar y comprender la visión del mundo de la familia, para ayudarlos a encontrar puntos de vista alternativos, una nueva definición de la familia de manera que se dejen de lado los comportamientos problemáticos (Sluzki, 1987). En el caso de Diego, caso 1, nos vimos ante una dificultad, ya que era un chico desafiante, agresivo que además se estaba lastimando físicamente, pese a su hermetismo era evidente que se encontraba en riesgo y que sufría. Sus padres están preocupados y enojados con él, lo que demuestran constantemente. Es evidente que Diego constantemente se pone en situaciones de riesgo, el autolesionarse es ya un acto peligroso, sin embargo, no se puede abiertamente decirle que no debe hacerlo, pues es hacer más de lo que han estado haciendo sus padres, comprometiendo la alianza terapéutica, provocando que nuevamente deje el proceso terapéutico y se siga exponiendo o siga poniendo en juego su integridad.

Las sesiones individuales fueron de gran ayuda para el proceso terapéutico, ya que con ellas se mantiene una conexión directa con el adolescente y que este se sienta cómodo con el terapeuta, pero además, las sesiones familiares pueden estar cargadas de reclamos, críticas, de manera que el adolescente puede sentirse enojado o incómodo, dedicar un espacio para él es brindarle esta comodidad y confianza, además de una forma de desahogo ante los sentimientos que probablemente no exprese en presencia de sus padres pero que están determinando la relación que tiene con ellos (Micucci, 2005).

El terapeuta no puede actuar por temor, pues puede rigidizar su postura colocándose únicamente del lado de los padres, que en parte tienen razón, es por eso que una estrategia a tomar fue, normalizar la conducta de cutting, como una forma de liberar la tensión, otra fue hablando de

dos Diegos, uno exterior que es sociable y uno interior que es solitario y depresivo, ambas cosas las aceptó bien, se sintió comprendido, no juzgado, respondió positivamente, lo cual nos permitió dejar entrever que aunque esto es parte de él, tiene que encontrar otra forma de expresar sus sentimientos, dolor y frustración, es aquí donde retomamos las actividades que le gustan, el dibujo, escribir y el fútbol. Esto nos permitió tener un Diego mucho más participativo, comprometido con la terapia, que posteriormente haría muchos cambios.

Es muy fácil cegarnos por el discurso del problema que plantea la familia, durante el proceso fue muy importante cuidar el no dejarnos llevar únicamente por lo negativo, sabemos que hay riesgo, y el alimentar la postura negativa o de remarcar lo que está mal, aumenta el riesgo para el adolescente, quien irá en una escalada de conductas de riesgo para sí mismo. Con frecuencia, los padres están tan acostumbrados a ver los problemas con sus hijos, que no alcanzan a ver las excepciones, por lo que el terapeuta puede iluminarlas; en el caso 1 con Diego, se utilizó una sesión con Elena, mamá de Diego para resaltar las excepciones, donde muestra que sí ha mejorado académicamente y cuando se porta bien lo reconocen y le dan permisos, también considera que los fines de semana generalmente están bien, hay menos peleas y están juntos, sin embargo, constantemente retornaba a minimizar esto, insistiendo en lo que Diego hace mal, por lo que constantemente se invitaba a continuar hablando de lo que sí estaba funcionando, atribuyendo en parte esto que sí funciona a la labor de ellos como padres, ya que en momentos ella sí había logrado que Diego le tuviera confianza.

Un recurso muy útil para el terapeuta y para las familias es el uso de documentos terapéuticos, donde podemos resaltar los aspectos positivos, reforzando la confianza de las personas en los cambios, ya que después de tanto tiempo de llevar un problema, dudan de estos, o dudan de que estos puedan ser permanentes, los ven como circunstanciales, del mismo modo, ayuda a los terapeutas a no contagiarse de esta visión y cegarse con el discurso de la familia. En el caso 1, de la familia Robles Pineda, se llevó a cabo una carta terapéutica en la séptima sesión, donde Diego dio lectura en voz alta al documento estando su madre presente, si bien, Elena pone inicialmente en duda lo escrito en la carta, la terapeuta se da a la tarea de expresar sus ideas acerca de lo escrito en el documento, más adelante Elena menciona que le alegra saber que algo le motiva, confirma que ha notado que Diego ya no se corta, que es menos agresivo y trata de obedecer, regresando a la responsabilidad de ella en esto, pues ha dado buenas enseñanzas y valores para que Diego pueda corregir lo que no estaba haciendo bien en su vida.

De esta manera se logró evitar que Diego se sintiera juzgado, se trabajó mucho en reflejar una postura neutral en la familia, que tiene más que ver, con el hecho de que el terapeuta se alíe en un momento a un miembro de la familia y en otro momento a otro miembro a lo largo de la sesión. La actitud de la terapeuta fue relevante, pues con un adolescente, funcionó bien mostrarnos joviales, a ellos les desagrada que adoptemos una postura de experto, como alguna vez lo dijo un

adolescente: “de experto en sermones”. Por un lado el terapeuta debe procurar ponerse en algunos momentos en una postura de iguales, o bien, utilizar la identificación a través de las propias experiencias de la adolescencia, por ejemplo, lograr esto, permite que el adolescente reciba de manera positiva algunos comentarios que pueden no agradaarle tanto, un consejo, o el hecho de que habrá momentos en que el terapeuta estará de acuerdo con los padres, o que el terapeuta prescribirá el establecimiento de reglas, sin embargo, el haber alcanzado una buena relación con el adolescente, permitirá que muestre respeto y escuche sin sentirse agredido este tipo de observaciones del terapeuta.

En el momento en que los clientes comparten sus problemas toda nuestra atención debe estar centrada en ellos, en su lenguaje, en los temas que predominan, en sus creencias, con las cuales describe lo que está sucediendo, así mismo, debemos estar pendientes de las excepciones para poder trabajar sobre ellas (Selekman, 2010).

3.1.3.6 La flexibilidad en el trabajo del terapeuta

Erickson afirmaba que al escuchar al paciente debemos tener en cuenta que tal vez aun no lo hemos comprendido, pues estamos escuchando con nuestros propios oídos y lenguaje (Zeig, 1985).

Es frecuente encontrarse con personas cuyo estilo es autoritario en el trabajo con adolescentes, lo que termina cansándolos y hay momentos en los que pretende ser demasiado relajado con ellos, de manera que no parece algo espontáneo, sino poco sincero, pues caen en el punto de querer hablar y actuar como el adolescente, cuando no es congruente con la imagen personal del terapeuta. Por otra parte, hay terapeutas que pueden poner en riesgo el respeto como profesionales de la familia cuando son demasiado relajados, de manera que la alianza se convierte en solapar o consentir al adolescente, cosa que resulta desagradable para los padres que buscan una guía. No debemos perder de vista que el terapeuta confirma la autoridad de los padres, pero a la vez apoyará y pondrá atención en las demandas de cambio que el adolescente hace (Minuchin, 1984).

La elección de un modelo terapéutico adecuado es de suma importancia para el desarrollo de la terapia. En este sentido, cabe destacar, que no se trata de casarse con un solo modelo, sin tener en cuenta que a veces se pueden tomar herramientas de otros modelos. En la terapia la creatividad es primordial, al no aferrarnos a seguir al pie de la letra un modelo, la sesión fluye con mayor facilidad, particularmente al trabajar con adolescentes, la flexibilidad terapéutica es esencial (Selekman, 2005).

Ahora bien, el terapeuta puede sentirse más cómodo o más identificado con un modelo terapéutico, esto influye notablemente en cómo desarrolle el proceso terapéutico así como la postura que adopte en este. Por ejemplo, el Modelo Centrado en Soluciones conlleva una postura cordial,

más positiva y que busca enfocarse más en el presente, este modelo suele funcionar muy bien con los adolescentes, pues cuida mucho la cuestión de no enfocarse sólo en el problema o en los aspectos negativos de la relación familiar, o bien, no impone su autoridad, de manera directa.

Por otra parte, se corre un riesgo al tomar una estrategia con la que el terapeuta no está familiarizado, el conocimiento y manejo de un modelo es crucial para no comprometer la relación y para no desequilibrar la postura del terapeuta. Este puede tener cierta afinidad con un modelo nuevo para él, sin embargo, el poco dominio o conocimiento pondrá en riesgo el proceso, asimismo, el utilizar un modelo sin una convicción o convencimiento propio, hará que se pierda la espontaneidad y neutralidad que son tan importantes en el proceso terapéutico y muy especialmente con los adolescentes. Como Erickson señaló, lo importante no es trabajar bajo las reglas de los libros, sino lograr que el cliente haga lo que es bueno para él en particular, pues quien requiere hacer cambios es el cliente, no el terapeuta (Zeig, 1985).

Al abordar un modelo con el que no se está familiarizado o no se tiene claro cómo desarrollarlo en la práctica clínica, convierte la sesión en algo improductivo, donde las ideas y preguntas se ven forzadas y muchas veces confusas para la familia. Este es un punto muy importante que surgió en el caso 1, pues retomando la terapia narrativa, se trabajó con la externalización del problema en una sesión, al no haber preparado adecuadamente el terreno previamente y con el poco dominio del tipo de preguntas que llevarían a una externalización del problema por parte del terapeuta, así mismo, en un intento por rescatar la sesión interviene el equipo, donde el error fue insistir en algo que no estaba dando frutos, el resultado fue que el adolescente se cerró, estuvo en desacuerdo con todas las preguntas y limitó mucho sus respuestas, lo curioso es que preguntas similares se hicieron en una sesión posterior donde Diego estuvo de acuerdo con muchas de ellas.

Caímos en la rigidez desde la postura del terapeuta, nos apegamos a esta intervención, colocando nombres al problema según nuestra propia visión, Diego no veía su rebeldía y agresividad como un problema, por lo que aún no se podía nombrar al problema, en ese caso se utilizó un nombre propuesto por nosotros, el cual medianamente fue aceptado por Diego, él ha insistido en ser independiente, no desea ser controlado, por lo que la idea de que el problema lo controla fue en contra de lo que nos está diciendo, esta es una de las dificultades a las que nos enfrentamos cuando mantenemos una postura rígida por querer llevar a cabo una intervención que creemos adecuada para nosotros y no para el paciente, ya que teóricamente debería funcionar dejando de lado el efecto que está teniendo en el paciente.

En la práctica clínica el terapeuta no puede dejar de lado la subjetividad tanto propia como de la familia, ya que es un colaborador en la construcción de nuevos significados y nuevas historias, donde él mismo va deconstuyendo y coconstruyendo su propia visión. Por tanto, al ser colaborador, no puede invadir más allá de lo que el cliente está permitiendo o hasta donde él lo quiere, además el concepto que tiene de las cosas es algo que debemos respetar, podemos llevar a un

cuestionamiento de estas definiciones, de manera que puede cambiar la visión que hasta el momento no le ha sido útil, pero esto es respetando los pasos que da el cliente sin apresurarlos (Espinosa, 2011).

En la negociación de objetivos es necesario que estos se establezcan considerando a todos los miembros de la familia; en el caso 1, para Diego su objetivo era que sus papás comprendieran sus gustos, ya que él considera que no tiene un problema, en cuanto a gustos también se refería *al gusto por cortarse*, en referencia su papá contestó que sí es un problema contestar mal, desobedecer y cortarse. En este punto resalta de nuevo el conflicto en la relación padre-hijo, ambos tienen razones válidas desde sus propias perspectivas, es cierto que el adolescente busca formar una identidad, para lo cual necesita que sus gustos sean respetados, sin embargo, no a costa de poner en riesgo su integridad, su padre tiene razón en que no es adecuada la actitud y el acto de cortarse, sin embargo, la respuesta de este es espontánea y de una negativa inmediata, pues ya esto lo ha escuchado muchas veces. De acuerdo a lo que ambos dicen puede haber una negociación, ambos puntos pueden funcionar para comenzar un proceso. Sin embargo, es aquí donde el terapeuta juega un papel muy importante, donde tendrá que moverse de una postura a otra, cuidando que en la sesión no suceda lo mismo que ocurre en casa.

Esto es parte del establecimiento del rapport con el joven, quien suele aceptar mucho de lo que se busca, justamente si esto implica un beneficio o privilegio para él. Sin embargo, algo que no podemos olvidar es que la mayoría de los jóvenes se muestra cooperativo cuando el terapeuta pone atención a sus objetivos, ideas, expectativas y sentimientos (Selekman, 2005).

Parte de la flexibilidad del terapeuta implica que tenga claro que con frecuencia el objetivo de la familia respecto de la terapia puede ser distinto al motivo de consulta, por lo que la primera información que recibimos no necesariamente es la que determinará las intervenciones que haremos, en el caso 2, para Carmen debía trabajarse con Roberto debido a su estado emocional, a partir de la primera sesión el objetivo de la familia fue lograr reacomodarse ahora que papá no está con ellos, en la modificación de los roles, reglas y la relación entre madre e hijos.

