



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR

**RECURSOS EN JÓVENES: ANÁLISIS DESDE LA TERAPIA CENTRADA
EN SOLUCIONES**

**INFORME DE EXPERIENCIA PROFESIONAL
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE
MAESTRO EN PSICOLOGÍA**

PRESENTA:

VICTOR HUGO VILLALBA AZAMAR

TUTORA:

**MTRA. MARIA ROSARIO ESPINOSA SALCIDO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA**

COMITÉ TUTOR:

**MTRA. CARMEN SUSANA GONZÁLEZ MONTOYA
DRA. LAURA EVELIA TORRES VELÁZQUEZ
DRA. NÉLIDA PADILLA GÁMEZ
MTRA. OFELIA DESATNIK MIECHIMSKY
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA**

LOS REYES IZTACALA, TLALNEPANTLA, ESTADO DE MÉXICO

DICIEMBRE 2020



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos

Estos dos años fueron determinantes para mi formación académica, profesional y personal, si bien, yo estuve dentro del aula de clases y frente a los pacientes, detrás de mí estuvieron presentes personas que me acompañaron y que me levantaban cada vez que caía durante este recorrido.

Quiero dedicar este trabajo de titulación para las siguientes personas:

A mi familia, mi mamá Rossey, mi papá Victor y a mi hermano Coy por su apoyo y amor incondicional.

A Tani, mi novia, por estar, por cuidarme, ayudarme, tenerme paciencia y amarme en cada uno de los momentos antes y después de este camino.

A mis compañeras y compañeros de supervisión: Gio, Rosario, Monse, Anaíd y Agustín, por su respaldo y enseñanzas para mi quehacer terapéutico.

A Miguel, Agustín, Édgar y Heydi por estar presentes y no solo colaborar en el ámbito académico sino por su amistad, fuerza y ser pilares en este recorrido.

A mis compañeros y compañeras de generación de la residencia en Terapia Familiar de la FESI.

A los y las pacientes que me permitieron trabajar en conjunto en los procesos terapéuticos.

A Gustavo por apoyarme con asesorías externas para la elaboración de este informe.

A mis maestros y maestras de la residencia: Ofelia, Nélide, Cuquita, Laura Evelia, Xóchitl, Ricardo, Laura Edith, Alexis, Susana, Rosario, Roxana, Nalleli y Diana, por su paciencia, compartir sus enseñanzas y formarnos como terapeutas sistémicos y posmodernos.

A mi tutora Rosario, por su acompañamiento y apoyo para la redacción de mi informe de titulación, además de introducirme al Modelo de Terapia Centrada en Soluciones que ha guiado mi quehacer terapéutico.

A la maestra Susana, por la atención y ayuda para la revisión de mi reporte de experiencia profesional, así como los aprendizajes recibidos en las distintas materias y supervisiones.

A la Dra. Nélide, Mtra. Ofelia y Dra. Laura Evelia por formar parte de mi comité académico.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología por el apoyo económico y académico brindado para las actividades desarrolladas a lo largo de la maestría.

Y finalmente, a mi Universidad, la UNAM, por ser mi casa en cada uno de los estadios de mi vida, por brindarme preparación académica, profesional y personal.

A cada uno y una de ustedes, ¡GRACIAS TOTALES!

Índice

Capítulo 1. Análisis del campo Psicosocial	6
“Familia y juventud”	
1.1 Familia	7
1.1.1 Conceptualización de la Familia desde la Psicología General	9
1.1.2 La Familia desde la Terapia Familiar Sistémica	11
1.1.3 Ciclo Vital de la Familia	13
1.1.4 La Familia en México	15
1.2 Juventud	19
1.2.1 Diferencias entre Adolescencia y Juventud	19
1.2.2 Definición de Juventud	22
1.2.3 Juventud Mexicana y su Problemática Actual	26
Capítulo 2. Marco Teórico	28
“Modelos de Intervención de la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna”	
2.1 Antecedentes de la Terapia Familiar	29
2.2 Modelo Estructural	34
2.3 Modelo Estratégico	41
2.4 Modelo de Terapia Breve	45
2.5 Modelo de Milán	53
2.6 Terapia Narrativa	58
2.7 Terapia Colaborativa	61
2.8 Modelo de Terapia Breve Centrada en Soluciones: Modelo que guio los casos clínicos	65

Capítulo 3. Casos Clínicos	83
“El Enfoque de Soluciones en la atención clínica con Jóvenes.	
3.1 Planteamiento del Problema	84
3.2 Tipo de Estudio y Alcance	87
3.3 Unidades Analíticas	88
3.4 Procedimiento de Análisis de Casos	88
3.5 Caso 1, “Paty: Respeto y Empatía: no puedes cambiar al otro”	89
3.6 Caso 2, “Alejandra: A veces necesitamos pedir ayuda”	97
3.7 Conclusiones del análisis de casos	105
Capítulo 4. Competencias y Habilidades Profesionales Adquiridas	108
“El Terapeuta Familiar”	
4.1 Habilidades Clínicas de Intervención	109
4.1.1 La Supervisión Clínica	109
4.1.2 Descripción de las Sedes Clínicas	111
4.1.3 Clínica de Terapia Familiar del Colegio de Ciencias y Humanidades Plantel Azcapotzalco	111
4.1.4 Clínica de Medicina Familiar “Tlalnepantla” del Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)	113
4.1.5 Clínica de Terapia Familiar en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala	114
4.1.6 Tabla de pacientes atendidos en las distintas sedes clínicas	115
4.2 Habilidades de Investigación	121
4.2.1 Investigación de Corte Cuantitativo	122
4.2.2 Investigación de Corte Cualitativo	122

4.2.3	Instrumento de Evaluación	123
4.3	Habilidades de Difusión	124
4.3.1	Asistencia a congresos	124
4.3.2	Materiales didácticos y audiovisuales	126
4.3.2.1	Blogs electrónicos	127
4.3.2.2	Juego Interactivo Kahoot .	127
4.3.2.3	Videos de Técnicas e Intervenciones	128
4.3.3	Talleres y Pláticas	128
4.3.3.1	Taller: “Prevención de la violencia”	129
4.3.3.2	Plática: “El Arte de Atender a las Personas”	130
Capítulo 5. Reflexiones Finales		132
“La culminación del inicio desde la cima de la montaña”		
5.1	Consideraciones Éticas en el Trabajo con Familias	133
5.2	Implicaciones de la Persona del Terapeuta en el Campo Profesional	134
5.3	Reflexiones y Análisis de la Experiencia en la Residencia	136
	Referencias	138

Capítulo 1. Análisis del campo Psicosocial

“Familia y Juventud”

1.1 Familia

Resulta común, en términos científicos, hablar de familia, desde el inicio de los tiempos como la célula, conjunto o grupo originario de la sociedad; grupo que se ha configurado en términos conservadores u ortodoxos, por todas aquellas personas con las cuales se comparten objetivos de vida, así como algún parentesco (de consanguinidad o no): madre, padre, abuelos, hermanas y hermanos, tías y tíos, primas y primos. También ha sido considerado el espacio que permite en forma integral, a cada individuo, el convivir, crecer y compartir con otras personas, los valores, normas, creencias, tradiciones, comportamientos, conocimientos, experiencias y afectos que resultan indispensables para su pleno desarrollo en la sociedad (Gómez, 2014).

En el estudio de la familia, los autores han considerado los roles que sus miembros despliegan considerando que:

“Desde su origen, la familia tiene varias funciones que podríamos llamar universales, tales como: reproducción, protección, la posibilidad de socializar, control social, determinación del estatus para el niño y canalización de afectos, entre otras. La forma de desempeñar estas funciones variará de acuerdo a la sociedad en la cual se encuentre el grupo familiar. (Pérez, 2011, p. 629)”

Debido a la confluencia de aspectos intrínsecos aspectos a su naturaleza como lo son: el histórico, político, socio-cultural y por el desarrollo psico-afectivo de sus miembros, cada familia es única y diferente, no sólo por las relaciones, roles y el número de personas que la forman, sino también por las actividades y trabajos que realizan o la manera en que se organizan y proyectan (Gómez, 2014).

Por un lado, según Gómez (2014), etimológicamente, existen varias versiones que dan cuenta del origen de la palabra familia, sin que haya verdadera unidad de criterios frente a este

aspecto, algunos consideran que la palabra “familia” proviene del latín *familiae*, que significa “grupo de siervos y esclavos patrimonio del jefe de la gens”.

Por otro lado, la palabra se deriva del término *famulus*, que significa “siervo, esclavo”, o incluso del latín *fames* (hambre) “Conjunto de personas que se alimentan juntas en la misma casa y a los que un pater familias tiene la obligación de alimentar” (Gómez, 2014).

Bajo esta concepción se presumía la inclusión de la esposa y de los hijos del *pater familia*, a quien legalmente pertenecían en cualidad similar a un objeto de su propiedad, hasta que como concepto integrador (de cognados “vinculados por lazos de sangre” y agnados “con vínculos civiles”), acabó siendo subsumido y reemplazado inicialmente por la conceptualización y forma grupal de la *gens*, que históricamente precedió a otras formas más avanzadas como las familias punalúa, sindiásmica, poligámica, monogámica y la actual o posmoderna; todas ellas con características organizativas distintas pero siempre conceptualizadas de manera similar (Oliva, 2013).

Asimismo, se puede decir que “la familia ha sido el lugar primordial donde se comparten y gestionan los riesgos sociales de sus miembros” (Carbonell et al., 2012). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), define familia como:

“Conjunto de personas que conviven bajo el mismo techo, organizadas en roles fijos (padre, madre, hermanos, etc.) con vínculos consanguíneos o no, con un modo de existencia económico y social comunes, con sentimientos afectivos que los unen y aglutinan” (OMS, 2013).

La familia puede conceptualizarse desde diferentes ciencias y áreas, sin embargo, es importante saber cómo lo visualiza la Psicología, en los párrafos subsecuentes se darán definiciones de una manera general, para después aterrizarla desde la postura sistémica.

1.1.1 Conceptualización de la familia desde la Psicología General

El término familia es un concepto amplio, desde la Psicología la familia es considerada un grupo de personas que comparten vínculos de convivencia, consanguinidad, parentesco y afecto. Es un componente de la sociedad y se encuentra condicionada tanto por el sistema económico como por la situación histórico-social y cultural en la cual se desarrolla, de manera que al insertarse en la estructura de clases de la sociedad, refleja el grado de desarrollo de ésta (Louro, 2002).

Papalia (2009) lo define como: “la unidad social constituida por un grupo de personas unidas por vínculos consanguíneos, afectivos y/o cohabitacionales que llenan las necesidades diversas en el ser humano para su desarrollo integral” (cap, 11).

Clavijo (2002), conceptualiza la familia a partir de 5 elementos esenciales: la vinculación de personas por lazos estables, la intersatisfacción mutua de necesidades de diversa índole, la reproducción biológica, la reproducción de la cultura y la reproducción de la sociedad, dirigida a la adaptación a ésta.

También ha sido considerado el espacio que permite en forma integral, a cada individuo, el convivir, crecer y compartir con otras personas, los valores, normas, creencias, tradiciones, comportamientos, conocimientos, experiencias y afectos que resultan indispensables para su pleno desarrollo en la sociedad (Oliva, 2013).