En ocasiones los clientes nos llevarán a dudar de los avances o pueden darnos cierta desesperanza el hecho de que retornen a los problemas o actitudes negativas, sin embargo, siempre hay una alternativa, el ser consciente de que las cosas pueden seguir mejorando dar la confianza que la familia necesita. Llega un punto de la relación terapéutica que nos podemos permitir cuestionar y mostrar una contrariedad con ellos, sin embargo, esto debe tener un objetivo claro. Por ejemplo al evaluar la terapia con Diego, él manifiesta que se ha sentido mejor, pues dejó de cortarse, se ha vuelto más paciente y menos impulsivo, aunque su situación académica es complicada, considera que puede resolverlo organizándose mejor pues ya lo ha hecho antes.

Siguiendo el objetivo inicial de que sus padres lo comprendan y respeten, se le dice que sería importante reunirse con sus padres para hablar de sus cambios, compromisos y proyectos, pero él dice que le da igual, en este sentido, podría parecer que entonces las cosas siguen o seguirán mal, que no se ha logrado nada en él, sin embargo, aquí podemos contrariar a Diego, pues le decimos que es lo que él quería pero parece que no quiere hacerles saber sobre sus cambios. Entonces se trabaja con costos y ganancias de oponerse a ellos, él sólo ve que no lo dejan hacer lo que él quiere, pero insistimos que está enviándoles un mensaje confuso pues a la vez de que quiere independencia les demuestra que no es capaz de ser responsable, entonces, ¿cómo logrará su objetivo? Finalmente acepta que nos reunamos con sus padres. Retomamos lo sorprendidos y contentos que estamos con sus cambios, pues realmente creemos que están sucediendo además de que estos continuarán.

A veces el panorama se muestra desalentador pues aparentemente la familia no está haciéndose partícipe del cambio, erróneamente el terapeuta va de una estrategia a otra sin alcanzar el éxito, se ciegan por la idea del logro de los objetivos de la terapia, o por otra parte, se vuelven insensibles a la retroalimentación de la familia, comprometiéndose con su punto de vista, lo cual lo lleva a dar vueltas a un mismo cuestionamiento, cuando podría utilizar estos mensajes negativos de la familia para trabajar y replantear los objetivos con ella (Micucci, 2005).

Como parte del proceso terapéutico es importante tener en cuenta que muchas veces la atención se desviará de un miembro de la familia, en el caso 2, la atención en un principio fue hacia Roberto quien aparentemente estaba teniendo dificultades, sin embargo, ambos hijos manifestaron que su mamá estaba viviendo un proceso muy difícil por la separación, por lo que con frecuencia la veían llorar o quejarse sobre su esposo, así que los chicos comenzaron a alejarse de ella y a no compartírle sus preocupaciones. Como se mencionó anteriormente, el diagnóstico médico inicial de Roberto no había dado con el problema de fondo.

Los padres, después de una serie de problemas ocurridos en la familia en relación con el hijo adolescente, se acostumbran a ver sólo los aspectos negativos de su hijo. Por ejemplo, en el caso 1, cuando se habla con Elena, madre de Diego, constantemente retorna a problemas pasados, a lo que su hijo ha estado haciendo mal hasta el momento, al trabajar con el modelo de soluciones y narrativo, con el fin de que la mamá comenzara a valorar de manera diferente a su hijo y sobre todo que el notar y reconocer sus cambios motivara una mejor relación padres e hijo. Cuando Diego lee la carta terapéutica donde se habla de los cambios, se muestra escéptica, sugiriendo que es porque no ha encontrado motivos para portarse mal o lastimarse, además de esto, agrega otros problemas que no había resaltado, pero que son parte de la edad del joven así como de la falta de hábitos inculcados desde pequeño, por ejemplo, levantarse temprano, hacer sus quehaceres, etc. El terapeuta tiene la función de cuidar no engancharse con estos planteamientos, fortaleciendo los aspectos logrados en el proceso terapéutico por parte del adolescente.

Para las familias es difícil enfocarse en aspectos positivos cuando han pasado por diferentes crisis y problemas. Algo muy particular que sucede en el caso 2, es que en el momento en que Roberto comienza a hacer cambios importantes, Carmen, manifiesta que se da cuenta de ello, pero ahora es ella quien se siente peor, pues Gonzalo, el padre, no les da dinero, ha iniciado una nueva relación y esto le resulta difícil, con esto Carmen opaca la mejoría de Roberto, así como los avances que como familia estaban teniendo en cuanto al restablecimiento de sus roles y su relación.

Los problemas pueden ser tan frecuentes o serios que las personas pueden desanimarse, a veces es particularmente un miembro a quien le cuesta más trabajo afrontarlos, consideran que lo que intentan no funciona, por tanto, ellas mismas se subestiman sintiendo que por sí mismas son un fracaso, así que hay que cuidar que el proceso de terapia no se convierta en una confirmación de sus fracasos, sino en una fuente de esperanza y confianza para resolver de manera distinta sus problemas (Payne, 2000).

Los documentos terapéuticos refuerzan en mucho la postura del terapeuta, incluso pueden darle coherencia a lo que ha planteado a lo largo del proceso. En el caso 1 se utilizó una carta sobre los cambios de Diego dirigida hacia sus padres, y también se hicieron notas con profecías y consejos para Diego por parte de cada miembro del equipo. Donde les dejamos el mensaje, de enfocarse en todo lo bueno que hay con Diego, con su capacidad de cambiar y actuar de forma responsable para sí mismo.

3.1.3.7 Trabajando con los estereotipos acerca de la adolescencia

Las personas llevan a cabo prácticas que forman parte de su vida, algunas empobrecen su vida y su visión de esta, se sienten controlados por los problemas o por creencias que les resulta difícil cuestionar aunque les esté generando mayores dificultades. Una vez que identifican estas *prácticas de poder*, las personas se encuentran en la posibilidad de asumir una posición sobre ellas y contrarrestar la influencia en sus relaciones y en sus vidas (White, 1989).

Tomando en cuenta lo anterior, lo que se busca en terapia es eliminar estereotipos o verdades dominantes en las historias de las personas. Con frecuencia los padres y adolescentes llegan a sesión con una idea de cómo debería ser un adolescente y de cómo deberían ser los padres. Con frecuencia estas ideas están relacionadas con una cuestión de género, pero también con una dificultad de las familias para asumir que sus hijos ya no son niños y se les tiene que dar mayor responsabilidad, no sólo libertad.

Al trabajar con ambas familias, buena parte del trabajo con los padres se trató de los estereotipos que se tienen de los adolescentes como invariablemente rebeldes, inconscientes, que van en contra de la autoridad sin razón, de manera que al ser parte de la adolescencia, los padres esperan simplemente “a que se les pase” o les hace pensar que no hay nada que puedan hacer. En

el caso 2, la mamá tenía mucho temor pues con la separación del padre de Roberto, pensaba que su hijo al ser adolescente, es vulnerable a que le afecte demasiado algo como esto, por lo que las conductas y actitudes que comenzó a tener Roberto, las calificó como consecuencia del divorcio y consideraba que el riesgo a caer en drogas o incluso a atentar contra su vida era latente.

Caemos con frecuencia en el error de interpretar lo que sufren o sienten los adolescentes, sin siquiera escucharlos o preguntar; a veces los padres “acusar” a su hijo de su actitud o estado de ánimo y dan una interpretación de este, pero no se detienen a preguntar, a platicar, a darles el tiempo para hablar, de manera que ellos se sienten incomprendidos, se cierran aún más y lo reflejan en otro tipo de conductas, a la vez lleva a los padres a confirmar sus hipótesis y desconfianza hacia los hijos. Con frecuencia, los padres llegan a manifestar su preocupación porque su hijo(a) ha estado cabizbajo, a veces lo atribuyen a cuestiones escolares, cuando probablemente se enojaron con algún amigo, o bien, el chico o chica que les gusta, ya no les habla. Sin embargo, a veces los padres temen preguntar, por la respuesta que puedan recibir.

Pero ¿por qué es importante lo anterior en la postura del terapeuta?; pues bien, porque el entender o bien, tratar de entender, el enojo del adolescente ayuda a no caer en un prejuicio hacia ellos, ayuda a quitarnos la idea de que el adolescente es rebelde y cambia de humor porque es hormonal o porque algo no funciona bien con él. De esta manera se puede vincular con el adolescente al ser empáticos con su sentimiento, sin caer en el juicio del adulto, por un hijo “malcriado”. Esto no significa justificar todo lo que el adolescente hace, sino que nos coloca en otra postura, en otro punto de vista que hace más útil la labor del terapeuta, además, una vez que el adolescente se siente comprendido o que su sentimiento es valorado como algo importante, se puede comenzar a trabajar con él, utilizando el lenguaje externalizante, se puede trabajar en que el enojo no domine su vida, independientemente de las experiencias familiares.

En el caso 2, la familia había enfocado la atención en Roberto como el del problema, hasta ese momento se había trabajado sólo con él, Carmen lleva su propio proceso, por lo que hasta entonces no se había trabajado en el problema de fondo, la relación y la dinámica familiar estaba cambiando ante el divorcio y tenían que adaptarse nuevamente a este cambio. Fue necesario hacer ver a la familia que era algo que debía trabajarse en conjunto, y no de manera separada, romper con el esquema de que por el divorcio Roberto estaba sufriendo y debíamos ayudarlo como terapeutas, cuando en general la familia estaba viviendo un duelo y una necesidad de reestructurarse.

Una idea frecuente es que la familia no debe separarse pase lo que pase, el divorcio, en el caso 2, sucede como algo inevitable, la relación de pareja estaba muy deteriorada, los hijos estaban cansados de las peleas. Carmen insiste en que los chicos deben acercarse a su padre, estar con él, pedirle dinero, sin embargo, esto lejos de considerarse algo necesario, resultaba incómodo para ambos jóvenes, lo que generaba enojo hacia ella; la familia fue observando poco a poco que hacían un buen equipo, que era momento de continuar y ser felices ellos, pues con su padre ya no contaban,

los chicos no deseaban en ese momento buscar a su papá debido a lo que habían sufrido con él, principalmente consideraban que todo debía llegar en su momento, idea con la que tuvieron que trabajar mucho, principalmente Carmen.

En este sentido podemos retomar la idea de O'Hanlon y Weiner (1991) acerca de que el cambio es constante e inevitable, muchas veces las personas no se han dado cuenta de que han cambiado, pero esto tiene que ver con la forma en que ven la situación, se acostumbran al problema, en el caso 2, la familia aún estaba asimilando la idea de que podían continuar sin su padre, al centrarnos en lo que estaba funcionando, en retomar la relación madre e hijos y el hecho de que hacen un buen equipo, permitió dar un paso adelante en su proceso.

3.2 Análisis del sistema terapéutico total basado en observaciones clínicas como parte de los equipos terapéuticos en las sedes que fueron escenarios del trabajo clínico

En la formación académica en la Residencia en Terapia Familiar, el trabajo clínico constituye una parte esencial, ya que como menciona González (2011), el terapeuta sistémico requiere una buena formación, experiencia y talento para llevar a cabo su labor, en la Residencia tenemos la posibilidad de recibir el conocimiento, retroalimentación, supervisión y acompañamiento de terapeutas con una gran experiencia y conocimientos respecto a lo que es la terapia familiar sistémica.

El trabajo clínico en la Residencia, se lleva a cabo por medio de la supervisión en vivo, donde un terapeuta trabaja con una familia o paciente y cuenta con un equipo de terapeutas apoyando, retroalimentando y observando lo que sucede en la sesión terapéutica. Se cuenta con un *sistema de supervisión* compuesto por los supervisandos y el supervisor, el *sistema terapéutico*, compuesto por el sistema familiar y el terapeuta, *el sistema de terapeutas*, compuesto por el sistema de supervisión y el terapeuta. El sistema terapéutico y el sistema de supervisión componen el *sistema total* (Desatnik, Franklin y Rubli, 2011).

A cada terapeuta se le asigna un caso de acuerdo a la sede en la que se trabaje, el resto del equipo terapéutico, estará presente en la sesión junto con el supervisor, con algunas diferencias según la sede en la que se esté trabajando. El terapeuta y el equipo de supervisión trabajan antes, durante y al final de la sesión. Regularmente se lleva a cabo una revisión antes de iniciar cada sesión el terapeuta presenta su plan de trabajo al equipo para recibir sugerencias y poder apoyarlo a lo largo de la sesión.

Durante la sesión el sistema de supervisión envía mensajes ya sea escritos o vía telefónica al terapeuta, los cuales contienen sugerencias y preguntas, esto es de gran ayuda cuando el terapeuta comienza a perder el objetivo de la terapia, para ahondar más en algún tema o para lograr

plantear una intervención en el momento oportuno. Previo al término de la sesión, se elabora un mensaje final, donde participa el sistema de terapeutas, de acuerdo a lo que han escuchado y a las percepciones de cada uno, este mensaje contendrá comentarios, dudas, reflexiones y tareas para la familia, haciendo énfasis en los temas más importantes de la sesión y en los logros de la familia.

Después de la sesión se reúne el sistema de terapeutas para abordar diferentes aspectos; en primer lugar se habla del caso, de las ideas, opiniones e incluso emociones que se generaron en la sesión, cuáles serían los pasos a seguir así como proporcionar o cotejar información o percepciones de los terapeutas y supervisor acerca de lo que expresa la familia. En segundo lugar, se trabaja en la persona del terapeuta, en cómo se sintió frente a la familia, con el apoyo del equipo de terapeutas y supervisor, sobre aspectos que resaltaron de sus intervenciones, así como algunas precisiones que se tenga que hacer al terapeuta. Todo en un ambiente de mucho respeto, colaboración y genuino interés en el sistema familiar y el terapeuta. A continuación se comenta sobre las particularidades de la atención las diferentes sedes donde se llevó a cabo la práctica clínica.

En la Clínica de Terapia Familiar, se tiene el recurso del espejo unidireccional, el teléfono y el hecho de que ni terapeuta ni paciente tienen presentes al equipo terapéutico, no se percatan de los observadores, sólo se hacen presentes cuando se comunican vía telefónica, por una parte esto es positivo pues el equipo terapéutico no resulta invasivo. Sin embargo, el apoyo que se percibe por parte de todos los miembros del equipo era muy claro, pues todos participaban con distintas ideas todo el tiempo, las cuales comunicaban constantemente al supervisor quien se daba a la tarea de enviarle estos mensajes al terapeuta. Y es esta la manera en la que el terapeuta se sabe apoyado y con una adecuada guía en el proceso. La desventaja es precisamente la distancia, pues el equipo no alcanza a percibir del todo los mensajes no verbales tanto de terapeuta como de la familia, del mismo modo el terapeuta, no logra ver esto en su equipo, estos mensajes no verbales resultan ser también una buena herramienta en el proceso de comunicación del equipo terapéutico y en lo que está viviendo el Sistema Total.

Por otra parte, en la clínica del ISSSTE no se cuenta con el espejo unidireccional, el equipo está ubicado detrás del paciente y el supervisor comunica mensajes a través de un pizarrón, se hace un corte un poco antes de que termine la sesión donde se solicita a los consultantes que salgan un momento de la sala, aquí es donde el equipo tiene mayor oportunidad de participar y dar opiniones, ideas y mensajes al terapeuta, para que se puedan unir y finalmente dar un mensaje al paciente.

Durante la sesión, el apoyo es más del supervisor que del equipo, pues resultaría complicado que todos estuvieran hablando o pasando mensajes cuando se tiene al paciente presente. Sin embargo, el terapeuta mantiene contacto visual en todo momento con su equipo y con el supervisor, lo cual también les permite comunicarse, ya que de forma no verbal dan aliento al terapeuta, muestran duda o contrariedad ante alguna pregunta o expresión de la familia, lo que da

pauta para generar más preguntas o intervenir. A veces estas expresiones las puede identificar el terapeuta con lo que está pensando o sintiendo, lo que le sirve de impulso para hacer alguna pregunta de la que probablemente se encontraba dudoso, así que se siente mucho más acompañado.

La tercer sede es en CCH Azcapotzalco donde la dinámica es similar a la anterior, en la sala, al frente se encuentran terapeuta y sistema familiar, detrás de ellos se encuentra el equipo terapéutico y el supervisor, se cuenta con un pizarrón donde el supervisor puede ir proporcionando preguntas o sugerencias a seguir para el terapeuta, aquí la participación de los terapeutas era menor, ya que por la cercanía era difícil transmitir sus comentarios al supervisor, por lo que lo hacían de forma escrita.

Estas dos última sedes, pese a que requiere mucho respeto, cautela y cuidar el volumen de voz al participar también tiene sus grandes ventajas, pues al estar presente en la sala puede en algunos momentos participar si la situación lo requiere. En alguna ocasión pude presenciar un momento un tanto difícil para el terapeuta con un paciente, notamos la turbación de la terapeuta, la supervisora de inmediato intervino de manera muy oportuna y contundente, brindándole su apoyo. Si bien, es cierto, que esta forma de trabajo resulta más invasiva a diferencia de la clínica, y el equipo difícilmente puede apoyar durante la sesión o expresar ampliamente las ideas que surgen a lo largo de esta por el contexto, lo que pueden proporcionar al terapeuta como un apoyo es más emocional y muy positivo. Además de que el paciente termina incluyendo al equipo dentro de su proceso, por lo que no resulta ser algo incómodo aunque en un principio pudiera parecerlo. El paciente o sistema familiar se puede sentir mucho más acompañado cuando se da cuenta que están varias personas interesadas en lo que le sucede y reconociendo sus logros, ha sucedido que algunos pacientes voltean a ver al equipo y hacen preguntas directamente a ellos o algún comentario.

Esta forma de trabajo permite que adoptemos diferentes papeles, lo que enriquece las habilidades, permite reafirmar conocimientos, a veces corregir, o mirar otras formas de ver alguna problemática, además de recibir directamente la experiencia y conocimientos de los supervisores. Al inicio de la residencia el estudiante funge como observador de la práctica clínica de otros estudiantes, lo que nos permite conocer cómo trabaja el *sistema total*, es una forma de visualizar mucho de lo que en teoría hemos estado estudiando, además de que las actitudes y colaboración entre miembros del sistema, nos permite sensibilizarnos respecto a la importancia y el compromiso que adquirimos al trabajar con familias en aspectos delicados y dolorosos.

Además, ser parte activa del *sistema de terapeutas*, cambia en mucho la responsabilidad que se asume, pues al ser parte del equipo terapéutico, una de los primeros objetivos es cuidar a la persona del terapeuta, ser sensible a lo que él está viviendo frente a la familia o paciente, se desarrolla la empatía, pues antes que juzgar por qué actuó de determinada manera en la que no estamos de acuerdo, debemos comprender qué está pasando en él, cuál es el objetivo que tiene y

respetarlo, o probablemente detectó algo diferente a lo que el equipo percibió; además de ayudarlo a no perder el rumbo de la sesión.

Si lo vemos desde fuera, de que diferentes supervisores y terapeutas están acompañándonos en la terapia, con diferentes ideas, conocimientos, posturas y personalidades, puede parecer difícil de pensar, si partimos de la idea de que esto podría confundirnos o podría generar una serie de discusiones interminables. Sin embargo, estas diferencias enriquecen aún más el trabajo terapéutico, además de que así es mucho más difícil rigidizarnos en una postura o modelo, escuchar las diferentes voces del equipo terapéutico y supervisor, permite mantener la mente abierta, ver el problema desde distintos puntos de vista, modificar visiones rígidas o limitadas que podríamos estar generando derivadas de nuestra propia experiencia de vida o ideas previas.

Cada terapeuta tiene un estilo propio para hacer terapia aun utilizando el mismo modelo de intervención. Pero resulta todavía más interesante cómo un mismo terapeuta puede ser muy distinto en su forma de ser con cada sistema familiar, el modo de llevarse, su postura corporal, su tono de voz y la forma de llevar la terapia cambia totalmente. Al ver las diferentes situaciones a las que se enfrentaba cada terapeuta, me preguntaba qué haría yo en su lugar, en muchas ocasiones escuchamos expresiones de duda, de confusión o incluso de sorpresa ante un cambio en el sistema familiar. El observador viendo a otros terapeutas, puede buscar dentro de sí mismo y pensar en qué terapeuta será, como sorteará las dificultades que se le presenten cuando esté frente a una familia.

Estar detrás de todo el sistema de supervisión, ver la forma en que trabajan como un equipo, todos comprometidos para ayudar al sistema familiar que da su confianza y un espacio para conocerlos, creo que es una alternativa que brinda muchas cosas positivas a todos los implicados. A la familia porque tendrá una mejor atención a su queja, el terapeuta puede sentirse protegido, apoyado y difícilmente se quedará, como sucede cuando se trabaja en solitario, con la pregunta de si faltó algo, en qué se habrá equivocado o si lo habrá hecho bien. Esta protección y la diversidad de puntos de vista e ideas que se generan en el sistema de supervisión permite al terapeuta aprender, tener apertura y flexibilidad para ver de forma distinta el problema que presenta el sistema familiar, a su vez puede contrarrestar las características e historia personal que pudieran influir en su desempeño como terapeuta, lo cual si bien puede ser positivo para el proceso terapéutico también puede no ser adecuado.

Asimismo, el supervisor, quien tiene la experiencia y el conocimiento que le permiten orientar al terapeuta en formación, también permite que éste forme su propio estilo, respeta sus decisiones, puntos de vista acerca del caso, le permite ser creativo, pues el supervisor no pretende imponer un modelo teórico o una forma de llevar la terapia, ya que el terapeuta tiene una forma de ser y hacer única; ideas o formas de actuar distintas u opuestas a él resultarán poco viables en el proceso, reflejándose esto en la relación con el sistema familiar. Además, el supervisor, tiene la tarea de no

sólo manifestar sus propias observaciones al terapeuta, también transmite las ideas y propuestas del equipo terapéutico, lo cual hace mucho más rico el mensaje que recibe la familia al finalizar la sesión.

El equipo terapéutico del cual fui parte creció mucho, cada uno ha hecho una labor muy ardua de auto observación, de reflexión y sobre todo ha tomado en cuenta todo lo que cada miembro del equipo y cada supervisor han aportado. Como equipo terapéutico nos hemos caracterizado por una gran unión, apoyo, comprensión y solidaridad, nos integramos, aprendimos el estilo de cada uno y en cada reflexión o comentario respetamos ese estilo particular de la persona a la que le estamos aportando algo. Este entendimiento que se da en el equipo implica un trabajo mucho más eficiente para las familias atendidas, ya que se evitaba generar confusión, nos permitía cuidar la alianza terapéutica, no cegarnos con nuestras propias visiones, trabajar de tal manera que se cuidaba mucho a la persona del terapeuta pero también las necesidades de las familias.

Como terapeutas, fue evidente que cada vez trabajamos de manera más desenvuelta, con una mayor integración de los conocimientos y habilidades adquiridos, cada quién aporta su propia experiencia y estilo tanto para sí mismo como para el resto de los compañeros, definitivamente nos hemos entendido muy bien, es un equipo de trabajo donde realmente todos estuvimos comprometidos y donde hemos aprendido a respetar nuestras diferencias con gran apertura y flexibilidad. De mi parte las enseñanzas del equipo terapéutico, sus consejos, críticas y preguntas me han permitido crecer, disfrutar y desenvolverme mejor como terapeuta, adquirí una gran confianza en mí, pero también en ellos porque conté con un verdadero soporte sesión tras sesión. Del mismo modo, esto me ha llevado a mí a buscar y pensar en su persona como terapeutas, apoyarlos y estar ahí en el momento en que ellos lo necesitaron.

En cuanto a los supervisores, no deja de sorprenderme cómo hacen muestra de sus conocimientos y experiencia; ellos me impulsaron a tomar retos, a no tener miedo, a creer en mí misma y a su vez sentirme protegida y apoyada. En ocasiones la terquedad del novato no permite entender algunos movimientos que los supervisores hacen, sin embargo, también es válido mirar dos veces y pensar dos veces las cosas, así más que aceptar se aprende a mirar las cosas desde diferentes puntos de vista, poner atención a los detalles, a verse a sí mismo, a darse respuestas, hacerse muchas preguntas y sobre todo a ser humilde.

3.3 Habilidades de investigación

Como parte del plan de estudios, durante los dos primeros semestres se llevó a cabo un trabajo de investigación que primero fue de tipo cuantitativo y posteriormente se realizó cualitativamente. El tema abordado fue el de *Alianza terapéutica y atribuciones de paciente y terapeuta sobre la efectividad de la psicoterapia*. Dichas investigaciones fueron realizadas en

colaboración con José Alberto Hernández Pulido compañero de la Residencia y la asesoría del Dr. Jaime Montalvo Reyna.

Esta parte de la residencia fue muy enriquecedora, en dos sentidos. En primer lugar resalta la importancia de saber investigar para un profesionista, quien a lo largo de su carrera tendrá que llevar a cabo investigaciones para enriquecer o sustentar su labor en el campo laboral. En parte se trató de recordar aspectos básicos de la investigación, por otra, el aprender a utilizar otras herramientas para fortalecer y facilitar el proceso de investigación.

En segundo lugar, el tema como tal no sólo es interesante, también es importante para la práctica clínica, entender qué es la alianza terapéutica, qué implica, sensibiliza al terapeuta en formación al acercarse a la percepción tanto de terapeutas como de pacientes, pone en duda muchas ideas erróneas que se tienen acerca del terapeuta y los elementos que influyen en la efectividad de la terapia.

3.3.1 Reporte de investigaciones

A continuación se presentan las investigaciones realizadas en los primeros dos semestres de la Residencia en Terapia Familiar, trabajo presentado en el VII Congreso en Psicología en la Unidad de Posgrado UNAM.

3.3.1.1 Metodología cuantitativa

Alianza terapéutica y atribuciones de paciente y terapeuta sobre la efectividad de la psicoterapia

El tema de la eficacia de las terapias psicológicas ha recibido una especial atención y su estudio cada vez es más amplio, cobra relevancia debido a las problemáticas actuales que van surgiendo día con día, lo que obliga al terapeuta a hacer una revisión y un cuestionamiento de su línea de trabajo, si es vigente o sigue útil para estos cambios tan constantes y rápidos en los problemas psicológicos.