Al respecto Burgess y Locke (citado en Roche, 2006) la definen como:

“una unidad de personas en interacción, relacionadas por vínculos de matrimonio, nacimiento o adopción cuyo objetivo central es crear y mantener una cultura común que promueva el desarrollo físico, mental, emocional y social de cada uno de sus miembros” (p. 10).

En una definición menos tradicional, Estrada (2007) la describe como: “una célula social, cuya membrana protege el interior a sus individuos y los relaciona al exterior con otros organismos semejantes” (p. 8 - 21).

Papalia (2009), indica que existen diversos tipos de familia, las cuales se describen en la tabla 1.

Tabla 1

Tipos de Familia

<p>Familia nuclear: unidad de parentesco compuesta por uno o dos padres y sus hijos naturales adoptados o hijastros, dividida en:</p>	<p>Simple: cuando hay una pareja sin hijos.</p> <hr/> <p>Nuclear biparental con el padre, madre y uno o más hijos.</p> <hr/> <p>Nuclear monoparental: con uno de los padres y uno o más hijos.</p>
<p>Familia extensa: red de parentesco compuesta por los padres, hijos y otros familiares, que en ocasiones viven juntos en un hogar de familia extendida; integrada por una pareja o uno de sus miembros, con o sin hijos, y otros integrantes, pariente o ninguno.</p>	<p>Extensa biparental: cuando los padres con uno o más hijos y otros parientes.</p> <hr/> <p>Extensa monoparental: cuando uno de los progenitores con uno o más hijos y otros parientes.</p> <hr/> <p>Extensa amplia o compuesta: cuando una pareja o uno de sus miembros, uno o más hijos y otros miembros.</p>
<p>Familia reconstituida: cuando uno de los progenitores forma nueva pareja, de estas proviene la figura de los padrastros o madrastras.</p>	
<p>Familia adoptiva: es aquella que recibe a un niño por el proceso de adopción.</p>	
<p>Familia homosexual pareja del mismo sexo, con o sin hijos.</p>	

Familia sin vínculos: definida como un grupo de personas, sin lazos consanguíneos, que comparten una vivienda y sus gastos, como estrategia de supervivencia.

No obstante, estas visiones psicológicas de la familia dejaban, por momentos, de lado la parte contextual, social y cultural, por lo que era importante abordarlos desde otra visión, que se explicará a detalle en el siguiente apartado.

1.1.2 *La familia desde la Terapia Familiar Sistémica*

Desde la década del 50, la familia se estudió como un sistema relacional con principios y categorías que la definen como un problema de investigación. En esta década tiene lugar en Estados Unidos de América un movimiento de terapia familiar como forma de tratamiento no individual de los trastornos mentales y disfunciones de la pareja y la familia (Parsons, 1995).

Esta nueva orientación terapéutica trasladó el interés del individuo al grupo familiar, modificó la explicación del origen y desarrollo de la enfermedad mental al transitar de una explicación biologicista a una interaccional y centró su objetivo más en la modificación de los modos de interacción entre las personas, que en la toma de conciencia individual. Se comenzó a considerar a la familia como un todo orgánico, es decir como un sistema relacional, definida como un conjunto constituido por una o más unidades vinculadas entre sí, de modo que el cambio de estado de una unidad va seguido por el cambio en otras unidades; a este le sucede de nuevo un cambio de estado en la unidad primitivamente modificada y así sucesivamente (Parsons, 1995).

En cuanto al marco de referencia teórico a los desarrollos de estos autores en el campo de la terapia familiar está sustentado en la teoría general de los sistemas de Von Bertalanffy, de la pragmática de la comunicación humana de Watzlawick y colaboradores, así como en ciertos elementos de la cibernética y de la ecología (Valladares, 2008).

Los actuales estudios de la familia en el ámbito de la Psicología se apoyan en una epistemología rica, aunque no siempre homogénea, debido a que algunos conceptos básicos provienen de ámbitos relativamente independientes.

Muchos estudios quedaron marcados por la impronta inicial de la teoría de los sistemas, pero se le sumaron los aportes de la cibernética con los conceptos de *feedback* positivo o negativo (Wiener, 1948), la teoría de la comunicación humana (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1967), los conceptos procedentes de enfoques evolutivos (Haley, 1981) y estructuralistas (Minuchin, 1974). Los conceptos más importantes que incluyen estos aportes son los conceptos de la teoría de la comunicación, los evolutivos y los estructurales.

Entre los autores más notables de este movimiento se destacan Don Jackson, Gregory Bateson, Jay Holey, John Weakland, Virginia Satir, Paul Watzlawick, Nathan Ackerman y Salvador Minuchin, quienes muchos de ellos elaboraron teorías y modelos de intervención desde este nuevo enfoque terapéutico.

Estos autores dieron su propia definición de familia, donde destaca la de Fishman (1995), la cual describió como: “fuente de las relaciones más duraderas y el primer sustento social del individuo, con pautas de relación que se mantienen a lo largo de la vida, lo que la convierte en la instancia con mayores recursos para producir cambios”.

Asimismo, Minuchin y Fishman (1993), señalaron que la familia es:

“un contexto natural para crecer y para recibir auxilio; un sistema vivo que intercambia información interna y externamente donde las fluctuaciones de origen interno o externo suelen ser seguidas por una respuesta que devuelve el sistema a su estado de constancia, pero si la fluctuación se hace más amplia, la familia puede entrar en una crisis en la que la transformación tenga por resultado un nivel diferente de funcionamiento capaz de superar las alteraciones y exigencias del medio (Reyna, 2013, p. 74)”.

1.1.3 Ciclo vital de la familia

La familia es un sistema vivo en constante evolución y desarrollo, ya sea por el contexto o bien por los individuos que la conforman, donde las personas nacen, crecen, se reproducen y mueren, pero que a su paso van dejando huellas marcadas en la interacción con otros, las costumbres, los hábitos, las reglas, los vicios, se van transmitiendo de generación en generación.

La familia genera dinámicas propias que cambian en su forma y función. Estos cambios están inmersos en la cultura y costumbres a la que pertenece la familia, por lo que con base en este contexto no existen formas correctas o incorrectas de pasar por las diferentes etapas, sin embargo, se considera que el ciclo vital familiar es una secuencia ordenada y universal, predecible en donde la solución de las tareas de una fase anterior, facilita la superación de una fase posterior (Vargas, 2013).

Al respecto Minuchin y Fishman (1993), mencionan:

Contemplar a la familia en un lapso prolongado es observarla como un organismo que evoluciona con el tiempo... esta entidad va aumentando su edad en estadios que influyen individualmente sobre cada uno de sus miembros, hasta que las dos células progenitoras decaen y mueren, al tiempo que otras reinician el ciclo de vida... el sistema familiar tiende al mismo tiempo a la conservación y a la evolución... evoluciona hacia una complejidad creciente... el desarrollo de la familia transcurre en etapas que siguen una progresión de complejidad creciente (1993, p. 34 -36).

Para Minuchin (1986) la familia se desarrolla en el transcurso de cuatro etapas a lo largo de las cuales el sistema familiar sufre variaciones; estos períodos pueden provocar transformaciones al sistema y un salto a una etapa nueva y más compleja. Las etapas, reconocidas como el ciclo de vida, son:

- Formación de la pareja.
- La pareja con hijos pequeños.
- La familia con hijos en edad escolar y/o adolescentes.
- La familia con hijos adultos.

Por un lado, Minuchin (1986) señaló que cada etapa requiere de nuevas reglas de interacción familiar, tanto al interior como al exterior del sistema. Sin embargo, hay familias que pueden permanecer atoradas en una etapa, a pesar de que el sistema familiar requiere de una transformación ante nuevas situaciones como, por ejemplo, el nacimiento de un hijo y su crecimiento, el ingreso al ámbito educativo formal, cambio de nivel escolar, cambio de escuela o el alejamiento del hogar por cuestiones de trabajo, por estudios, matrimonio, entre otros.

Este estancamiento en alguna etapa del ciclo vital puede llevar a la disfuncionalidad familiar y manifestaciones sintomáticas. No obstante, resulta difícil establecer etapas estándar para todas las familias, pero indudablemente hacerlo es una herramienta que le da sentido a todo trabajo con familias, sea el objetivo de éste la prevención, la intervención (tratamiento o terapia) o la investigación (Reyna, 2013).

Por otro lado, Jay Haley (1985) mencionó que las familias transitan por un proceso de desarrollo, que pueden llevarla a enfrentar dificultades, apareciendo entonces un síntoma que el terapeuta debe ayudar a solucionar, y teniendo en cuenta los cambios sociales y nuevas formas de vida familiar que se van modificando en la sociedad donde se desenvuelve.

Para Jay Haley (1985) existen 6 periodos del ciclo vital:

- Galanteo
- El matrimonio y sus consecuencias
- El nacimiento de los hijos.

- Dificultades matrimoniales del período intermedio
- El destete
- El retiro de la vida activa y la vejez.

Estrada (1987), señaló dos ventajas al considerar el ciclo vital de la familia:

- Ofrece un instrumento de organización y sistematización invaluable para el pensamiento clínico que permite llegar con menos tropiezos al diagnóstico
- Brinda la oportunidad de revisar casos clínicos dando la pauta para reconocer fenómenos similares en otras familias y que indican, también, las vías que conducen a la intervención terapéutica oportuna.

Los cambios de un ciclo vital a otro suelen ser típicamente sintomáticos para las personas, ya que ponen a prueba la estructura familiar y social en la que se inserta un individuo y su propia estructura psíquica, que debe ser capaz de gestionar los cambios y adaptarse a las nuevas situaciones (Reyna, 2013). Aunque cabe mencionar que esto solo sirve como una guía para identificar posibles situaciones que pudieran desencadenar, pero que no se debe tomar como la única referencia, al existir situaciones y contextos sociales, culturales y educativos.

1.1.4 La familia en México

Las familias mexicanas han evolucionado según las características de los contextos históricos, experimentando una serie de cambios importantes, especialmente en su dinámica y estructura a lo largo del tiempo. Tuirán (2001) señaló que a principios del siglo XX, culturalmente, predominaba el modelo de la familia nuclear o conyugal (pareja heterosexual de esposos residentes en un hogar independiente con hijos a su cargo), basada en una división sexual del

trabajo que mantiene la hegemonía formal del sexo masculino sobre el femenino, puesto que se asignaban los roles asociados con la crianza, el cuidado de los hijos y la realización de las tareas, específicamente domésticas a la mujer y el papel de proveedor de los medios económicos al hombre. Con esta visión se reproducen ciertas relaciones jerárquicas que moldean a su vez las ideas culturales acerca de los hombres y las mujeres en convivencia como pareja que funda una familia, con lo que se contribuye a la construcción de una visión familiar idealizada o tradicional (Espinosa, 2009).

En el México actual existen casi 32 millones de hogares, el cual se puede definir como:

“conjunto de personas que viven en una misma residencia sin tener que compartir lazos sanguíneos ni articular una economía común, que presentan diversidad y pluralidad en su estructura, composición y formas de relación, por lo que no se habla de un modelo único de familia (Espinosa, 2007, p. 43).