Es importante evaluar la eficacia de las intervenciones terapéuticas, en primer lugar, porque el progreso científico de la psicología clínica requiere delimitar aquellas que son eficaces, en segundo lugar porque se enfrenta a retos de cada vez mayor complejidad y en tercer lugar, porque las terapias psicológicas están ya incorporadas a los centros de salud mental públicos (Echeburúa, Corral y Salaberria, 2010).

Además de las demandas sociales es importante conocer los factores de cambio dentro de las terapias como parte del sentido ético de la práctica profesional que ejercen los terapeutas, por

ello se debe de estar al tanto de los resultados en estas investigaciones para brindar un buen servicio a los pacientes que lo solicitan. Es necesario conocer estos factores no sólo desde la perspectiva de un actor, sino de manera más integral y en el caso del proceso terapéutico, desde la perspectiva del paciente y del terapeuta, para tener una visión más completa y proporcionar una mayor retroalimentación al profesional en busca de dar un mejor servicio al cliente. El objetivo de esta investigación fue identificar si existe relación entre los puntos de vista o versiones de los terapeutas y de los pacientes sobre los factores o variables que determinaron el éxito o fracaso de la terapia (efectividad) y la alianza terapéutica.

Método

La investigación fue de tipo transversal no experimental con una muestra no probabilística intencional de 63 personas, 32 pacientes y 31 terapeutas cuyos requisitos fueron: haber asistido a terapia al menos 4 sesiones y haber participado de forma voluntaria en la investigación.

Se elaboraron dos tipos de cuestionarios, el primero para el paciente donde se incluyen preguntas de escala sobre estado emocional y atribuciones de efectividad de la terapia. El segundo para el terapeuta donde se incluyen preguntas sobre orientación teórica, duración de la terapia, percepción del estado emocional del paciente y atribuciones de efectividad del proceso terapéutico. En ambos cuestionarios se incluye la escala de trastornos emocionales de Berwick, Murphy, Goldam, Ware, Barsky y Weinstein (1991). La aplicación se llevó a cabo en los siguientes contextos: la Clínica de Terapia Familiar de la FES Iztacala (21), INFASI (36), la Clínica del ISSSTE ubicada en Valle Ceylán donde los estudiantes de Maestría llevan a cabo sus prácticas (2) y el CCH Azcapotzalco (4).

Los instrumentos se aplicaron entre la tercera y sexta sesión de terapia, del expediente de cada paciente se obtienen datos generales y tipo de problema. Se realizó un análisis para muestras independientes, puesto que la intención es comparar dos grupos (terapeutas y pacientes/clientes): el análisis estadístico, se llevó a cabo a través de la prueba t de student para muestras independientes. De igual manera se realizaron análisis factoriales con rotación varimax. Y finalmente se obtuvo el coeficiente Alfa de Cronbach para determinar la confiabilidad.

Resultados

El promedio de edad de los participantes en este estudio en el caso de pacientes es de 37.7 años y para los terapeutas la edad promedio es de 36.56 años. Los terapeutas entrevistados se guían por el enfoque de Terapia Familiar Sistémica. El 81.3% pacientes fueron mujeres, 18.8% hombres, en cuanto a los terapeutas 58.1% fueron mujeres y 41.9% hombres. En cuanto ocupación de los pacientes, el 40.6% fueron amas de casa, el 28.1% empleados, 9.4% profesionistas, 18.8% estudiantes y otras ocupaciones no especificadas.

Respecto al motivo de consulta, el 25% se debe a problemas de pareja, el 22.6% son problemas familiares, el 16.1% de las consultas es por trastornos psicológicos como depresión, el 12.9% se debe a problemas de la vida cotidiana como educación y reglas hacia los hijos, toma de decisiones, etc. El 58.1% es terapia de forma individual, el 21.9% asiste la pareja, en el 15.6% se incluye a la familia completa en el proceso terapéutico y sólo en el 6.3% de los casos asistió una parte de la familia, principalmente la madre con hijo(s).

Descripción de la escala de atribución. Dicha escala está medida en nivel ordinal, por lo que se deseaba saber en qué porcentaje tanto paciente como terapeutas atribuían a cuatro factores diferentes el avance respecto al motivo de consulta. En el factor de atribución al terapeuta y sus técnicas, el porcentaje más común de atribución de parte de los pacientes fue del 20 a 39 %, mientras que la mayor parte de los terapeutas, asignan este mismo porcentaje a sus técnicas y a su desempeño. En el factor de atribución al paciente, la mayoría de los usuarios asignan del 20 a 39% de la efectividad a sí mismos. En este sentido, la mayoría de los terapeutas, consideran que la efectividad corresponde al paciente. Para el factor de relación entre terapeuta y paciente, estos últimos consideran que la efectividad recae entre un 20 a 39% en dicho factor.

Escala de estado emocional. Se realizó la comparación de la escala de estado emocional antes de iniciar la terapia y después de la tercera sesión, con la prueba t de student para muestras relacionadas. Se observa que el estado emocional negativo es diferente antes y después de la tercera sesión. Esto se concluye ya que se obtuvo una t de student de 13.096 con un nivel de significancia de .000 .

Análisis de correlación. Se realizaron pruebas de correlación con el coeficiente r de Pearson, para algunas escalas, y se encontró una correlación de 0.476 con un nivel de significancia de .000 entre las escalas alianza y atribución de la efectividad de la terapia. Por otro lado, no se encontró una correlación entre las escalas alianza y estado emocional. Mientras que en la escala Atribución de la efectividad y la escala de efectividad se encontraron una correlación de .322 con un nivel de significancia de 0.011. Finalmente la escala de Efectividad y estado emocional, correlacionaron negativamente con un puntaje de -0.435 y con un nivel de significancia .000.

Escala de estado emocional. En la escala de estado emocional, no se observaron diferencias estadísticamente significativas puesto que la probabilidad es mayor que .05.

Escala de efectividad por factor

Factores externos. En los elementos que integran el factor externo, no se observaron diferencias significativas, en cuanto a la percepción del grupo de pacientes y el grupo de terapeutas en relación con situaciones sociales y familiares que pudiesen influir en el proceso terapéutico.

Acciones de paciente. En los ítems que conforman el factor acciones del paciente, como realizar tareas, tomar decisiones y seguir los consejos sugeridos, las diferencias encontradas entre ambos grupos no son significativas.

Percepción del paciente. En el tercer factor de efectividad percepción del paciente, las diferencias encontradas entre ambos grupos, no fue estadísticamente significativa.

Labor del terapeuta. Este factor se relaciona con afirmaciones usadas en sesión, y la relación entre ambos, no existieron diferencias estadísticamente significativas, sin embargo para el ítem relacionado con que la efectividad es responsabilidad del terapeuta sí se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos.

Escala de alianza terapéutica

Actitud del terapeuta. Los reactivos que forman parte del presente factor, tienen que ver con la empatía, la opinión, honestidad y respeto en los comentarios de parte del terapeuta, muestran que no hubo diferencias significativas al comparar ambos grupos.

Percepción del paciente. Este factor, describe la percepción del paciente respecto a la empatía, la relación, la cercanía y el sentirse juzgado, y los puntajes obtenidos no reflejan diferencias estadísticamente significativas.

Participación del paciente. Este factor relacionado con técnicas empleadas, el valorar al paciente, la participación activa de éste y la colaboración, muestra puntajes que no reflejan una diferencia estadísticamente significativa.

Colaboración. El presente factor, se compone por la definición del contrato terapéutico, la colaboración y la retroalimentación en terapia, proyecta puntajes que no difieren significativamente en ambos grupos.

Bienestar del paciente. El factor bienestar del paciente está relacionado con la libertad de expresión, decisiones, confianza y calidez percibida en terapia, los análisis muestran que no hay diferencias significativas entre ambos grupos.

Compromiso del terapeuta. El factor compromiso del terapeuta integra elementos como explicaciones claras, preocupación e interés, el ser observador y puntual, no muestra diferencias estadísticamente significativas entre terapeutas y pacientes.

Discusión

La escala de efectividad está integrada por elementos que influyen en ésta, como las acciones específicas que llevó a cabo el paciente, la percepción que tuvo el paciente en relación al terapeuta y la labor del terapeuta. En este sentido, Windholz y Silberschatz (1988), encontraron que el involucramiento de los clientes en la relación y la disposición del terapeuta para entablar dicha colaboración, está significativamente relacionado con los resultados del proceso terapéutico.

Además, Martínez-Taboas y Francia-Martínez (1992), sugieren que la efectividad se relaciona con los siguientes aspectos:

1. Que el motivo de consulta del paciente haya sido modificado positivamente.
2. Las atribuciones que tanto terapeuta como paciente hagan de la efectividad de la terapia.
3. Evaluación del estado emocional: un cambio positivo será un indicador de la efectividad del proceso terapéutico.

En lo que respecta a alianza terapéutica, se agruparon factores que tienen que ver con la actitud del terapeuta, la percepción del paciente respecto a la alianza, la participación del paciente, la colaboración paciente terapeuta, el bienestar del paciente dentro del contexto terapéutico y el compromiso del terapeuta. Lo cual se relaciona con la definición de alianza terapéutica que ofrecen Echeburúa, Corral y Salaberría, (2010), puesto que consideran que es un sentimiento de simpatía y de confianza hacia el terapeuta que involucra acuerdos y colaboración entre terapeuta y paciente integrando tres componentes constitutivos: vínculo, tareas y metas. El factor al cual atribuyen tanto pacientes como terapeutas la efectividad, de acuerdo con los resultados encontrados, se observa que ambos grupos asignaron porcentajes similares en relación al terapeuta y su técnicas, la relación entre ambos, y al paciente mismo, pero además se encontró que asignan una escasa influencia de factores externos al proceso terapéutico.

Al hablar de eficacia, es necesario tener elementos que corroboren la labor realizada, por ello, se ha explorado la percepción del estado emocional antes de la terapia y después, de este

modo, los resultados encontrados, muestran que sí hubo un cambio de dicho estado. Así García y Fantin (2010), encontraron que el 74% de las personas encuestadas estiman que la psicoterapia resulta efectiva o muy efectiva en términos de ayuda para la superación de trastornos o dificultades personales. Además se encontró que el grado de aceptación de la psicoterapia está también relacionado con la opinión de los encuestados acerca de la valoración de los efectos observados en personas cercanas a ellos. Aproximadamente tres de cuatro personas en la muestra confían en la efectividad de los tratamientos psicológicos.

Otro aspecto a destacar está representado por la correlación que guarda la efectividad en terapia, con las atribuciones, la alianza terapéutica, y el estado emocional del paciente. Aspecto que Santibáñez, Román y Vinet (2009) corroboran con su investigación en la que relacionaron la efectividad del tratamiento psicológico con el factor inespecífico “alianza terapéutica”. Los resultados encontrados fue una asociación entre ambas variables, inclusive el hecho de no ser terapeuta experimentado podía no ser trascendente si existía una alianza terapéutica.

Finalmente, en los análisis estadísticos elegidos para comparar la muestra de pacientes y la muestra de terapeutas, se encontró que no existen diferencias, entre la percepción de uno y otro grupo, respecto al estado emocional, la efectividad, las atribuciones y la alianza terapéutica, lo cual significa que ambas percepciones guardan similitud.

3.3.1.2 Metodología cualitativa

Alianza terapéutica y efectividad de la psicoterapia: estudio exploratorio sobre las atribuciones de pacientes y terapeutas

En la década de los cincuenta algunos psicólogos clínicos comenzaron a dirigir la atención sobre la efectividad de la psicoterapia, a través de la investigación tanto de procesos como de resultados, lo que ha permitido comprobar la utilidad de dicha labor y además que es posible lograr resultados en pocas sesiones (Eysenck, 1952).

El proceso terapéutico comienza cuando una persona se presenta ante el terapeuta en busca de solución a un problema concreto que le ocasiona un trastorno o malestar. Una relación cercana determina una base o punto de partida para que las diversas técnicas a aplicar surtan efecto, pero es necesario, que el paciente cumpla con las tareas encomendadas para el éxito de la terapia (Fuentes y Lorenzo, 2008).

Algunos autores afirman que el factor que explica los cambios en terapia es la alianza psicoterapéutica, la cual es definida como un sentimiento de simpatía y de confianza hacia el terapeuta que involucra acuerdos y colaboración entre terapeuta y paciente integrando tres componentes constitutivos, vínculo, tareas y metas (Santibáñez, Román y Vinet, 2009).

El objetivo de la presente investigación cualitativa es identificar y comparar los puntos de vista o versiones de terapeuta y paciente sobre las atribuciones de la efectividad de la terapia y la alianza terapéutica. Para el estudio se entrevistó a una mujer de 39 años y al terapeuta, un hombre de 25 años, después de la tercera sesión. Estas entrevistas se realizaron en la Clínica de terapia Familiar de la FES Iztacala. Se empleó una entrevista semiestructurada para abordar la percepción del estado emocional del paciente, relación terapéutica y atribuciones de efectividad del proceso. La información fue analizada mediante el Software Atlas ti versión 5.0.