De acuerdo con la Encuesta Intercensal de 2015, elaborada por Instituto Nacional de Estadística y Geografía, los hogares en México se clasifican en hogares familiares y no familiares. Los primeros son aquellos en donde al menos uno de los integrantes tiene parentesco con la jefa o jefe del hogar y que a su vez se clasifican en:

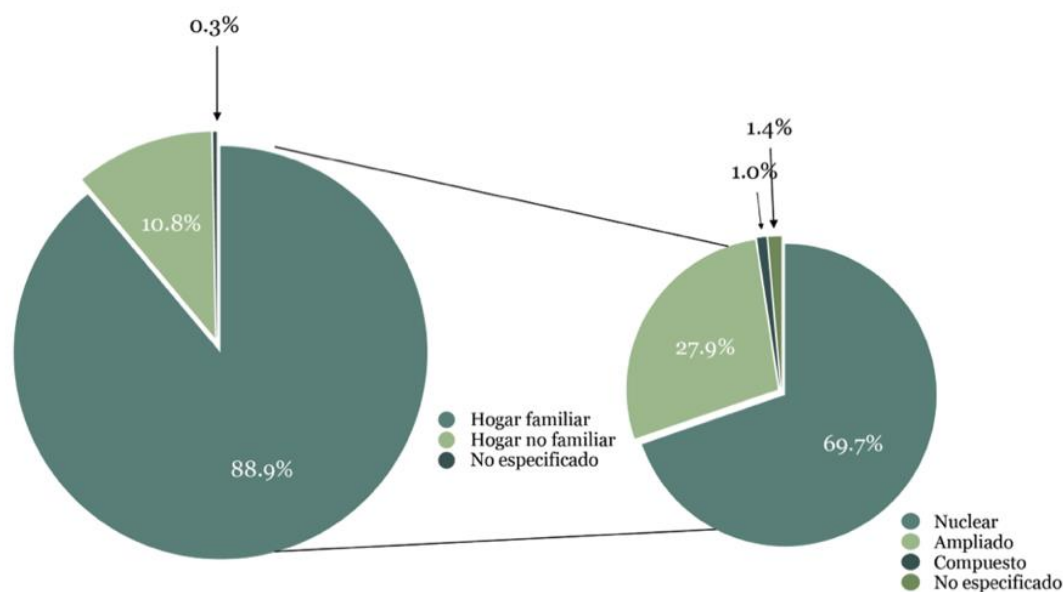
- **Hogar nuclear.** Conformado por el jefe(a) y cónyuge, jefe(a) e hijos, o jefe(a), cónyuge e hijos.
- **Hogar ampliado.** Conformado por un hogar nuclear y al menos otro pariente, o por un jefe(a) y al menos otro pariente.
- **Hogar compuesto.** Conformado por un hogar nuclear o ampliado y al menos un integrante sin parentesco.

En los hogares no familiares ninguno de los integrantes tiene parentesco con el jefe(a). Se clasifican en hogar unipersonal, formado por un solo integrante; y hogar corresidente, conformado por dos o más integrantes sin parentesco.

México está conformado principalmente por hogares familiares y que a su vez son principalmente del tipo nuclear como se observa en la figura 1.

Figura 1

Tipos de hogares en México



Fuente: Elaboración propia con datos de INEGI. Encuesta Intercensal 2015

En 2015, el tamaño de los hogares en México estaba conformado principalmente por cuatro integrantes, según INEGI, presentes en la figura 2.

Figura 2

Hogares y su distribución porcentual según número de integrantes



Las familias actuales se encuentran ante retos y cambios estructurales que invariablemente repercutirán en las relaciones psicoemocionales, dentro y fuera de la misma, las cuales muchas veces tienen consecuencias directa o indirectamente en las relaciones de las y los jóvenes.

En México se estima que hay 30.6 millones de jóvenes de entre 15 y 29 años, quienes representan el 25.7% de la población total en nuestro país, de acuerdo con datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía, de 2019, por ello, es importante estudiar y darle relevancia a este sector de la población.

De acuerdo con Menéndez (2004), dentro del ciclo vital, durante la juventud, la familia enfrenta momentos especialmente difíciles y de mayor estrés debido a la rebeldía, inconformidad y confrontación que presentan con los hijos. Las preocupaciones de los padres se centran con frecuencia en la conducta del hijo, en el tipo de amigos que tiene, consumo de sustancias, ansiedad y depresión, temas que se abordarán de manera más detallada en el siguiente apartado.

1.2 Juventud

El campo de estudio y conceptualizaciones en torno a las nociones de adolescencia y juventud ha tenido un desarrollo notable, sobre todo en las últimas décadas, tanto desde un punto de vista analítico, como a su vez, desde la perspectiva de desplegar determinadas acciones consideradas como de política pública que vayan encaminadas al fomento, desarrollo, protección y promoción de las diversas condiciones sociales en las cuales se insertan los diferentes conjunto de adolescentes y jóvenes.

No obstante, las categorías de adolescencia y juventud frecuentemente son utilizadas de manera intercambiable, tal como si fueran sinónimos o denominaciones distintas de un mismo grupo poblacional, de ahí la importancia de diferenciar cada una de ellas con sus características, diferencias y similitudes (Dávila, 2004).

1.2.1 Diferencias entre Adolescencia y Juventud

Si bien, en algunos casos, se establecen diferencias cronológicas para delimitar la adolescencia de la juventud, con frecuencia la primera queda subsumida como una parte del rango de edad que define la segunda.

Una diferenciación que ha adquirido consenso en este marco cronológico es para la adolescencia de los 10 a los 16 ó 18, y de los 18 a los 30 para el período de la juventud. Para la OMS, los adolescentes pertenecen al grupo de edad de 10 a 19 años y los jóvenes al de 15 a 24 años (Organización Panamericana de la Salud, 2010). En el caso mexicano, de acuerdo a la Ley del Instituto Mexicano de la Juventud, indica que es entre los 12 a los 29 años (Lozano, 2003).

Sin embargo, tanto el uso intercambiable de las nociones de adolescencia y juventud, como su diferenciación a partir de criterios cronológicos constituyen una imprecisión conceptual que pone en evidencia la falta de distinción teórica entre ambas categorías. Es menester entonces

precisar los bordes que establecen los dominios explicativos de la adolescencia y de la juventud para poder marcar distinciones conceptuales y prácticas para el abordaje de los problemas atinentes a la salud pública (Restrepo, 2016).

La categoría de *adolescencia* ha tenido un importante desarrollo en el ámbito de la psicología evolutiva, siendo uno de sus hitos fundacionales la publicación en 1904 de la obra *Adolescence*, escrita en dos volúmenes por el psicólogo norteamericano Stanley Hall (Dávila, 2004.).

En términos generales se entiende la adolescencia como: “el periodo de transición de la niñez a la vida adulta, en el cual el niño adquiere la madurez sexual, pero sin asumir aún los roles, responsabilidades y derechos propios de los adultos” (Lefrancois, 2001).

En esta definición se destacan dos elementos: en primer lugar, la consideración de la adolescencia como un periodo del ciclo vital, lo cual remite necesariamente a un criterio de demarcación cronológica, y, en segundo lugar, una concepción del desarrollo de tipo progresivista que tiene la adultez como momento cumbre del proceso evolutivo del sujeto.

La categoría de juventud, por su parte, ha tenido sus principales desarrollos en el ámbito de la sociología, la antropología cultural y social, la historia, la psicología social, la educación, los estudios culturales, entre otros (Dávila, 2004.).

La juventud no se limita a la consideración de los cambios físicos, psicológicos y emocionales de los sujetos en transición entre la infancia y la adultez, sino que se refiere fundamentalmente a una condición social, a partir de la cual se configura de la identidad social en el marco de las relaciones de poder existentes dentro de la organización generacional de la sociedad. La juventud se encuentra delimitada por procesos biológicos y sociales, que no solamente se refieren a la capacidad de reproducción de la especie, sino fundamentalmente a las tensiones derivadas de la posición del joven con relación a la reproducción de la sociedad (Brito, 1998).

En el plano de lo sociopsicológico, existen distintas interpretaciones sobre la diferencia entre la adolescencia y la juventud. Se considera que en la adolescencia se depende en mayor o menor medida de la familia, la escuela y de otras instituciones. La identidad se va construyendo a medida que aparecen las manifestaciones biológicas de la pubescencia, el cuerpo y sus comportamientos se transforman y se vivencian éstos a través de las percepciones y las ideas de los otros. Sin ser un cambio abrupto, aquellos que ya hicieron el tránsito lo expresan como un antes y un después. Son los demás quienes a partir de la edad y los cambios observados deciden que ya se hizo el cambio de la adolescencia a la juventud (Lozano, 2004).

Se ha planteado también que alcanzar el carácter de joven implica la concientización de sí mismo en relación al mundo. La persona joven dependerá de su familia en mayor o menor medida, según él o ella lo quieran o puedan hacer. Su asistencia a clases, su inclusión en procesos productivos, su deseo sexual y hasta de reproducirse, su preferencia política, su participación en los movimientos sociales será una decisión. Participación limitada, preconfigurada, mediatizada, pero invariablemente consciente. Por esta razón, se podría decir que es la conciencia la que lleva a un sujeto a dejar de ser niño y perfilarse hacia la madurez social (Lozano, 2004).

En la tabla 2, se sintetizan algunas de las principales diferencias entre las categorías de adolescencia y juventud (Restrepo, 2016).

Tabla 2

Diferencias entre las categorías de adolescencia y juventud

Adolescencia	Juventud
Es fundamentalmente una categoría de la psicología evolutiva.	La categoría de juventud implica abordajes de distintas disciplinas de las ciencias sociales tales como sociología, antropología y ciencias políticas.
Se define como una etapa del ciclo vital.	Se define como una condición social

Se concibe como una fase de transición entre la niñez y la edad adulta.	Se concibe como un momento de la vida social del sujeto con características propias y bien diferenciadas.
Se concentra en las transformaciones físicas, psicológicas y emocionales del individuo.	Se concentra en la inserción del sujeto dentro de las tramas sociales.
Lo social se piensa como una influencia en el desarrollo psicológico (socialización).	Lo social se piensa como un escenario de tensiones y relaciones de poder.
El adolescente se concibe como un sujeto pasivo, que se encuentra a merced de influencias sociales y de cambios físicos y psicológicos que están fuera de su control.	El joven se concibe como un sujeto activo, capaz de modificar el entorno y de participar en los procesos de transformación de la sociedad.
Su significación se da en términos biológicos y psicológicos.	Su significación se da en términos políticos (Brito Lemus, 1998).

1.2.2 Definición de Juventud

El concepto de juventud, es un término que permite identificar el periodo de vida de una persona que se ubica entre la infancia y la adultez, el cual abarca cierto rango de edad, sin embargo, también tiene que ver con un conjunto de características tan heterogéneas que sería imposible enlistarlas y conlleva un problema para poder generar una definición de la misma.

Un punto de partida en torno a la problematización sobre el significado de juventud, puede ser el texto de Bourdieu (1990) titulado: “La juventud no es más que una palabra”, en el cual plantea que las relaciones entre la edad social y la biológica son muy complejas y, por tanto, suelen estar sujetas a manipulación, sobre todo en el sentido de concebir a los jóvenes como una unidad social con intereses comunes, por el único hecho de compartir un rango de edad.