Resultados

Después de realizar el análisis a través de Atlas ti, se muestra una matriz o red de conceptos y factores que se encuentran estrechamente relacionados con el proceso terapéutico, con la efectividad del mismo y con la alianza terapéutica que forma parte esencial en la terapia. En cuanto la relación establecida, la paciente señaló que se generó un espacio cómodo para ella, que inició con la definición del contrato terapéutico y las metas esperadas, así mismo externó que “las tareas se acomodaron a mi forma de ser y siempre me sentí acompañada”, lo cual ha contribuido para que “mi percepción del terapeuta es positiva... y sobre todas las cosas la terapia es un proceso de colaboración” en este sentido, el terapeuta puntualizó que “siempre estuvieron claras las metas y el contrato terapéutico, la relación ha sido cordial y con ello se generó un proceso de colaboración en donde la retroalimentación es importante”.

Al considerar que la efectividad es responsabilidad de cada uno de los participantes, la paciente precisó que “....el haber llevado a cabo acciones concretas y tomar decisiones han contribuido a resolver la queja ...siempre he tomado en cuenta los consejos ofrecidos por el terapeuta y he hecho las tareas que se me sugieren”, aunado a ello el terapeuta opina que “he llevado acciones y he tomado decisiones para ayudar en su queja, considero que aplica los consejos en su vida y cumple con las tareas sugeridas en terapia”.

La percepción generada por la paciente en relación a la labor del terapeuta, incluye aspectos como “las técnicas empleadas por el terapeuta, aunado a la calidez, el trato amable, la confianza para expresar que uno se siente mal ...considero que casi nunca la efectividad es responsabilidad sólo del terapeuta”, perspectiva que es compartida por el terapeuta pues comentó que “la efectividad siempre es responsabilidad del paciente y además de que el trato cordial es fundamental para darle sentido a la situación”.

Discusión

Se puede observar en primer lugar que la alianza terapéutica es parte esencial para percibir un proceso terapéutico como efectivo y en segundo que aquella se nutre de la alianza en la relación, alianza por parte del paciente y por parte del terapeuta, lo que se asocia con lo señalado por la paciente al “sentirse cómoda y acompañada” y por el terapeuta “al percibir cordialidad en la relación”,

para que finalmente ambos consideren que la terapia es un trabajo en “colaboración, en la definición del contrato terapéutico, las metas esperadas” pero además, el vínculo entre alianza y resultados se puede incidir en la mejoría respecto a los síntomas o al intercambio entre ambos; hallazgos que cobran relevancia de acuerdo con la propuesto por Arratia (2007).

La matriz conceptual muestra que la efectividad es un constructo complejo, que depende tanto del paciente, como del terapeuta. Merece especial atención que la “retroalimentación” del paciente sobre el desempeño del terapeuta genera un acercamiento en el vínculo y optimiza el papel del cliente en la terapia y en consecuencia en el trabajo de colaboración, dichos componentes y complejidad ya han sido advertidos por (Fuentes y Lorenzo, 2008; Santibáñez, Román y Vinet 2009).

3.4 Habilidades de enseñanza y difusión del conocimiento; atención y prevención comunitaria

A lo largo de la Residencia en Terapia Familiar, se desarrollan diferentes habilidades en distintos niveles, que permiten al profesional aplicarlas a corto plazo tanto en el área académica como laboral. Dichas actividades refuerzan el conocimiento, ayudan a poner en práctica este, como tal vivir la terapia familiar sistémica en contextos reales.

Indudablemente la misma práctica clínica implica llevar los conocimientos adquiridos al trabajo en consultorio, donde se fortalecen y clarifican las cuestiones éticas, se aplica dentro de un marco académico que brinde seguridad al consultante todo lo que está siendo aprendiendo y lo que el mismo estudiante ha estado investigando.

Parte de las habilidades a desarrollar son las de investigación, que es una práctica constante, durante la Residencia, se realizaron investigaciones sobre diferentes temáticas, por ejemplo, acerca de la familia en México, la investigaciones presentadas en el apartado anterior, investigación sobre una etapa del ciclo vital, etc.

También se elaboraron reportes de evaluación psicológica, donde se evaluó mediante pruebas psicométricas a una persona, a quien se le entregaron los resultados brindándole sugerencias a tomar en cuenta en el caso de haber sido detectada alguna problemática.

Como un ejercicio para reforzar las técnicas y modelos aprendidos de terapia familiar, durante los diferentes seminarios se realizaron juegos de roles para ensayar algunas estrategias, lo que permitía una retroalimentación directa por parte de profesor y alumnos, así como fungió como una herramienta de autoobservación para el terapeuta, quien durante estos ejercicios tiene la posibilidad de identificar sus áreas de oportunidad.

3.4.1 Productos tecnológicos

3.4.1.1 Programa de formación de los terapeutas

Como productos de aprendizaje se elaboró un manual sobre las intervenciones del Modelo estructural, dicho manual resume todas las técnicas con las que cuenta este modelo, se incluye una breve explicación de estas, junto con un ejemplo de una sesión de terapia para poder visualizar cómo se aplica cada técnica. Dicho manual es de gran utilidad para el terapeuta que opta por utilizar este Modelo en su práctica profesional, o bien, para un caso en específico. Para reforzar el aprendizaje del Modelo Estructural, se llevó a cabo el análisis de un caso trabajado por otro terapeuta donde fui observadora, hipotetizando cómo aplicaría este modelo con la familia elegida.

Se llevaron a cabo videos didácticos para comprender mejor el Modelo Estratégico y el Modelo Centrado en Soluciones, en los seminarios respectivos se abordaron las características y las técnicas más importantes de los modelos, se realizaron juegos de roles para ejemplificarlas, en compañía del profesor a cargo de la materia, quien retroalimenta el trabajo, corrige y hace observaciones sobre el trabajo del terapeuta, a partir de estos ejercicios se elabora el video a cargo de los estudiantes de la Residencia, donde los miembros del equipo de trabajo, adoptamos un papel específico para representar una sesión terapéutica de acuerdo al modelo en cuestión.

Otro producto tecnológico realizado por los estudiantes de la residencia fue la elaboración de un Compendio de Historias para Uso Terapéutico, se trata de un documento que tiene la finalidad de servir como material de apoyo para el terapeuta. Debido a que el uso del cuento o de las historias es un recurso de gran utilidad para el terapeuta y para las familias, nos dimos a la tarea de investigar cuentos de acuerdo a diferentes temáticas, la clasificación de los cuentos se realizó de acuerdo a algunas de las principales problemáticas que se presentan en cada etapa del ciclo vital de la familia. A continuación se presenta un cuadro con algunos ejemplos de las temáticas abordadas.

Noviazgo	Celos Infidelidad Nueva relación de pareja
Unión de la pareja	Toma de decisiones Problemas de comunicación violencia
Familia con hijos pequeños	Establecimiento de límites y reglas Baja autoestima en los niños Violencia hacia los hijos Niños con necesidades especiales miedos, agresión/rebeldía, bullying, berrinches

	<p>Sobreprotección</p> <p>Pérdida de hijos pequeños</p>
<p>Familias con hijos adolescentes</p>	<p>Rebeldía en los hijos adolescentes</p> <p>Uso de drogas/alcohol en los hijos adolescentes</p> <p>Depresión en los adolescentes</p>
<p>Familias con hijos adultos</p>	<p>Depresión por ausencia de los hijos</p> <p>Cuando un hijo tiene dificultades para salirse del hogar</p> <p>El cuidado de los nietos</p>
<p>Nido vacío</p>	<p>Duelo</p> <p>Depresión, ansiedad</p> <p>Problemas de salud que restan independencia</p> <p>El cuidador</p>
<p>Otros</p>	<p>Divorcio</p> <p>Dejar atrás / perdonar</p> <p>Aceptación al cambio</p> <p>Confiar en los recursos propios</p> <p>Pesimismo</p>

3.4.2 Programas de intervención comunitaria realizados

Llevé a cabo el taller para padres: “Cuídalos: Comunicación, cariño y confianza” en la Universidad del Valle de México Campus Hispano. El objetivo del taller fue sensibilizar a los padres y promover la comunicación padres e hijos con respecto al tema de la sexualidad.

Los temas abordados fueron conceptos básicos sobre sexualidad, riesgos sobre el ejercicio no responsable de la sexualidad, los derechos sexuales, el papel de los padres en la educación sexual de sus hijos. En este taller se tuvo la participación activa de padres de adolescentes de nivel medio superior.

Los padres fueron construyendo los conceptos e ideas principales sobre los temas que se buscaba desarrollar en el taller, compartiendo conocimientos, experiencias personales, de pareja y como padres; fue un espacio de trabajo muy enriquecedor debido a que compartieron con otros padres que tenían inquietudes similares, además de que coinciden en las edades de sus hijos y las dificultades que puede conllevar el hecho de que se encuentran en una etapa en la que la sexualidad se vuelve parte importante para ellos.

Un tema de gran relevancia fue el de los prejuicios y los derechos sobre la sexualidad, en donde los padres compartieron sus inquietudes, a partir de algunas imágenes presentadas, lograron

identificar qué prejuicios tienen, aclararon algunas dudas, se sensibilizaron ante las cuestiones de identidad sexual. Expresaron la necesidad que tenían de hablar con otras personas de estos temas, que a muchos padres les resulta difícil abordar, para de esta manera poder acercarse a sus hijos, a partir de la confianza, el amor, fomentando el respeto y la responsabilidad en ellos.

3.4.3 Constancias de la asistencia y/o la presentación de trabajos en foros académicos

Asistí al Congreso Internacional de Psicología en la Facultad de Psicología de la BUAP, que se llevó a cabo en la ciudad de Puebla del 29 de noviembre al 2 de Diciembre de 2012 donde tuve la oportunidad de escuchar diferentes conferencias de psicólogos reconocidos internacionalmente, muchos de ellos han sido pioneros de la Terapia Familiar Sistémica.

Realicé junto con mi compañero José Alberto Hernández Pulido, un taller introductorio al programa ATLASi, dirigido a estudiantes de la carrera de Psicología y se llevó a cabo en el Instituto Familiar Sistémico (INFASI) el 6 de septiembre de 2013. Dicho programa es un software de gran utilidad en la investigación cualitativa, para el análisis de textos, audio y video. Esta herramienta la aprendimos a utilizar en el segundo semestre de la Maestría y fue de gran utilidad para nuestra investigación, la cual posteriormente presentamos en un congreso.

Como lo mencioné anteriormente, con mi compañero José Alberto Hernández Pulido, presentamos el cartel con el tema “Alianza terapéutica y efectividad de la psicoterapia: estudio exploratorio sobre las atribuciones de pacientes y terapeutas”, en el VII Congreso en Psicología en la Unidad de Posgrado UNAM. Evento en el cual no sólo tuvimos la oportunidad de presentar el producto de nuestro trabajo de investigación llevado a cabo a lo largo de los dos primeros semestres de la Residencia, además, tuvimos la posibilidad de ver los proyectos de otras Residencias, así como compartir nuestras experiencias con otros estudiantes de la Maestría en Psicología.

Asistí al Entrenamiento en Intervenciones Terapéuticas en Adolescentes Difíciles los días 29 y 30 de marzo de 2014 en el Centro de Terapia Familiar y de Pareja (CEFAP) en la Ciudad de Oaxaca de Juárez. Este entrenamiento estuvo a cargo del Dr. Matthew D. Selekman, quien es un experimentado terapeuta especialista en el trabajo con adolescentes, donde conocí diferentes estrategias a trabajar con esta población, resaltando la importancia de la relación que se establece entre terapeuta y adolescente.

3.5 Habilidades de compromiso y ética profesional

El terapeuta tiene un gran compromiso y responsabilidad en su trabajo, requiere tener una ética bien establecida y ser consciente en todo momento de ella, pero esto no sucede una vez que se egresa de la licenciatura o del posgrado, la ética profesional comienza a formarse desde el primer momento en que se ingresa a la carrera. Sin embargo, durante la residencia esta ética se vio

fortalecida personalmente, pero sobre todo, me hice mucho más consciente de lo que implica la ética en el trabajo del psicólogo, en este caso, del terapeuta familiar.

Durante la Residencia, tuve profesores que me mostraron la importancia de los detalles, del compromiso que se asume al ingresar al posgrado, pero en un sentido más específico, al ser terapeuta familiar, cada actividad, cada seminario, práctica, conferencia o proyecto de investigación realizado a lo largo de la Maestría tiene implicaciones éticas. En primer lugar en la responsabilidad que se tiene al manejar la información, el cuidado con el que se investiga, se pregunta y se analizan los textos, lo cual, se llevará a la práctica clínica, donde la información que proporcionamos al paciente debe ser fundamentada y con mucha responsabilidad.