Esta advertencia conceptual, pocas veces se toma en cuenta, al momento de diseñar acciones en muchas de las instituciones y organizaciones vinculadas al tema; se sigue hablando, por ejemplo, de *la juventud mexicana*, como si ésta existiera de manera homogénea, sin distinguir todas las condiciones y significados que atraviesan las diferentes maneras de vivir este periodo. Ante esta complejidad por delimitar lo juvenil, la aportación que desde el ámbito académico se ha hecho al tema, permite tener elementos más precisos que deben tomarse en cuenta al momento de la construcción de políticas y programas sociales.

En este sentido, se ha propuesto el proceso de conformación de *identidades juveniles*, que subraya algunos criterios básicos para superar concepciones estáticas y totalizadoras que niegan las especificidades de contextos concretos; esta perspectiva propone que son los jóvenes quienes en su relación intersubjetiva con sus pares (la mayoría de las veces de manera grupal, aunque no siempre), se van identificando o adscribiendo a grupos o comunidades (reales o virtuales) que les permiten construir su propia identidad, por lo tanto, como se describe en la tabla 3 (SEP-IMJ, 2000), lo juvenil es:

Tabla 3

Componentes de lo juvenil

Concepto	Descripción
Un concepto relacional.	Sólo adquiere sentido dentro de un contexto social más amplio y en su relación con lo no juvenil (la interacción con categorías como las de género, étnicas, de clase social, etcétera).
Históricamente construido.	No ha significado lo mismo ser joven ahora que hace veinte años, el contexto social, económico y político configura características concretas sobre el vivir y percibir lo joven.

Es situacional.	Por lo que responde sólo a contextos bien definidos, en tanto se debe evitar las generalizaciones, que hacen perder lo concreto y específico de cada caso.
Es representado.	Pues sobre lo juvenil se dan procesos de disputa y negociación entre las “hetero-representaciones” (elaboradas por agentes o instituciones sociales externos a los jóvenes) y las auto-percepciones de los mismos jóvenes. En algunos casos ambas coincidirán, en otros se establecerán relaciones conflictivas o de negociación, donde se delimita quiénes pertenecen al grupo juvenil y quiénes quedan excluidos.
Cambiante.	Se construye y reconstruye permanentemente en la interacción social, por lo tanto, no está delimitado linealmente por los procesos económicos o de otro tipo, y aunque éstos inciden, el aspecto central tiene que ver con procesos de significado.
Se produce en lo cotidiano.	Sus ámbitos de referencia son íntimos, cercanos, familiares: los barrios, la escuela, el trabajo, etcétera.
Puede producirse en “lo imaginado”.	Donde las comunidades de referencia tienen que ver con la música, los estilos, la internet, etcétera.
Se construye en relaciones de poder.	Definidas por condiciones de dominación/subalteridad o de centralidad/periferia, donde la relación de desigualdad no implica siempre el conflicto, pues también se dan procesos complejos de complementariedad, rechazo, superposición o negación.
Es transitoria.	Donde los tiempos biológicos y sociales del joven o la joven en lo individual, los integran o expulsan de la condición juvenil, a

diferencia de las identidades estructuradas / estructurantes que son perdurables (como las de clase, étnicas, nacionales, de género).

Esta interpretación está vinculada al concepto de *culturas juveniles* que se refiere a la manera en cómo las experiencias sociales de los jóvenes, son expresadas colectivamente mediante la construcción de estilos de vida distintivos, localizados fundamentalmente en tiempos y/o espacios no institucionales. En un sentido más restringido, definen la aparición de *microsociedades juveniles*, con grados significativos de autonomía respecto de las “instituciones adultas”, que se dotan de espacios y tiempos específicos (Quintero, 2009).

Se habla de culturas juveniles en plural, para subrayar la heterogeneidad interna de las mismas; aunque este cambio terminológico implica también un cambio en la forma de mirar a las y los jóvenes, que transfiere el énfasis que se hacía sobre ellos desde la marginación y lo traslada a la identidad, de las apariencias a las estrategias, de lo espectacular a la vida cotidiana, de la delincuencia al ocio, de las imágenes a los actores (Feixa, 1998).

Estas culturas juveniles no son homogéneas ni estáticas, las fronteras son laxas y los intercambios entre los diversos estilos numerosos, en ese sentido, una contribución importante de la investigación sobre juventud al reto de diseñar proyectos o programas, es la que propone situarse en las lógicas de producción de sentido de los propios jóvenes y entender desde ahí, cómo y con qué están haciendo frente a las experiencias fragmentadas, en las que se ha roto la unidad y continuidad de su mundo de vida. Por ello, los referentes de estas nuevas identidades juveniles se articulan y organizan en torno a los más variados objetos, creencias, estéticas y consumos culturales de acuerdo al sexo, nivel socioeconómico, región de pertenencia y el grado de escolaridad. Este proceso se hace por la vía de la agrupación, de la identificación “con” y/o de la diferenciación “de” (Reguillo, 2013).

Este apartado describe una aproximación general de la juventud, pero es importante puntualizar el panorama de la juventud en México, así como sus diferencias, similitudes y problemáticas con los que se enfrentan.

1.2.3 Juventud mexicana y su problemática actual

Tal como se ha indicado en líneas precedentes, “ser joven” constituye un conjunto social de individuos y cada sociedad tiene su determinado *tipo de jóvenes*, según las regiones, incluso dentro de un mismo país, por diversos factores: hereditarios, clima local, estado de salud, alimentación, clase social y cultural, nivel de actividad física o intelectual, cultura, educación, entre otros (INEGI, 2015).

La juventud constituye una “población” de particular interés para la salud pública, bajo el supuesto de que existen un conjunto compartido de características, problemáticas y necesidades propias que diferencia a los jóvenes de otros grupos poblacionales (niños, adultos, etc.).

Específicamente en el campo de la Psicología, en el caso de la población joven, se ha observado un incremento en la aparición de trastornos emocionales tales como la depresión y la ansiedad a edades cada vez más tempranas, lo que puede desencadenar complicaciones graves como las autolesiones, la agresión e incluso el suicidio (INEGI, 2015).

En este sentido, de acuerdo con estadísticas del Instituto Nacional de Estadística y Geografía del año 2015, los adolescentes y los jóvenes constituyen el grupo más vulnerable ante el suicidio, cuyas principales causas son la depresión, la ansiedad, el abuso de sustancias, los problemas neurológicos y el bullying (Márquez, 2016).

Por ejemplo, Ornelas y Ruiz (2017) se dedicaron a estudiar los principales problemas de salud mental en Zumpango, Estado de México, con el propósito de identificar aquellos trastornos que son atendidos por los servicios de psicología. En términos generales, se encontró una mayor prevalencia de obsesiones y compulsiones, seguidas de ideación paranoide, depresión y

somatización, además de diferencias significativas entre hombres y mujeres en cuanto al tipo de trastornos que presentan. Con respecto a la búsqueda de apoyo de un servicio de psicología, se observó que los hombres prácticamente no asisten a dichos servicios. Los autores destacan la necesidad de promover intervenciones no sólo de tipo clínico, sino psicosociales y psicoeducativas que permitan promover estilos de vida más saludables.

De ahí la importancia de promover los servicios de atención psicológica, salud mental y apoyo emocional al sector de los jóvenes, temas que se detallarán en los capítulos posteriores.

Capítulo 2: Marco Teórico

Modelos de intervención de la Terapia

Familiar Sistémica y Posmoderna

2.1 Antecedentes de la Terapia Familiar

La Terapia Familiar surge aproximadamente en los años 50, en un mundo en el que el Psicoanálisis era la teoría preponderante, que incluía en su técnica el mandato de no entrar en contacto con la familia del paciente a fin de evitar posible involucramiento y dificultades del terapeuta, producto de los procesos transferenciales, inquietud que permanece hasta nuestros días.

En este entorno y como producto de constantes dificultades por parte de los terapeutas en la atención, especialmente a familias de pacientes esquizofrénicos, llevó a los clínicos a investigar, y a buscar otras posibles alternativas de intervención la cual planteó una forma diferente de atención a la familia, no como el paciente y su situación de primero y luego la familia a la que pertenece, sino, por el contrario, la situación del paciente en el contexto relacional y su vínculo dentro del sistema familiar (Chinchilla, 2015).

Esto dio lugar a un cambio de pensamiento lineal a uno circular, donde ya no se priorizaba una secuencia causa–efecto, ya que si alguien veía a una persona con una aflicción psiquiátrica en una clínica, fácil le era suponer que esa persona padecía de un desorden intrapsíquico surgido de su pasado, pero si se veía a la misma persona con su familia, en el marco de las relaciones diarias, se empezaba a ver algo totalmente distinto. Con esto empezaban a verse las comunicaciones y comportamientos de todos los presentes, componiendo rizos (*loops*) causales circulares que avanzaban y retrocedían, siendo el comportamiento de la persona afligida solo una parte de una danza general recurrente (Hoffman, 2014).

La Terapia Familiar (de primera generación) se puede entender como la construcción de diferentes teorías y miradas: la Teoría de la Comunicación Humana, la Teoría General de los Sistemas y la Cibernética) como se observa en la figura 3, y la de segunda generación, que retoma

una visión distinta para acercarse a los fenómenos basados en el *constructivismo* y *construccionismo*.

Figura3

Teorías de la Primera Generación de Terapia Familiar



Fuente: Elaboración propia

En primera instancia, la Teoría General de Sistemas (TGS) nace aproximadamente a finales del siglo XX, como una visión contraria al modelo mecanicista, que caía en el mismo tipo de pensamiento lineal, la cual era necesario apostar a explicaciones más amplias. Enfatizaba la importancia de no aislar los elementos, sino de relacionarse con el fin de comprenderlos en su interacción contextual, oponiéndose a la idea lineal y unidireccional del modelo positivista y mecanicista (Eguiluz, 2009).

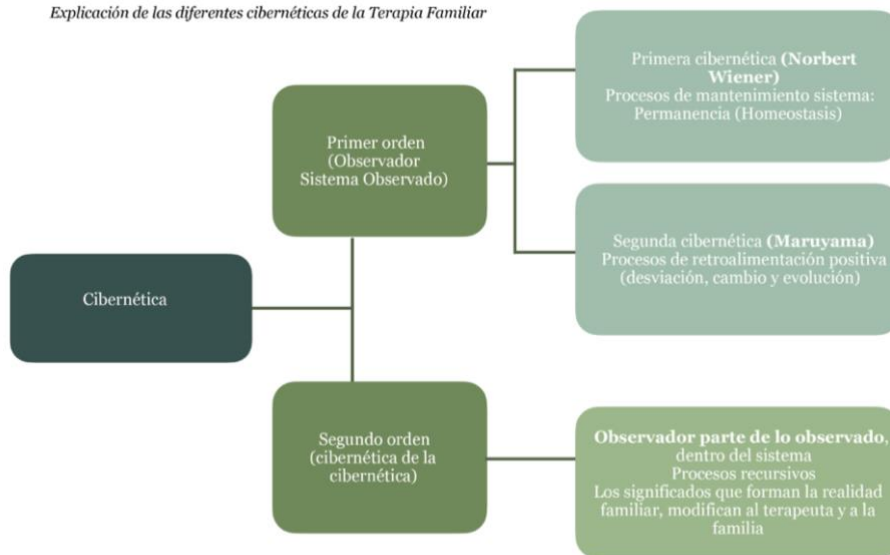
La TGS dio una nueva concepción sobre los problemas del comportamiento y de las relaciones en los orígenes de la Terapia Familiar, su mirada contextual y de organización sistémica circular, permitió concebir a la familia como un sistema en interrelación con otros sistemas mayores, en donde la conducta de un miembro de la familia adquiriría un valor relacional con lo que pasaba a los otros miembros de la misma.

La contribución de esta teoría para la Terapia Familiar fue que los términos de sistema, totalidad y circularidad pudieron ser aplicables a todo ser vivo, grupo social o sociedad. Además, ayudó a concebir al universo como un conjunto jerarquizado en sistemas, organizados a su vez en subsistemas, que se encuentran unidos, en donde todo sistema se halla en constante intercambio entre sí y con su entorno.

La segunda línea del conocimiento que converge en las bases teóricas de la sistémica, es la cibernética de Wiener, planteada como la disciplina del control y de la comunicación en sistemas complejos. Posteriormente, Maruyama en 1968 (en Hoffman, 1987), distingue dos órdenes de cibernéticas. Una de primer orden, ligado a los procesos de homeostasis (mantenimiento del *status quo* de un sistema), a través de una retroalimentación negativa (intercambio recursivo de información), donde el sistema recoge información del medio y se autorregula de tal manera que evita alterar la forma en cómo se relaciona con él. Y otra, una cibernética de segundo orden, centrada en un proceso de morfogénesis (proceso de cambio), asociada más a una retroalimentación positiva, donde el sistema, en base a la información externa, cambia la forma en cómo responde al medio. (Zegarra, 2015) (figura 4).

Figura 4

Explicación de las diferentes cibernéticas de la Terapia Familiar



Fuente: Elaboración propia

Con las ideas de Bertalanffy (1976), de Wiener (1948) y Bateson (1985), Watzlawick, Beavin y Jackson (1981) comprendieron el rol de la comunicación en los procesos interaccionales, en especial a la dimensión pragmática de la comunicación, focalizándose en los efectos que la conducta comunicativa de una persona tiene sobre otra. La teoría de Watzlawick constituye la tercera línea que se incorpora a las bases de la Terapia Familiar Sistémica y es que él y sus compañeros proponen cinco axiomas exploratorios de la comunicación humana, maniobras dentro de esta comunicación que llevan a generar patología y la comunicación como un fenómeno paradójico.

En cuanto a las terapias de segunda generación aunado a lo anterior, se anexaron los conceptos de *constructivismo* y *construccionismo social*.

El constructivismo es una posición epistemológica, con raíces históricas en la filosofía de la ciencia. Se dice que entre sus orígenes se encuentra el solipsismo, que defendía la idea de que no existe una realidad exterior, sino que todas las percepciones y vivencias humanas en el mundo están en la mente (solo el yo existe), una persona adentro de tu cabeza que te dirige y guía.

A partir del constructivismo se planea que el individuo (observador) construye el conocimiento del mundo exterior a través de las percepciones determinadas por su estructura (sistema nervioso), razón por la que en esta idea el conocimiento verdadero es imposible, ya que la realidad puede ser interpretada de distintas formas. Desde esta postura, cada persona lleva consigo un mapa del mundo o representación de lo que percibe como real.

De esta manera, aterrizado a la terapia, aquellas que son constructivistas postulan la imposibilidad de obtener interpretaciones correctas de la realidad, ya que admiten que, si la persona sufre, esto se relaciona con la construcción de los acontecimientos, apuntando a construcciones de realidades más viables. El papel de terapeutas es de estructurar y desestructurar significados o realidades construidas en el que la realidad puede ampliarse cuando se ofrece otra perspectiva u otro mapa de la realidad, como se hablaba previamente.

Finalmente, se podría decir que el cambio del pensamiento posmoderno, que cuestionaba los valores modernos, y las aportaciones del constructivismo a la Terapia Familiar marcaron una evolución en el campo de la terapia, en cómo se vive y percibe la realidad, dejando que las situaciones que pasan alrededor dependen del ser y no hay la existencia de otros.

Ahora, el construccionismo social manifiesta que las ideas, los conceptos y los recuerdos surgen del intercambio social y son mediatizados por el lenguaje. Todo conocimiento (sostienen los construccionistas) evoluciona en el espacio entre las personas, en el ámbito del mundo común y corriente y es sólo a través de la permanente conversación con sus íntimos que el individuo desarrolla un sentimiento de identidad o una voz interior (Hoffman, 1996).

Las construcciones al ser limitadas por la lengua, son a su vez responsabilidad de cada uno, ya que son las personas quienes generan las convenciones del discurso a nivel científico y en la vida cotidiana, por lo tanto, al tener la capacidad de generar relatos, tenemos la capacidad de alterarlos. Es decir, que, a diferencia del constructivismo, aquí sí hay otros, y a través de esas interacciones lingüísticas, se va construyendo una identidad narrativa; no solo en la diada individual sino también con las instituciones y ese mapa es creado a través de la interacción con los otros seres. Y pensar desde este punto de la conversación supone creer que las ideas, los conceptos y recuerdos surgen del intercambio social y son mediatizados por el lenguaje (Gergen, 2011).

Este marco construccionista reconceptualiza de igual manera la psicopatología, ya que se enfoca en los procesos sociales e interpersonales y la dinámica que mantiene los síntomas (Rozo, 2002).

A raíz de esto, dentro del marco de la terapia familiar sistémica y posmoderna se formaron distintos modelos bajo los cuales se puede intervenir, cada uno con sus particularidades; en este informe se expondrán los siguientes:

- Modelo Estructural
- Modelo Estratégico
- Modelo de Milán
- Terapia Centrada en el Problema
- Terapia Centrada en las Soluciones
- Práctica (Terapia) Narrativa
- Terapia Colaborativa

Se describirán sus antecedentes, principales representantes, puntos que los rigen, técnicas o formas de intervención, los cuales han sido herramientas útiles para el proceso terapéutico de los casos vistos en la residencia.

2.2 Modelo Estructural.

Fue desarrollado en la segunda mitad del siglo XX con el fin de brindar una respuesta al concepto de hombre como parte de su medio, luego de investigaciones emprendidas por Salvador Minuchin (1979). El desarrollo de este modelo se relacionó en gran medida por las ideas que se fueron gestando en Salvador Minuchin desde su infancia, de la cual retomó la idea de jerarquía e interdependencia como fundamentales en su forma de hacer terapia.

Postura de trabajo y premisas del modelo estructural.

Esta terapia se fundamentó en el concepto de estructura, que alude al conjunto de demandas de los miembros de una familia, reflejo de los procesos de interacción familiar en un momento dado. Tiene como base la TGS, sin tomar en cuenta el paradigma cibernético (Hoffman,

2004) por lo que concibe a la familia como un sistema sociocultural abierto y en transformación, compuesto por subsistemas que interactúan como un todo, con funciones necesarias para su permanencia y que afronta una serie de tareas evolutivas (Ochoa, 2004).

La terapia estructural es un tratamiento breve (tres o seis meses con entrevistas semanales) que se centra en variables estructurales como son los límites y jerarquías. Su evaluación encuadra los síntomas dentro del ciclo vital de la familia, considerando que, debido al estrés provocado por las transiciones evolutivas, el sistema familiar se adhiere a pautas anteriores de conducta que no se adaptan a las exigencias de la etapa actual. El síntoma se mantiene por la tendencia homeostática del sistema familiar a permanecer el status quo. De esta manera, un sistema patológico queda conformado por alianzas y coaliciones rígidas, límites entre subsistemas demasiado porosos o rígidos con personas forzadas a ordenamientos triangulares, de tal forma que las jerarquías contienen alianzas intergeneracionales permanentes, por lo que la tarea del terapeuta es atender el momento evolutivo familiar y comprobar si las tareas, interacciones, límites y jerarquías corresponden a los requisitos del nuevo estadio (Ochoa, 2004).

Objetivo de la terapia.

Las metas de la terapia no solo se dirigen a desaparecer los síntomas del paciente identificado, sino también a cambiar la estructura y cosmovisión familiar. La finalidad del tratamiento es ayudar a la familia a desarrollar sus propios recursos, considerando (si es necesario) el apoyo de otros sistemas, privados o públicos, para enfrentar las exigencias de la etapa del ciclo vital evolutivo. El síntoma se considera como una reacción del sistema familiar ante la tensión del desarrollo vital, que desaparecerá cuando sus miembros sean capaces de adaptarse al contexto, por lo que la meta de la terapia es aumentar la flexibilidad de esas estructuras subyacentes (Ochoa, 2004; Minuchin, 1994).

Conceptos básicos.

Para Minuchin (1979), la familia es una unidad social que se enfrenta a una serie de tareas de desarrollo que difieren de acuerdo a los parámetros culturales; experimenta cambios a lo largo de las distintas etapas de desarrollo que requieren su adaptación y reestructuración ante los cambios internos y externos, permitiéndole una continuidad, al tiempo que apoyan y estimulan el crecimiento de sus miembros. En este sentido, las funciones de la familia cumplen dos objetivos: a nivel interno, brindar protección psicosocial a sus miembros y a nivel externo, proveer la acomodación a una cultura y transmitirla.

El esquema conceptual del funcionamiento familiar considera tres componentes para este modelo terapéutico: la estructura, el desarrollo en etapas de la familia y la adaptación del sistema familiar a las circunstancias para mantener una continuidad y fomentar el crecimiento psicosocial de sus miembros (Minuchin, 1979).

Estructura familiar.

La estructura familiar es la configuración en cuanto al número de elementos, sus posiciones y las formas de interacción entre subsistemas, tomando en cuenta la cohesión y adaptabilidad familiar. Una familia se expresa a través de pautas transaccionales, es decir, operaciones repetidas acerca de qué manera, cuándo y con quién relacionarse. Las pautas transaccionales que regulan las conductas de los miembros de la familia son mantenidas por dos sistemas de coacción: uno genérico, que implica las reglas universales que gobiernan la organización familiar y otro idiosincrásico que implica las expectativas mutuas de los diversos miembros de la familia (Minuchin, 1979).

Algunos aspectos que el terapeuta considera al estudiar la estructura familiar son los siguientes (Desatnik, 2004).

Tabla 4

Elementos de la Estructura Familiar

Elemento	Definición
Límites	Están constituidos por las reglas que definen quiénes participan y de qué manera. Su función es proteger la diferenciación del sistema, para que el funcionamiento familiar sea adecuado, estos deben ser definidos con precisión, ser claros, deben permitir el contacto entre subsistemas y otros sistemas.
Jerarquía	Se refiere a la posición que ocupan los distintos miembros de la familia con relación al ordenamiento jerárquico dentro del sistema, subordinación o supraordinación de un miembro respecto a otro; define la función del poder y sus estructuras en las familias.
Alianzas	Designa una afinidad positiva entre dos unidades de un sistema.
Coaliciones	Cuando una alianza se sitúa en oposición a otra parte del sistema, generalmente es oculta e involucra a personas de dos distintas generaciones aliadas contra un tercero.
Triángulos	Tiene como función equilibrar la relación de varios miembros que pueden tener relaciones conflictivas; una unidad de dos se estabiliza y confiere sentido a su actividad con referencia a un tercero.
Frontera	Interacciones gobernadas por reglas, que definen quien participa el sistema, así como el grado en que los extraños pueden acceder a él. Las fronteras regulan el flujo de información y de energía que un sistema vivo requiere para mantener el equilibrio en su contexto.