Otro aspecto que se trabajó fue el del respeto, a nuestros compañeros, a los profesores y sobre todo a los pacientes. Esto en diferentes sentidos, los profesores de la residencia promovieron constantemente el respeto y compañerismo, ya que al trabajar en equipos terapéuticos, nos hace ver que dependemos los unos de los otros y que trabajamos de la mano en beneficio de las personas que acuden a consulta. El respeto en cuanto al tiempo también se volvió fundamental, la puntualidad, el respeto a las sesiones de los demás, el cuidar el tiempo de trabajo, así como el asistir puntualmente a los seminarios, ya que los mismos profesores no sólo hacían énfasis en la importancia de que nosotros fuéramos puntuales, ellos mismos fueron un modelo.

Fue motivante el hecho de que se trabajara constantemente en la unión, la solidaridad y la empatía, pues son elementos que se viven a diario en la labor del terapeuta, como compañeros, nos convertimos en un grupo solidario con el otro, compartiendo información, conocimiento, materiales, estrategia, apoyo moral, retroalimentación y compañía, aspectos que sin duda observamos constantemente en los profesores de la Maestría.

El terapeuta familiar tiene un gran reto, pues ante los cambios y dificultades constantes en la sociedad, se tiene que flexibilizar, ser respetuoso y responsable en su práctica, apoyarse de otros terapeutas en beneficio de los consultantes, pensar el compromiso que hemos adquirido con ellos, aspectos que se viven en la Residencia de Terapia Familiar.

3.5.1 Discusión e integración de las consideraciones éticas que emergen de la práctica profesional

El terapeuta sistémico es consciente de que trabaja con personas muy distintas unas de otras, y posiblemente muy distintas a él, por eso, constantemente debe hacer un ejercicio de autoobservación. Su labor no debe perder de vista algunas consideraciones importantes señaladas por Andrade y Pérez (2011):

- La terapia sistémica se interesa por las relaciones de la persona, consigo misma y con los demás.

- El terapeuta influye directa y directivamente sobre las personas de forma responsable y respetuosa.
- Se trabaja de acuerdo a la demanda de la persona o familia, respetando los derechos de los clientes.
- No se impone un deber ser, sino que ayuda a definir metas que realmente le beneficien.
- Se trabaja con objetivos específicos.
- Se trabaja a corto plazo, de modo que el cliente paulatinamente gane autonomía.
- En terapia sistémica se suele trabajar con equipo terapéutico cuidando la confidencialidad y la calidad del trabajo.
- Se mantiene una postura flexible, sobre quién o quienes asisten a terapia, cuidando las relaciones entre estos y el manejo responsable de la información que brindan.
- Se hace énfasis en el aquí y ahora, en el cómo, en la experiencia, en las soluciones y en la motivación.

En el momento en que se establece un acuerdo de iniciar un proceso terapéutico y se establecen objetivos, es importante que el terapeuta, independientemente de las problemáticas presentadas o bien de sus propias ideas acerca de ellas, debe buscar ser de utilidad para el paciente, omitiendo sus propias ideas o prejuicios que tengamos acerca del problema que se presenta, nuestra labor es confiar en que este logrará un cambio, no olvidemos que no existe forma correcta de ver las cosas, siempre habrá puntos de vista diferentes pero válidos o que pueden ajustarse a diferentes circunstancias (O'Hanlon y Weiner, 1991).

Es importante que como terapeutas no minimicemos cualquier problemática que planteé un paciente o una familia, pues cada cosa tiene relevancia para quienes lo viven, en la observación de cada caso que se atendió en la clínica, cuando en apariencia llegaron situaciones menos difíciles, encontramos dificultades importantes y una manifestación de diferentes emociones que estaba viviendo cada persona, el transmitirles que son escuchados y respetados es esencial para hacer una labor ética, profesional y eficaz. Parte del trabajo del terapeuta es entrar en el mundo del otro, con su propio lenguaje sin olvidar el respeto a las reglas de la familia, cuidando que este sea mutuo para lograr el avance en el proceso terapéutico (Andolfi, 1991).

Como hice mención en el apartado anterior, el respeto a las diferencias tanto entre supervisores, compañeros, profesores y pacientes, fue una constante y algo en que se insistía mucho tanto en los seminarios como en la práctica clínica dentro de nuestras responsabilidades como terapeutas familiares. En relación a esto, debemos considerar que algunas de las obligaciones del psicólogo son respetar los derechos y dignidad de las personas, ser responsables, establecer relaciones íntegras con la sociedad, su tarea es realizar un trabajo de calidad, cuidando la relación que establece con sus pacientes y colegas (Andrade y Pérez, 2011).

El trabajo como terapeuta definitivamente debe ser algo con lo que estemos comprometidos y que realmente nos guste hacer. El reto para el terapeuta es enfrentarse a situaciones por completo inesperadas, por mucho que se tenga un plan de trabajo, o bien, al inicio tenemos una idea de la situación de la familia al hacer la llamada telefónica, sin embargo, la primera sesión puede ser totalmente diferente a lo esperado. El terapeuta debe manejar sus miedos, sus inseguridades, sus propias ideas o prejuicios, pero esto no podría lograrlo de no tener la mirada y la retroalimentación de su equipo terapéutico y el supervisor. No podríamos ser buenos terapeutas si antes no recibimos un moldeamiento, una preparación y no nos enfrentamos a situaciones reales desde el proceso de formación.

En particular el trabajo con adolescentes no sólo es interesante, sino que es muy dinámico, motivante y desafía las visiones e ideas del terapeuta constantemente, podemos tener claro como adultos y como terapeutas experimentados la importancia de las reglas, los riesgos que conllevan las decisiones o algunas conductas que muchos adolescentes llevan a cabo sin valorar las consecuencias, fácilmente podemos entender las preocupaciones de los padres, sin embargo, lo difícil es comprender al adolescente, que entienda todo esto sin sentirse juzgado, minimizado, no escuchado o incluso que sienta que no se tiene respeto por su persona. Aliarse con un adolescente para trabajar en terapia, que él mismo por sí solo comience a hacer cambios, a plantearse metas es un trabajo arduo pero muy motivante para el terapeuta, los adolescentes cuando se sienten en confianza, respetados y escuchados, son muy auténticos en sus respuestas y en los sentimientos que pueden expresar hacia el otro, llegar a este punto con un paciente adolescente es una muestra clara de que algo hemos hecho bien como terapeutas y en estos casos como equipo terapéutico.

CAPÍTULO 4

CONSIDERACIONES FINALES

4.1 Resumen de habilidades y competencias profesionales adquiridas

Estudiar la Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar en la FES Iztacala, es una experiencia muy enriquecedora, el programa y los docentes a cargo demuestran todo lo que han aprendido, con gran habilidad, fundamento, conocimientos, actualización y sobre todo con gran generosidad, pues son docentes que realmente quieren compartir su conocimiento y experiencia. El programa está elaborado de tal manera que el aprendizaje de habilidades y competencias para el terapeuta resultan muy amplios.

En primer lugar, las habilidades de investigación, considero forman una parte muy importante de la Maestría, pues aunque los estudiantes deben saber investigar al ingresar a esta, los conocimientos y habilidades para hacer una investigación de manera adecuada se fortalecen a lo largo de los 2 años que cursamos. No se trata de un conocimiento que se desarrolla en una sola materia, sino en todas, donde se fomenta la necesidad y la importancia de saber investigar, de no conformarse con un conocimiento superficial, sino de ahondar más; una de las cualidades con las que debe contar un investigador es la curiosidad, y esto es algo constante tanto para conocer temas distintos, como para la práctica clínica, el terapeuta debe ser curioso todo el tiempo, pues esto lo llevará a hacer más preguntas, a conocer a profundidad a las familias, lo mismo sucede con el investigador, quien busca conocer y entender un problema a profundidad, no se conforma con información simple o limitada.

Otro de los aspectos de gran relevancia es la adquisición de conocimientos, la lectura, análisis y discusión de diversos textos, el compartir con el resto de compañeros y profesores estas lecturas, enriquece los aprendizajes, los fortalece y los amplía. El terapeuta familiar en formación, no tiene un conocimiento limitado, al contrario, conoce una variedad de estrategias y visiones, para llevar a cabo la terapia. El conocer cada modelo a profundidad, el buscar la forma de aplicarlo, el representarlo en los seminarios y videos para comprenderlo mejor, son espacios sin duda, invaluable. Cada terapeuta gracias a las lecturas, seminarios y prácticas, tiene la posibilidad de encontrar las bondades de cada modelo, decidir o identificarse con alguno más que con otro para llevarlo a la práctica profesional, sin duda, siempre acompañado de los supervisores, quienes lejos de incitar al estudiante a adoptar el modelo que ellos prefieren, respetan y ayudan al terapeuta a llevar a cabo el que haya elegido de una manera adecuada, retroalimentando cada paso que se da para que logre aprender y adaptar el modelo a su trabajo en el consultorio y en otros contextos profesionales.

El terapeuta debe aprender a preguntar, a entrevistar y a manejarse con la persona que tiene en frente, tanto los seminarios como la práctica clínica permiten al estudiante desarrollar estas

habilidades, si el terapeuta no sabe preguntar, entonces probablemente se meta en un callejón sin salida al momento de trabajar en consulta. Debe cuidar la forma en que pregunta, el momento adecuado, a explorar a profundidad, pues es la herramienta con la que logrará obtener más información, no sólo del problema, sino de los avances de los pacientes, de sus temores, de sus opiniones, de las soluciones que están intentando, un terapeuta no debe asumir, debe aclarar lo que está viendo o escuchando en la sesión.

En la Residencia se aprende a mirar de forma diferente a las personas, a los problemas, al contexto, a los diferentes sistemas en los que se desenvuelve, a sí mismo y al sistema familiar, entiende de manera distinta las problemáticas que se le presentan, sin duda, al cambiar de enfoque, al apropiarse de una nueva y muy distinta epistemología puede confundirse, entrar en conflicto, sin embargo, esto es parte de los objetivos y los logros de la Residencia, el formar terapeutas que aprendan a ver en su totalidad al sistema familiar y las dificultades que presentan para ser más útiles en su labor terapéutica, en lugar de mantener una distancia abismal con personas que nos están abriendo las puertas de su intimidad, de sus emociones, de sus ideas e historias.

También se aprende a ser flexible como terapeuta, a no rigidizarse con un modelo terapéutico, a no ser egoísta, pues probablemente un modelo que intentemos no sea lo que más esté ayudando a una persona, se trata mucho de la relación que establecemos pero sobre todo de los recursos con los que cuentan las personas y que muchas veces ayudamos a que redescubran. En la Residencia el terapeuta aprende que no tiene todas las respuestas, que no siempre la intervención más planeada va a funcionar y que a veces una actitud, gesto o palabras espontáneas le servirán mucho más a los pacientes que atendemos, de manera que aprendemos a no ser arrogantes ni egoístas, a compartir, a fluir y a ser flexibles en nuestra labor para realmente ser asertivos para las familias que se atienden.

El terapeuta aprende a adaptarse al cambio, a cambiar su postura incluso en el transcurso de una misma sesión, el aliarse a diferentes miembros de una familia de un momento a otro. A veces tendrá que mostrarse más empático con una mamá afectada por la rebeldía de su hija adolescente, y en otro momento tendrá que aliarse a la hija adolescente, siendo empático con su deseo de independencia y de búsqueda de identidad.

Los cambios en la postura del terapeuta, pueden ser abruptos, constantes y complicados, pues se aprende a trabajar con familias, parejas, individuos, con personas de diferentes edades, ocupaciones, costumbres y situaciones diversas. En un momento estará trabajando en el duelo de una mujer viuda, un poco más tarde con una mamá y un hijo pequeño con problemas escolares, todos estos cambios, tan constantes, implican que el terapeuta del mismo modo que logra establecer una alianza terapéutica, también adquiere la habilidad de desengancharse de un caso para enfocar toda su atención y empatía con otro paciente. El terapeuta aprende a asumir esta labor con responsabilidad, respeto y ética.

4.2 Reflexión y análisis de la experiencia

Ser parte de la Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar ha sido una experiencia muy satisfactoria y que definitivamente cambio por completo mi vida, mi forma de pensar y mi labor profesional, el impacto fue mucho mayor de lo que hubiera esperado, fue algo totalmente inesperado lo que viví durante la Residencia.

La visión de las cosas cambia por completo, dando un giro radical a la forma de pensar, de sentir y de experimentar muchas cosas tanto en la vida personal, académica y profesional. Entender la epistemología sistémica no es fácil, pero una vez que se comprende, se vuelve parte de uno mismo, ya no se ven con los mismos ojos las cosas, uno se expresa diferente, se ve afectado de diferente manera por las cosas, analiza, reflexiona y actúa de forma diferente, pero esto en un sentido muy positivo, pues realmente sentí que crecí como persona.