Asimismo, dentro del sistema familiar existen subsistemas u holones formados por generación, género, interés o función, los cuales pueden ser definidos como un todo diferenciado en funciones y nivel de poder dentro de un sistema mayor del que forman parte (Minuchin, 1984). Entre ellos se reconocen el subsistema conyugal, parental, fraterno e individual, explicados en la tabla 5.

Tabla 5

Subsistemas en la Terapia Estructural

Subsistema	Definición
Subsistema conyugal	Se constituye cuando dos adultos se unen con la intención de construir una familia; sus principales características deben ser la complementariedad y la acomodación. Los adultos deben poseer un territorio psicosocial propio, un sostén emocional.
Subsistema parental	Inicia con la llegada del primer hijo, su tarea será la de protección al hijo sin descuidar sus necesidades como cónyuges, se debe trazar un límite que permita el acceso al niño a ambos padres.
Subsistema fraterno	Es el primer laboratorio social en el que los niños pueden experimentar relaciones con sus iguales, las posiciones que ellos establezcan en ese núcleo serán significativas en el desarrollo posterior de sus vidas.

Para la terapia estructural los subsistemas son importantes debido a que siempre se trabaja con las partes de un sistema mayor y una forma de diferenciarlo son los límites.

Intervenciones

Dentro de las intervenciones estructurales existen tres estrategias principales, cuestionar el síntoma, cuestionar la estructura de la familia y cuestionar la realidad familiar. La tabla 6 describe cada una de ellas y las técnicas que la conforman.

Tabla 6

Técnicas de la Terapia Estructural

Estrategia	Técnicas	Descripción
1.- Cuestionar el síntoma: el problema no reside en el paciente individualizado, sino en ciertas pautas de interacción de la familia. Por lo tanto, se cuestiona la definición que la familia tiene del problema a fin de moverlos a respuestas afectivas, cognitivas y de conductas diferentes.	Escenificación	Consiste en llevar a la familia a poner en escena interacciones disfuncionales entre los miembros de la familia, en el contexto de la sesión.
	Enfoque	Se selecciona y pone de relieve un aspecto de la interacción familiar y los organiza de manera que sea acorde con las estrategias y objetivos terapéuticos.
	Intensidad	Se emplea la repetición del mensaje, metáforas e imágenes, interacciones isomórficas, modificando el tiempo de las interacciones o haciendo cambios de distancia de manera que la familia registre la importancia del mensaje.

<p>2.- Cuestionar la estructura: aumentar o aminorar la proximidad entre los miembros de holones significativos puede dar lugar a diferentes modos de sentir, pensar y actuar.</p>	<p>Fronteras</p>	<p>Modifica la participación de los miembros de la familia en diferentes holones.</p>
	<p>Desequilibrio</p>	<p>El terapeuta modifica la distribución de poder estableciendo alianzas o coaliciones para cambiar el vínculo jerárquico entre los miembros de un subsistema.</p>
	<p>Complementariedad</p>	<p>Esta técnica cuestiona la realidad lineal de la familia respecto al problema y su recorte de la realidad. El terapeuta puede introducir incertidumbre por medio de preguntas o declaraciones apoyadas de su experiencia.</p>
<p>3.- Cuestionar la realidad familiar: se cuestiona la realidad construida por la familia, la cual ha conducido a pautas disfuncionales a través de nuevas modalidades de interacción que modifiquen la visión de la realidad.</p>	<p>Constructos cognitivos</p>	<p>El objetivo es que la familia adquiera una visión del mundo más flexible y plural, apoyándose de símbolos universales (valores, premisas culturales)</p>
	<p>Lados fuertes</p>	<p>Pretende resaltar los recursos y logros de la familia o de alguno de sus miembros.</p>

Paradojas	La intervención tiene como consecuencia lo opuesto de lo que se pretende.
-----------	---

Estas técnicas llevan a reorganizar a la familia mediante el cuestionamiento de su organización de tal manera que el síntoma deja de ser necesario. Al respecto Minuchin y Fishman (1984) refieren que el abordaje estructural considera a la familia como un organismo, es decir, un sistema complejo que funciona mal, en que el terapeuta quebranta la homeostasis existente, produciendo una crisis que conduce al sistema a elaborar una mejor organización.

2.3 Modelo Estratégico.

El desarrollo conceptual de la escuela estratégica fue producto de la labor realizada por Jay Haley en la sistematización de las ideas y técnicas hipnóticas de Milton Erickson.

Fue a partir de estas ideas que se planteó una terapia en la que el clínico diseña y dirige un enfoque particular a cada problema a partir de la identificación de problemas solubles, la proposición de metas, el diseño de intervenciones y la evaluación de la intervención (Madanés, 1984).

Hoffman (1981) consideró que la contribución de Haley, no es totalmente estratégica, sino más bien, se ubicó como un desarrollo transicional entre la propuesta de Minuchin y la concepción del grupo de Palo Alto; sin embargo, Haley (1989), al ser el primero en acuñar el concepto de “terapia estratégica”, aclaró que este término es más que una teoría o enfoque particular, es una expresión que engloba una variedad de modelos en los que el terapeuta asume la responsabilidad de influir directamente en la gente.

El enfoque de solución de problemas de Haley se sustentó en la habilidad para captar la modificación de los sentimientos y percepciones subjetivas a través de la relación interpersonal y

la directividad ejercida por medio de la palabra, la entonación y los movimientos corporales (Córdoba, 2007).

Galicia (2004) habló del giro que implicó la propuesta de Haley al mirar los problemas a partir de unidades sociales, es decir, dejó de ver a los problemas como individuales para verlos como una pauta de interacción cristalizada que involucra varios actores. Por otro lado, al concebir a la familia como una organización social Haley promovió verla en términos jerárquicos, es decir, con jerarquías y reglas que implican poder y estatus dentro de ella.

La estrategia en la terapia

Haley (1989) consideró que la terapia es exitosa cuando se soluciona la queja o el problema del cliente, lo cual es posible a partir de una definición adecuada del problema.

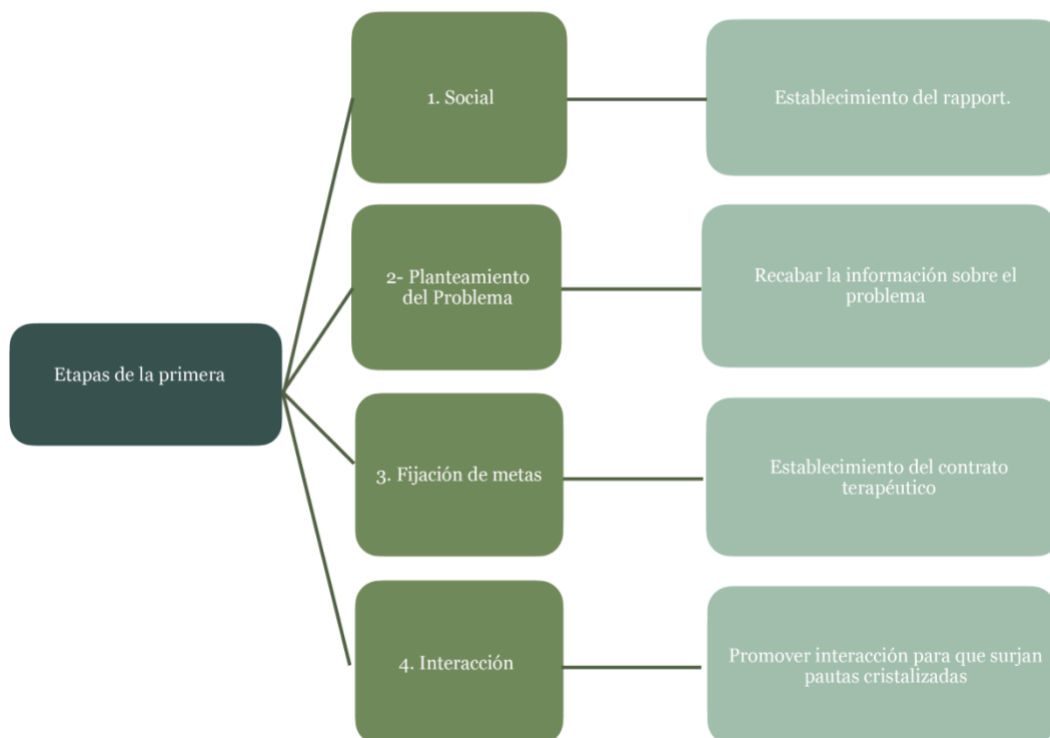
Por lo anterior, es necesario obtener información desde la primera entrevista, estimulando al cliente a establecer un compromiso de cambio que le lleven a realizar las acciones necesarias para lograrlo.

Debido a la importancia que esto tiene para el éxito de la terapia, Haley (1985) propuso una serie de etapas con un objetivo específico a cubrirse durante el primer encuentro como requisito para alcanzar la meta final, tal como puede observarse en la figura 5. Es importante que el terapeuta al finalizar esta sesión conozca la estructura familiar y comprenda el problema para poder formularlo en términos resolubles.

Haley mencionó que durante esta entrevista la labor del terapeuta es la de incluir a todos los miembros permitiendo una libre interacción entre ellos que le dejen ver tanto las pautas como los estados de ánimo y las relaciones entre ellos, así como los puntos de vista ya que esta información será su materia de trabajo.

Figura 5

Etapas de guía de la primer sesión en el modelo estratégico



Fuente: Elaboración propia

La terapia estratégica retomó el concepto de utilización de Erickson, presupone que el consultante sabe lo que es bueno para él y tiene los recursos para lograrlo, por lo cual, la clave consiste en utilizar aquello que es y que lo rodea (valores, historia, resistencias, etc.) para ayudarlo a satisfacer sus necesidades en forma tal que logre tener una vida más satisfactoria. A partir de lo anterior, la postura del terapeuta es la de comprender la terapia como una relación paradójica porque los cambios que puede inducir su intervención son limitados e inciertos al depender del consultante (Haley, 1980).

Los elementos de la estrategia.

Este modelo considera que la tarea del terapeuta reside en programar la intervención en la situación social donde se halla el consultante. Los objetivos de esta intervención son, ante todo,

impedir la repetición de secuencias viciosas e introducir mayor complejidad y alternativas de interacción. Se aplica el “principio de pensar en pequeño” cuando se trata de movilizar el cambio, a partir de aquello que el consultante trae como motivo de consulta; por lo que se buscan medios que promuevan el cambio, por más ilógicos que parezcan. Es decir, se acude a intervenciones paradójicas como mecanismo para romper los círculos viciosos (Nardone, 1990; Watzlawick, 1974).