La experiencia en la Residencia implica enfrentarse a muchos retos, temores y diferentes formas de evaluar el trabajo clínico. El hecho de trabajar en equipos terapéuticos con diferentes supervisores ya resulta impactante y una experiencia muy valiosa, recuerdo que al principio la idea de ser observada por todo un equipo y un supervisor en la práctica me preocupó, sentí temor, pues es muy fácil pensar que el ser observado lo coloca a uno en una posición vulnerable, para mi sorpresa el efecto fue totalmente opuesto, pues me sentí acompañada, apoyada, respetada, motivada, aprendí mucho más, aprendí a reconocerme, a darme cuenta de mis habilidades y cualidades, pero también aprendí a aceptar mis errores o limitaciones para trabajar en ellas, gracias a las voces de mis compañeros y supervisores.

Una vez concluida esa etapa, al trabajar en la práctica privada me sentí sola, fue difícil adaptarme a la idea de no tener a mi equipo terapéutico y a mi supervisor detrás de mí, sin embargo, tuve en mente sus palabras, he traído con frecuencia durante mi práctica privada las voces de mis compañeros y supervisores, preguntándome qué dirían ellos, recordando situaciones similares, sus actitudes, recordando su apoyo, invitándome a seguir adelante, a seguir mi instinto, a creer en mí misma.

Toda la Residencia fue una etapa de acompañamiento y compañerismo entre los integrantes de esta generación, y por supuesto, con todo lo que los profesores nos proporcionaron día con día, su compañía, retroalimentación, consejos, ideas, reacciones, todo ello forma parte de mí, me ha convertido en una persona diferente y profesionalmente sé que también son responsables de todo lo que he logrado en mi labor como psicóloga.

Un cambio muy importante en mí, fue en mi deseo por trabajar con adolescentes, la práctica clínica me permitió entenderlos mejor, quitarme prejuicios y me di cuenta que logro establecer una buena relación con ellos, a futuro esto sería determinante en la decisión de elegir mi campo de trabajo, actualmente, todo lo que aprendí lo llevo a mi trabajo a diario, lo llevé del consultorio a la

educación, lo que ha resultado una experiencia sorprendente. La teoría sistémica, lleva a comprender mucho, a complicarse mucho, a cuestionarse y a apreciar la labor que se tiene como psicólogo, a revalorar la profesión, por supuesto. El trabajar con adolescentes, fue un cambio producto de lo aprendido y experimentado en la Residencia, un cambio muy satisfactorio y muy enriquecedor.

Parte de la formación académica está enfocada en siempre buscar más, en no limitarse a información o a ciertas versiones, particularmente a no limitarse con los modelos aprendidos. Constantemente se está en la búsqueda de nuevos objetivos, información, conocimiento, etc. El aceptar el cambio como algo inevitable es algo que me quedó muy marcado, pues a veces evitar el cambio es para permanecer en una zona de confort, sin embargo, siempre existe la necesidad de cambiar y este mismo con frecuencia se da por sí solo, como algo inevitable, se trata de ser consciente de ello, no negarlo o rechazarlo, sino tomarlo como viene, cambiar las circunstancias, asimilar y continuar, esto es algo que el terapeuta familiar siempre tiene claro, es una idea de la cual se apropia para después llevarla a la vida profesional. Los pacientes con frecuencia sufren porque las cosas han cambiado en su vida, porque ya no son como antes, cuando no se han percatado de que ya no están en la misma etapa, que es necesario dar un paso adelante, es a través del terapeuta que pueden ir asimilando esta idea, donde aprenden a utilizar sus propios recursos para lograr los cambios que necesitan en su vida. Para lograrlo, el terapeuta primero debe creerlo para que el otro también lo pueda creer.

4.3 Implicaciones en la persona del terapeuta y en el campo de trabajo

La formación a lo largo de la Residencia en Terapia Familiar, implica un desarrollo y crecimiento no sólo profesional, sino también personal y en una forma muy notoria. Tanto en el trabajo en aula como en la práctica clínica se da mucho énfasis a la persona del terapeuta y a lo que estamos viviendo en esos momentos, se vuelve una preparación y una reflexión constante de nuestra vida personal, el tener siempre presente en donde estamos parados, a mirar con otros ojos nuestros propios problemas, nuestras relaciones, a nuestras familias, a nosotros mismos, sin temor a hacernos conscientes de nuestras debilidades o errores. Entender lo que está funcionando mal en uno mismo, es el primer paso para lograr cambios y encontrar soluciones a nuestras dificultades, pero también darnos cuenta de nuestros propios recursos, en la Residencia se fortalecen y desarrollan las habilidades y cualidades que ya tenemos previo a nuestro ingreso, nos hacemos conscientes de ellas y aprendemos a utilizarlas en nuestra labor como terapeutas.

Parte interesante de la teoría revisada, es el choque que se da al abordar cada modelo, desde los sistémicos hasta los posmodernos, a veces uno mismo comienza a pelearse más con algún modelo, porque aparentemente no nos identificamos con este, sin embargo, me parece que el hecho de tener la posibilidad de revisar cada modelo es con el fin de comprender la teoría sistémica en su totalidad, el ver todas sus caras, de fondo tienen muchos aspectos en común. Además, el

terapeuta debe acostumbrarse a adoptar distintas posturas a lo largo de su labor terapéutica, aunque es evidente que la propuesta no es mezclar todo, tomar un poco de aquí y de allá, sin un objetivo, sin saber realmente a donde nos dirigimos, simplemente hacer por hacer. Se trata de adoptar los recursos y estrategias que nos ofrecen los modelos, así como para tomar decisiones, de no conocerlos, no sabríamos cuál es el más adecuado a nosotros o con cuál es con el que mejor nos identificamos, pues también la simpatía por un modelo más que por los demás, tiene mucho que ver con nuestras características personales.

Es necesario ser muy observador, en qué puntos coinciden los modelos, en qué puntos nosotros mismos coincidimos con algunas de sus ideas, en qué momentos pueden sernos de gran ayuda, probablemente algunos no los volvamos a trabajar, sin embargo, es una realidad, que a veces tomamos estrategias basadas en otros modelos, y lo importante aquí, es que funcionan, que nos permiten llegar a los objetivos planteados por el paciente. Ya lo hemos comentado en capítulos anteriores, el terapeuta necesita, no sólo debe, ser flexible, no casarse con un modelo pues esto conlleva a la rigidización del terapeuta, donde puede llegar al punto de ser improductivo, atentando a su vez, con los objetivos de las familias atendidas, o con sus mismos deseos o emociones.

En mi caso, me sentí mucho más identificada con el Modelo Centrado en Soluciones, me percaté de que adoptar la postura del terapeuta en soluciones era algo muy espontáneo en el trabajo con las familias atendidas, no me fue difícil entender y apropiarme de muchas de sus estrategias, lo he adoptado incluso en mucho de mi vida personal, me siento bien con este modelo y considero que he aprendido a trabajar muy bien con él, particularmente con adolescentes. Sin embargo, también considero que las aportaciones del modelo estructural tienen mucho peso, son muy útiles en muchas situaciones, por ejemplo, el familiograma sigue siendo para mí de gran utilidad en algunos procesos terapéuticos, de manera que no hay razón para descartarlo. El modelo de Milán, particularmente me ha gustado por la idea de la curiosidad del terapeuta, en este modelo se trabaja mucho con el terapeuta, en lo que hace o pregunta para ayudar a la familia a generar un cambio en su dinámica.

En los casos de los modelos estratégico y centrado en el problema, considero que aunque tienen muchas ideas interesantes y básicas para la teoría sistémica y sirvieron de base para mi formación en la Residencia, no logré conectarme mucho con esta forma de trabajo y me queda claro que tiene que ver conmigo misma, pues vi a otros terapeutas utilizándolos y la experiencia fue muy grata, sin embargo, no es algo que me resulte fácil, el que no los utilice de referencia en mi práctica profesional no significa que no los valore por sus aportaciones a la teoría sistémica.

En el caso de la terapia narrativa y colaborativa, fue interesante el momento de conocerlas, pues apenas estaba terminando de comprender la teoría sistémica, cuando viene una perspectiva distinta, si bien, el posmodernismo me parece sumamente importante e interesante, he encontrado un gran recurso en la terapia narrativa, sin embargo, soy consciente que aún me queda mucho por entender en su totalidad de esta postura, simplemente no podría emitir un juicio u opinión, aunque

me he percatado que muchas veces mi trato con las personas tiene las características de la horizontalidad, el no asumir, el respetar los significados de cada persona, en mucho la práctica, el análisis de textos y actualmente mi trabajo, me han permitido ver que todo está en constante construcción, el conocimiento de un suceso puede tener muchas formas de verse, muchas caras y muchas formas de resolverse, a veces un problema del mismo tipo, en dos familias diferentes, se resuelve de manera totalmente distinta, esto significa que el terapeuta, definitivamente no tiene todas las respuestas y esto es lo que siempre debemos tener claro.

Otro de los aspectos que para mí fueron de gran relevancia en el trabajo con mi formación del terapeuta es enfrentarse a situaciones nuevas, totalmente inesperadas y a las que generalmente podría tener cierta reserva. Aprendí que estar atentos a los comentarios inesperados, a la información nueva, a temas sensibles que probablemente ignorábamos después de la primera o segunda sesión, es algo que debemos tener presente a lo que hay que estar preparado, pues nuestra reacción y respuestas, son cruciales para atender a lo que el paciente o cliente nos está solicitando. Tanto supervisores como profesores hicieron mucho énfasis en esto, habrá temas que personalmente nos moverán más que otros, simplemente es inevitable sentirnos afectados por algunas situaciones tratadas en una consulta debido nuestra historia personal, en lugar de bloquearnos el hablar de cierto tema, la pregunta fue, cómo utilizarías esta propia experiencia en consulta, por supuesto, sin terminar enfocando la atención a uno mismo en la sesión, sino lograr que el paciente se sienta identificado, conectar con él, o simplemente esto nos puede dar una mayor sensibilidad para comprender cómo está viviendo la situación.

En algún momento hubo una experiencia muy interesante, una de las profesoras preguntó a cada uno, cuál sería el tipo de paciente más difícil de atender para nosotros, si pudiéramos elegir, cuál no elegiríamos. Cada uno expresamos cuál era y por qué, curiosamente a cada uno en ese momento nos había tocado trabajar justamente con ese tipo de paciente que no elegiríamos, nos decía la profesora, que probablemente era el paciente que necesitábamos en ese momento, pues lo más sencillo es abordar casos que buscas por propio interés, pero las personas que pueden resultarte más difíciles se convierten en un reto y te ayudan a mejorar como terapeuta.

Enfrentarme a este reto de trabajar con personas que previamente no hubiera elegido, fue una experiencia muy significativa para mí, cambiaron por completo mi perspectiva, tomé un gran interés por trabajar con ellas, resultó muy fructífero tanto para ellas como para mí. En el momento en que me hago consciente de lo que me sucede con cada paciente, logro establecer una mejor relación con ellos, mi trabajo es más eficiente, les soy de mayor utilidad, ya que me doy cuenta de que camino o postura tomar, o tal vez, me comprometo aún más, me esfuerzo por ser empática, por comprender, escucho con más atención, me veo y trabajo en mí misma para ayudar al otro.

Ahora que he egresado y que estoy llevando lo aprendido al ámbito profesional, sin duda sé que hago mucho mejor mi trabajo como psicóloga, pues no sólo continúo con la consulta privada,

también estoy en el área educativa, donde la terapia sistémica ha sido la mejor perspectiva para abordar muchos problemas o retos que surgen del trabajo diario. Como persona me he apropiado de esta forma de pensamiento, ahora es parte de mí y no es algo que a veces utilice, se ha convertido en una forma de ser y de hacer.

El ámbito educativo al ser un sistema, implica poner atención a cada aspecto que lo compone y a todas las personas implicadas en la educación de un niño o adolescente, pues a veces no necesariamente se tiene que trabajar con el niño directamente, en ocasiones es necesario, implicar a otras personas, padres, profesores, compañeros, todos forman parte de la educación del niño, cualquier dificultad con alguno de ellos lo afectará directamente. Para mí comprender todo esto ha sido de gran utilidad en mi trabajo, pues incluso constantemente tengo que observarme a mí misma, en lo que estoy haciendo, en cómo estoy reaccionando ante ciertas situaciones, de qué manera abordo ciertos problemas y particularmente quienes son las primeras personas con las que tengo que trabajar, no ver a un alumno de manera aislada, siempre tener presente que hay algo más, indagar, preguntar, investigar y escuchar son elementos que no puedo dejar de lado en la labor profesional.

En mi labor en la educación, me he percatado con frecuencia que muchas veces la misma dinámica me lleva a mirar desde la postura de la enseñanza y la disciplina, lo cual en ocasiones puede nublar mi mirada en el trabajo con adolescentes, me ha servido de mucho, auto-observarme, detenerme a analizar las situaciones y de esta manera tomar las estrategias necesarias para resolver los problemas que surgen en el trabajo diario, con frecuencia necesito tomarme un tiempo para analizar el por qué un alumno se ha comportado de determinada manera, a qué se deben sus cambios, qué influencia tiene el profesor en ello, probablemente el adolescente esté experimentando frustración, enojo, tristeza o angustia por una situación no necesariamente académica, tal vez social o principalmente familiar, adoptar la postura de disciplina y establecimiento de reglas y correctivos sin analizar todo el panorama del alumno, implica entrar en una dinámica que probablemente resuelva la situación de momento y de forma superficial, sin embargo, el problema de fondo se queda ahí, aumentando la sensación del adolescente de no ser escuchado o comprendido, lo que impide además detectar si el adolescente necesita apoyo para afrontar un problema, si está confundido o si se encuentra en riesgo.