Las técnicas terapéuticas son procedimientos para cambiar las estructuras de organización inadecuadas, con la finalidad de que la conducta sintomática ya no resulte adaptiva para el sistema (Ochoa, 1995), por lo que las intervenciones se realizan mediante directivas a realizarse durante la sesión o entre sesiones.

Haley (1985, 1997) señaló que las directivas son un medio para intensificar la relación entre clientes y terapeuta, obtener información y establecer relaciones.

Madanés (1984, 1993) estableció que es fundamental motivar a la familia a que se realicen las directivas, considerando que el motivar implica persuadir sobre los beneficios de realizar determinadas acciones; para tales efectos el terapeuta motivará a la familia tomando en cuenta la naturaleza de la tarea, las características de la familia, así como el tipo de relación que se ha establecido entre ellos.

Haley diferenció entre el tipo de directivas que pueden impartirse, realizando una división entre directas e indirectas. En el caso de las primeras se trata de pedir claramente a las personas que hagan algo o dejen de hacer algo, esperando que lo lleven a la práctica. Las directivas indirectas tienen particularidad de que son dadas con el propósito de que no sean realizadas, como una forma de resistencia familiar.

Es importante resaltar que las tareas que involucran las directivas deben estructurarse claramente dejando definido cuál será su participación de cada uno de los miembros de la familia, ya que Haley (1984) considera que el propósito de involucrar a todos, es poner énfasis en la unidad familiar.

Realizando un análisis sobre la contribución de la propuesta terapéutica de Haley al campo de la terapia familiar, Hoffman (1981) reconoció el rastreo de secuencias organizacionales en torno al problema, por un lado, y por el otro realizar el proceso de cambio por etapas, así como el énfasis en las líneas jerárquicas.

Es importante reconocer que la terapia estratégica ha sido blanco de variadas críticas debido a la postura del terapeuta que asume el control de la terapia con el nivel de poder que esto implica; sin embargo, Córdoba (2007) alude que el terapeuta que pretende no ejercer poder sobre los consultantes puede caer en la trampa ingenua de manipularlos desde su propia ceguera personal, por lo que sugiere al igual que Minuchin, Lee y Simon (1998) aceptar que el poder es parte de la relación terapéutica ya que de lo contrario sería negar que el conocimiento del terapeuta es la fuerza que impulsa el cambio.

2.4 Modelo de Terapia Breve Centrado en los Problemas

Esta línea terapéutica surge dentro del movimiento de la Terapia Sistémica en los Estados Unidos, durante la década de los 50's. La Terapia Breve es considerada como un enfoque estratégico que habla sobre cómo los seres humanos se relacionan con la realidad consigo mismo y con el mundo (Szprachman, 2003).

Watzlawick y Nardone (2000) establecen que el postulado básico del enfoque estratégico es que la realidad que percibimos y con la que nos relacionamos, es producto de la interacción entre el punto de observación, los instrumentos y el lenguaje, por lo que no existe una realidad única y verdadera.

De esta ideología parte de la creación del enfoque breve centrado en los problemas creado por el *Mental Research Institute (MRI)*, producto de una larga trayectoria de investigación.

Antecedentes del modelo

El origen del modelo se remonta a la reunión de Gregory Bateson, Jay Haley, Don D. Jackson y John Weakland, con la finalidad de estudiar la naturaleza de la comunicación haciendo hincapié en las paradojas de la comunicación. Esta investigación resultó fructífera para el grupo ya que a partir de ella se publicó el artículo “Hacia una teoría de la esquizofrenia”, el cual buscaba explicar la esquizofrenia como una respuesta ante la comunicación basada en el doble vínculo, es decir, en paradojas en las cuales la naturaleza constante de la relación es imposible cuestionar y cuya respuesta implica un castigo ante cualquiera de las respuestas que los consultantes tenían (Espinosa, 2004).

El escrito fue el primer intento de explicar las enfermedades psiquiátricas desde una perspectiva interaccional, quitando la enfermedad de la persona y depositándola en la comunicación que realiza con su medio y con los otros.

A partir de las ideas planteadas en dicho artículo, el grupo comienza a fracturarse por diferencias ideológicas; sin embargo, en 1959, Don D. Jackson consigue un nuevo financiamiento para continuar investigando el tema de la esquizofrenia, consolidando así bajo su dirección la creación del Instituto en compañía de Jules Riskin y Virginia Satir (Wittezaele, 1994).

El MRI es la cuna de la primera formulación de una terapia breve estratégica a partir de la combinación del enfoque sistémico y las técnicas de Milton Erickson, quien no buscaba sistematizar su método, su interés se centraba en lograr el cambio con el mínimo esfuerzo de la forma menos dolorosa y en el menor tiempo.

Este modelo se dirigió a la resolución de problemas, por medio de estrategias y técnicas dirigidas a extinguir el síntoma o generar una rápida modificación del problema, cambiando así la realidad del consultante (Watzlawick y Nardone, 1997).

Congruente con la visión, el modelo establece como determinante de la conducta, el comportamiento de los otros, sentando de esta manera una nueva alternativa para estudiar la enfermedad mental y las relaciones familiares y las relaciones familiares (Bertrando y Toffanetti, 2000).

Las características de centrarse en los problemas.

El trabajo se orienta a intervenir sobre las respuestas que las familias o pacientes utilizan para solucionar su problemática sin éxito, pues consideran que los intentos de solución es lo que mantiene al problema (Szprachman, 2003).

La terapia es de breve duración basada en estrategias cuidadosamente planeadas bajo un objetivo específico y fundamentadas en la postura del paciente ante la terapia, el problema y el terapeuta, lo cual es una clara influencia del trabajo de Erickson (Ochoa, 1995).

Cade y O'Hanlon (1995) aclaran que las estrategias que se diseñan para favorecer el cambio, deben de ser orientadas en la dirección que el cliente desea y establece.

En cuanto a la postura que presenta el cliente, se pueden diferenciar tres tipos, explicados en la tabla 7.

Tabla 7

Tipos de Clientes en la Terapia Centrada en los Problemas.

Cliente	Definición
Compradores	Clientes dispuestos a seguir las indicaciones con alto grado de motivaciones.
Quejosos	Clientes que viene a hablar de alguien, cuyo comportamiento no es de su agrado, por lo que vienen a darnos cuenta de ello.

Visitantes	Solo vienen por que alguien los mandó, pero no ven un problema por lo que no necesitan la terapia.
------------	--

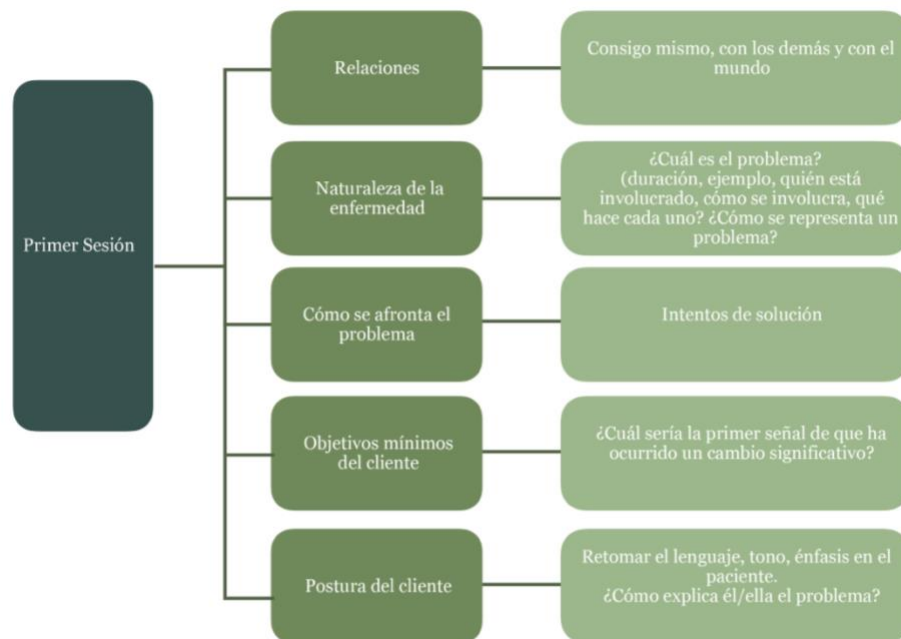
Weakland, Fisch, Watzlawick y Bodin (2009) plantean que el modelo se sustenta en principios que guían cada uno de sus pasos al enfocarse en el síntoma al verlo como una dificultad adaptativa ante el cambio, que se mantiene por la conducta de las personas involucradas en él; consideran que lo primordial para la resolución de los problemas es sustituir los patrones para interrumpir círculos viciosos aún con el uso de métodos que parezcan ilógicos y parten de un cambio mínimo como el camino a la resolución de la problemática. Es importante mencionar que, el modelo hace una diferenciación entre una dificultad y problema. La primera, habla de situaciones de la vida cotidiana que haciendo uso del sentido común, puede resolverse; mientras que los problemas son situaciones sin solución que se mantiene al tomarlas de una manera equivocada.

El MRI asume que si una dificultad se trata como problema o a un problema no se le da la suficiente atención, ambas situaciones generaran indiscutiblemente problemas, por esto es que a partir del análisis se plantean en el que intentos equivocados para cambiar una dificultad existente, buscar el cambio en dificultades inmodificables o cometer un error de tipificación lógica, son las formas en que se adopta una postura errónea ante los problemas, lo que haría que se perpetúe.

Referente al proceso terapéutico, desde la primera sesión se recolecta la información clara, explícita en términos de conducta de manera exacta buscando los elementos que se muestran en el siguiente esquema (figura 6) (Fisch, 1988; Ceberio, 1999).

Figura 6

Etapas de guía de la primer sesión en el Modelo Centrada en los Problemas.



Fuente: Elaboración propia

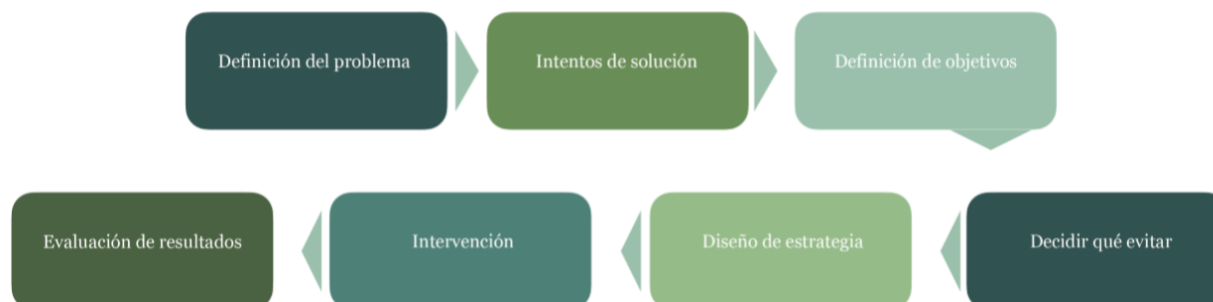
La información que se explora gira en torno a diferentes aspectos del problema, creando así una descripción de las interacciones en juego, los intentos fallidos de solución y los objetivos planteados en la terapia.