Como bien, lo aprendí al inicio de la Residencia, la Terapia Familiar Sistémica no significa que sólo vas a trabajar con familias o en el ámbito clínico, quiere decir que debemos entendernos como parte de un sistema y en muchos ámbitos. Definitivamente considero que mi trabajo es mejor y más eficiente por la visión que tengo de las cosas, por la forma en que entiendo las relaciones humanas, por el trabajo constante que aprendí a hacer de mí misma. Ya que perdí el temor a ver mis errores y evitarlos, ahora puedo reconocerlo y trabajar con ellos para ser mucho más eficiente en mi trabajo diario, así como en el trabajo que hago conmigo misma.

Referencias bibliográficas

- Anderson, H. (sin fecha). Postmodern social construction therapies. Disponible en: <http://www.harleneanderson.org/writings/postmoderntherapieschapter.htm>
- Andolfi, M. (1991). En: *Terapia familiar. Un enfoque interaccional*. España: Paidós
- Andrade, M. C. y Montalvo, J. (2009). Problemas de adaptación en un adolescente. Un estudio de caso en base en el modelo estructural. En: Montalvo, J. (comp.) *Terapia Familiar Breve* (pp. 147-160). México: Trillas.
- Andrade, R. A. y Pérez, A. (2011). Supervisión y ética profesional en la formación del terapeuta familiar sistémico. En: Montalvo, J. y Espinosa, M. R. (comps.) *Supervisión y terapia sistémica: modelos, propuestas y guías prácticas* (pp. 151-169). México: Ediciones Cree-Ser.
- Arango, A. M. y Moreno, M. F. (2009). Más allá de la relación terapéutica: Un recorrido histórico y teórico. *Acta Colombiana de Psicología*, 12 (2), 135-145.
- Arratia, M.M. (2007). La efectividad del proceso terapéutico en relación a la retroalimentación y la alianza terapéutica. *Ciencia Psicológica*, 1(2), 1-12
- Balbi, E. (2012). La intervención breve estratégica evolucionada en los adolescentes violentos En: Balbi, E.; Boggiani, E.; Dolci, M. y Rinaldi, G. *Adolescentes violentos. Con los otros, con ellos mismos* (89-147). Barcelona: Herder.
- Bateson, G. (1982). *Espíritu y Naturaleza*. Buenos Aires, Argentina. Amorrortu.
- Berg, I. K. y Miller, S. D. (1992). *Trabajando con el problema del alcohol. Orientaciones y sugerencias para la terapia breve de familia*. España: Gedisa.
- Berwick, D.M.; Murphy, J.M.; Goldman, P.A.; Ware, A. J.; Barsky, A. J. y Weinstein, M.C. (1991). Performance of a five ítem Mental Health Screening test. *Medical Care*, 29, 169-176.
- Boggiani, E. (2012). El adolescente violento. En: Balbi, E.; Boggiani, E.; Dolci, M. y Rinaldi, G. *Adolescentes violentos. Con los otros, con ellos mismos* (pp. 13-30). Barcelona: Herder.
- Chang, J. y Nylund, D. (2013). Narrative and solution-focused therapies: a twenty- year retrospective. En: *Journal of Systemic Therapies*, 32(2), 72-88.
- Charles, R. (2011). Cómo integrar un plan global de la terapia. Una guía para la supervisión en Terapia Breve Sistémica. En: Montalvo, J. y Espinosa, M. R. (comps.) *Supervisión y terapia sistémica: modelos, propuestas y guías prácticas* (pp. 103-130). México: Ediciones Cree-Ser.

- De shazer, S. (1985). *Claves para la solución en terapia breve*. España: Paidós.
- De Shazer, S. (1988). *Claves en psicoterapia breve. Una teoría de la solución*. España: Gedisa.
- Desatnik, O.; Franklin, A. y Rubli, D. (2011). Supervisión y sistema terapéutico. En: Montalvo, J. y Espinosa, M. R. (comps.) *Supervisión y terapia sistémica: modelos, propuestas y guías prácticas* (pp. 53-70). México: Ediciones Cree-Ser.
- Echeburúa, E.; Corral, P. y Salaberría, K. (2010). Efectividad de las terapias psicológicas: Un análisis de la realidad actual. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 15 (.2), 85-99.
- Eguiluz, L. L. (2001). *La teoría sistémica. Alternativa para investigar el sistema familiar*. México: UNAM.
- Encuesta Estatal de Juventud 2013-2014. Instituto Mexiquense de la Juventud. Recuperado el 12 de octubre de 2014 en: www.ipomex.org.mx/ipo/archivos/downloadAttach/365416.web
- Espinosa, M. R. (2004). Capítulo 5. El modelo de terapia breve: con enfoque en problemas y en soluciones. En: Eguiluz, L. L. (comp.) *Terapia Familiar, su uso hoy en día* (pp.115-138). México: Pax.
- Espinosa, M. R. (2011). La supervisión en Terapia Familiar: niveles en la enseñanza y la práctica clínica. En: Montalvo, J. y Espinosa, M. R. (comps.) *Supervisión y terapia sistémica: modelos, propuestas y guías prácticas* (pp. 19-32). México: Ediciones Cree-Ser.
- Eysenck, H.J. (1952) The Effects of Psychotherapy: An Evaluation Institute of Psychiatry, Maudsley Hospital. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319-324.
- Fuentes, M. J. y Lorenzo, M. C. (2008). El proceso terapéutico. En: Oblitas, L., *Psicoterapias Contemporáneas* (pp.1-14). México: Cengage Learning.
- García, H. y Fantin, M. (2010). Percepción de eficacia de la psicoterapia en argentina. *Revista puertorriqueña de psicología*, 21, 155-169.
- Gergen, K. J. (1996). La construcción social: emergencia y potencial. En: Pakman, M. *Construcciones de la experiencia humana* (pp. 139-182). España: Gedisa.
- Glaserfeld, E. (1996). Aspectos del constructivismo radical. En: Pakman, M. *Construcciones de la experiencia humana* (pp. 23-49). España: Gedisa,
- Gómez, J. (2003) El adolescente en la familia y la escuela. En: Eguiluz, L. L. (comp.) *Dinámica de la familia. Un enfoque psicológico sistémico* (pp.105-126). México: Pax.
- González, C. S. (2011). La supervisión en Terapia Breve Sistémica. En: Montalvo, J. y Espinosa, M. R. (comps.) *Supervisión y terapia sistémica: modelos, propuestas y guías prácticas* (pp. 131-150). México: Ediciones Cree-Ser.

- Herrera, P. (1999). Principales factores de riesgo psicológicos y sociales en el adolescente. *Revista Cubana de Pediatría*, 71(1), 39-42.
- Hoffman, L. (1981). *Fundamentos de la Terapia Familiar. Un Marco Conceptual para el Cambio de Sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Instituto Nacional de Geografía e Información (2017). Censos de población y vivienda 2010. Recuperado el 2 de junio de 2017 en: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/Proyectos/ccpv/>
- Keeney, B. y Ross, J. M. (2007). *Construcción de terapias familiares sistémicas*. Argentina: Amorrortu.
- Kenney, B. (1994). *Estética del Cambio*. España, Paidós.
- Martínez, A. y Francia, M. (1992). Efectividad de las psicoterapias en niños y adolescentes: revisión de estudios controlados. *Revista latinoamericana de Psicología*, 24 (3), 237-258.
- Micucci, J. (2005). *El adolescente en la Terapia Familiar. Cómo romper el ciclo del conflicto y el control*. Buenos Aries: Amorrortu.
- Minuchin, S. y Fishman, H. Ch. (1984). *Técnicas de Terapia Familiar*. México: Paidós.
- Minuchin, S.; Nichols, M. y Lee, W. (2011). *Evaluación de Familias y Parejas. Del Síntoma al sistema*. México: Paidós.
- Monk, G. y Gehart, D. R. (2003). Sociopolitical Activist o Conversational Partner? Distinguishing the Position of the Therapist in Narrative and Collaborative Therapies. *Family Process*, 42 (1), 19-30.
- Montalvo, J.; Rivas, L. y Fernández, M. (2009). Intento de suicidio. Un estudio de caso en base en el modelo estructural. En: Montalvo, J. (comp.) *Terapia Familiar Breve* (pp.135-146). México: Trillas.
- Nardone, G. y Selekman, M. D. (2013). *Hartarse, vomitar y torturarse. La terapia en tiempo breve*. Barcelona: Herder.
- Nardone, G.; Giannotti, E. y Rochi, R. (2003). *Modelos de familia. Conocer y resolver los problemas entre padres e hijos*. España: Herder.
- O'Hanlon, W. y Weiner-Davis, M. (1990). *En busca de soluciones. Un nuevo enfoque en psicoterapia*. España: Paidós.
- Oliva, A. (2004). La adolescencia como riesgo y oportunidad. *Infancia y Aprendizaje*, 27(1), 115-122.

- Oliva, A. (2006). Relaciones familiares y desarrollo adolescente. *Anuario de Psicología* 37(3), 209-223. Recuperado el 18 de julio de 2013 en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=97012834001>
- Papalia, D. E.; Wendkos, S. y Duskin, R. (2009a). Desarrollo físico y cognoscitivo en la adolescencia. En: *Desarrollo Humano* (352-387). China: Mc Graw Hill.
- Papalia, D. E.; Wendkos, S. y Duskin, R. (2009b). Desarrollo psicosocial en la adolescencia. En: *Desarrollo Humano* (388-419). China: Mc Graw Hill.
- Papp, P. (1983). *El proceso de Cambio*. Argentina: Paidós
- Páramo, M. A. (2011). Factores de riesgo y factores de protección en la adolescencia: Análisis de contenido a través de grupos de discusión. *Terapia Psicológica*, 29(1), 85-95.
- Pyane, M. (2000). *Terapia Narrativa*. España: Paidós.
- Ritvo, E. y Glick, I. (2003). *Terapia de Pareja y Familiar: Guía Práctica*. México: Manual Moderno.
- Santibáñez, P.; Román, M. y Vinet, E. (2009). Efectividad de la psicoterapia y su relación con la alianza terapéutica. *Interdisciplinaria*, 26 (2), 267-287.
- Selekman, M. (1996). *Abrir caminos para el cambio. Soluciones de terapia breve para adolescentes con problemas*. Barcelona: Gedisa.
- Selekman, M. (2010). *Collaborative Brief Therapy with Children*. New York: The Guilford Press.
- Shotter, J. (1996). El lenguaje y la construcción del sí mismo. En: Pakman, M. *Construcciones de la experiencia humana* (pp. 213-225). España: Gedisa.
- Sluzki, C. E. (1987). Cibernética y Terapia Familiar. Un mapa mínimo. *Sistemas Familiares* 3(2), 65-69.
- Suárez, M. (2004). Capítulo 6. El enfoque narrativo en la terapia. En: Eguiluz, L. L. (comp.) *Terapia Familiar, su uso hoy en día* (pp. 139-160). México: Pax.
- Tarragona, M. (2006). Las terapias posmodernas: una breve introducción a la terapia colaborativa, la terapia narrativa y la terapia centrada en soluciones. *Psicología Conductual*, 14(3), 511-532.
- Tomm, K. (1984). One perspective on the milan systemic approach: Part I. Overview of development, theory and practice. *Journal of Marital and Family Therapy*, 10(2), 113-125.
- UNICEF (2002). *Adolescencia. Una etapa fundamental*. Recuperado el 6 de julio de 2017 en: https://www.unicef.org/spanish/publications/files/pub_adolescence_sp.pdf

- UNICEF (2011). *Estado Mundial de la Infancia 2011: La adolescencia. Una época de oportunidades*. Recuperado el 7 de julio de 2017 en: <https://www.unicef.org/spanish/sowc2011/fullreport.php>
- Vargas, A. P. (2004). Antecedentes de la terapia sistémica. Una aproximación a su tradición de investigación científica. En: Eguiluz, L. L. (comp.) *Terapia Familiar. Su Uso Hoy en Día* (pp. 1-23.) México: Pax.
- Watzlawick, P.; Beavin, B. J. y Jackson, D. D. (1981). *Teoría de la Comunicación Humana. Interacciones, Patologías y Paradojas*. España: Herder.
- White, M. (1989). *Guías para una Terapia Familiar Sistémica*. España: Gedisa.
- White, M. y Epston, D. (1993). *Medios Narrativos Para Fines Terapéuticos*. España: Paidós.
- Windholz, M.J. y Silberschatz, G. (1988). Vanderbilt Psychotherapy process scale: a replication with adult outpatients consult. *Clinpsychol*, 56 (1), 56-60.
- Zeig, J. K. (1985). *Un seminario didáctico con Milton H. Erickson*. Buenos Aires: Amorrortu.