Una vez recabada esa información, la planificación del caso es muy importante, ya que se asocia a la eficacia que se puede tener en el tratamiento, lo cual requiere de una gran precisión especialmente en cuanto a la definición de objetivos, pues a partir de esto se implementarán las estrategias e intervenciones a utilizar.

Ante la tal importancia el modelo brinda una guía para manejar tal proceso (figura 7) (Fisch, 1988).

Figura 7

Proceso terapéutico en el Modelo Centrado en los Problemas.



Fuente: Elaboración propia

Como se mostró en el esquema previo, el papel del terapeuta se vuelve central al ser el encargado de dirigir, diseñar estrategias y observar los procesos y acciones que le permitan mantener su capacidad de maniobra para generar en los pacientes aprendizajes de significados y comportamientos alternativos (Espinosa, 2004).

Rompiendo los intentos de solución ineficaces

Las intervenciones son la forma de lograr el cambio en los clientes interrumpiendo las conductas que mantienen el problema, recordando que los dos objetivos principales de la terapia breve son cambiar la forma de accionar y los puntos de vista (O'Hanlon, 1994).

Ya que el modelo busca generar conductas diferentes en las personas, promueven una serie de intervenciones que ayudan a las personas a generar estos cambios. Estas intervenciones pueden parecer métodos poco lógicos, por lo que Watzlawick (1994) sugiere hacer el uso del lenguaje del paciente, sus motivaciones y la visión del mundo para vender la idea sobre la utilidad e importancia de llevar a la práctica esos métodos poco convencionales.

Con ello, el modelo distingue entre dos tipos de intervenciones que promuevan soluciones apartadas del impulso básico de solución; sin que esto implique confrontación con el cliente (Nardone y Watzlawick, 1990).

Por un lado, las intervenciones principales se usan para contrarrestar intentos de solución por parte del cliente, las cuales son utilizadas una vez que se tiene la información suficiente respecto al contexto del problema (tabla 8).

Tabla 8

Intervenciones Principales en la Terapia Centrada en los Problemas.

Intervención	Definición
Intento de forzar lo espontáneo	Busca que el paciente deje de esforzarse hasta que renuncie a los intentos voluntarios de solución mediante razones e instrucciones que lo lleven a fracasar en su rendimiento.
Intento de dominar un acontecimiento temido aplazándolo	Promueve en el cliente que no aplace el suceso que le causa temor al exponerlo ante el objeto de su temor, impidiéndole que termine con éxito.
Intento de llegar a un acuerdo mediante oposición	Rompe con las quejas y las peticiones sobre cómo debe tratarse al otro, al pedirle al quejoso que se porte como inferior frente al otro.
Intento de conseguir sumisión mediante un acto de libre aceptación.	Estimula la espontaneidad al promover peticiones claras y directas al otro.

Confirmar las sospechas del acusador a través de un intento de defensa propia	Logra que se abandonen los papeles del juego, al intentar que el defensor acepte las acusaciones o cuando se disminuye el valor de la comunicación.
---	---

Por otro lado, las intervenciones generales (tabla 9) no dependen del problema o de las soluciones intentadas y éstas pueden ser útiles en cualquier momento.

Tabla 9

Intervenciones Generales en la Terapia Centrada en los Problemas

Intervención	Definición
No apresurarse	Pacientes cuya solución consiste en esforzarse demasiado, que presionan por una cura al terapeuta.
Los peligros de una mejoría	Pacientes con resistencia a seguir indicaciones del terapeuta como una táctica para presionar el seguimiento de directivas.
Un cambio de dirección	Usada por el terapeuta cuando hay poca disposición del paciente y como ayuda para recobrar la capacidad de maniobra.
Cómo empeorar el problema	Ante la negativa del paciente de seguir indicaciones. Se usa cuando se han prescrito cosas que no han generado cambios.

Las intervenciones utilizadas para disolver vínculos se retoman a modelos conductuales individuales, sin que esto implique que el terapeuta sea modelador de comportamientos o que los clientes sigan al pie de la letra lo que se les pide (Bertrando y Toffanetti, 2000).

Cecchin (1997) habló del modelo de Palo Alto como transición que permitió dejar atrás las interpretaciones de la psique de las personas para volcarse en cuestiones observables como lo son las conductas humanas, es innegable que sus planteamientos hayan sido la base de otros modelos terapéuticos que germinaron y evolucionaron a partir de sus ideas.

2.5 Modelo de Milán.

Hablar de este modelo es sinónimo de evolución y trabajo en equipo, ya que una de las características de este tipo de terapia, es la concepción de un trabajo de y entre equipos, como una condición para el movimiento y cambios constantes (Boscolo, 1989).

El modelo de Milán ha atravesado diferentes etapas como resultado de cuestionarse e integrar nuevas ideas a su esquema, ha sabido apartarse y reinventarse manteniendo así la congruencia con la teoría que lo sustenta ya que más que un conjunto de técnicas se concibe a sí mismo como una epistemología sobre el aprender a aprender (Reséndiz, 2010; Boscolo, 1989).

En 1967 comenzó la historia de la cual surge el modelo, cuando Mara Selvini Palazzoli viajó a Estados Unidos, encontrándose por primera vez con Luigi Boscolo y Gianfranco Cecchin.

Un año más tarde Cecchin y Boscolo regresaron a Italia, formaron un equipo a lado de Selivini, Prata Rusconi, Ferrasi, Tacconi y Chistoni, para trabajar con pacientes anoréxicas y bulímicas, así como con sus familias.

En 1972, el grupo inició investigaciones con familias de pacientes con conductas psicóticas planteando como hipótesis centrales de su trabajo la concepción de la familia como un sistema autogobernado y que se autocorriga a través de reglas constituidas en el tiempo por medio de ensayo – error, estableciendo los límites de lo permitido en las relaciones entre los miembros (Rodríguez, 2004).

Bertrando (2004) destaca que en esta época el equipo detrás del espejo se caracterizaba por ser responsable de las intervenciones que se realizaban con las familias, ya que todas se hacían

en su nombre. La centralidad del equipo da pie a una forma de trabajo, que subdivide la sesión en cinco apartados: pre sesión, sesión, discusión de la sesión, conclusión y acta de la sesión, con sesiones mensuales.

Durante esta época surge la connotación positiva como una forma de ingresar al sistema de familias de esquizofrénicos sin ser rechazados o descalificados, en este periodo, la connotación positiva buscaba reconocer la tendencia homeostática del sistema (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1986).

En este punto también se hace referencia a los mitos familiares entendiéndolos como las convicciones compartidas por la familia que conciernen tanto a los miembros como a sus relaciones, por lo que de él derivan roles y atributos durante las interacciones. La forma que el grupo encontró para cuestionarlos, fue mediante rituales familiares los cuales consistían en acciones combinadas con expresiones verbales en las cuales tenían que participar los miembros de la familia (Selvini, 1990).

Lentamente las investigaciones con familias comenzaron a encaminar el trabajo hacia la búsqueda de una forma fructífera de entrevistar a las familias, desprendiéndose así tres principios fundamentales como los planteó Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata (1990):

- **Hipotetizar:** Hacía referencia a la formulación de una hipótesis por parte del terapeuta basándose en la información provista por la familia. Esto funcionaba como una guía para la búsqueda posterior de información, la cual buscaba garantizar la búsqueda de patrones relacionales que incluyeran a todos los miembros de la familia.
- **Circularidad:** Hablaba de la capacidad del terapeuta para conducir su investigación basándose en la retroalimentación que recibe como respuesta a la información que él propone. De este principio se desprende el interrogatorio circular el cual propone una variedad de preguntas que buscan diferenciar o catalogar en términos de conductas, relación y circunstancia (Tomm, 1985).

- **Neutralidad:** Hacía énfasis en el efecto del comportamiento del terapeuta sobre la familia, es decir, aliarse sucesivamente con todos y ninguno a la vez.

Posterior a este periodo surge una división en el equipo por cuestiones de intereses, Cecchin y Boscolo se encaminaron hacia la formación de terapeutas, mientras que Prata y Selvini se enfocaron en la investigación referente a los terapeutas (Reséndiz, 2010).

El grupo de Mara Selvini Palazzoli y Giuliana Prata.

En el transcurso de los procesos terapéuticos poco a poco se fue abandonando los métodos paradójicos ya que sus resultados se mostraron inestables; sin embargo, de ellos rescataron la importancia de leer las políticas internas y externas de la familia, de esta forma el grupo pasó a hablar sobre el juego familiar desde la cibernética de primer orden.

El juego familiar engloba las relaciones de los miembros del sistema familiar, las creencias que tienen unos de otros, de sí mismos y de la familia en conjunto. Dicho juego sirve para regular el funcionamiento del sistema familiar y se desarrolla a lo largo de muchos años, se vuelve patológico cuando adscribe roles y funciones que no responden a las necesidades del momento evolutivo que atraviesa (Ochoa, 1995).

Posteriormente, la mirada del grupo giró a buscar un juego menos perjudicial para las familias surgiendo así un nuevo método del cual a su vez se desprendieron nuevos conceptos como la prescripción invariable como un medio de romper con el juego familiar de confusión intergeneracional (Selvini, 1988).

Del uso de esta prescripción durante algunos años, Selvini y colaboradores (1988) detectaron un fenómeno de traición entre un hijo sintomático y alguno de los progenitores, al cual denominaron *embrollo*, entendido como esa interacción en la que el hijo era usado por alguno de

los padres en contra del cónyuge. Aunado a esto encontraron que el fenómeno de *instigación* era la forma en que se persuadía al hijo en contra del cónyuge.

Otro de los frutos de las investigaciones fue un esquema conformado por seis estadios: el *impasse* en la pareja conyugal, intromisión del hijo en el juego de la pareja, la conducta inusitada del hijo, el viraje del presunto aliado, eclosión de la psicosis, estrategias basadas en el síntoma; que buscaba integrar un modelo general diacrónico que explicara la psicosis (Selvini, Cirillo, Sorrentino, 1990).

El trabajo de Luigi Boscolo y Gianfranco Cecchin.

A partir de la separación, centraron su trabajo en el *Centro Milanese di Terapia della Famiglia*, sobre la formación de terapeutas interesándose particularmente en la persona de éste, la forma en que se construye la realidad y las ideas batesonianas sobre la mente, el contexto, el significado y la pauta que conecta (Reséndiz, 2010).

En esta nueva etapa toman de base las ideas constructivistas, retoman posturas de Humberto Maturana sobre: “todo lo que se dice, es dicho por un observador”, la autonomía organizadora de los sistemas vivos y sobre la realidad producto del lenguaje a través del consenso. Asimismo, retoman a Von Foerster en su concepción de la cibernética de segundo orden, centrando así su visión en el sistema observante y no solo observador. La terapia comenzó a destacar el intercambio de información, emoción y significado entre terapeutas y cliente buscando cambiar el lenguaje para de esta forma transformar la realidad (Boscolo y Bertrando, 1996).

La visión se tornó hacia las premisas epistemológicas, es decir, hacia los valores de referencia o principios orientadores tanto de los terapeutas como de los miembros de la familia sin que esto modifique el uso de las guías para conducir la sesión, ya que en la práctica el método de Milán es la hipotetización (Boscolo, 2004), sin embargo, a diferencia del equipo de Prata y

Selvini los conceptos son replanteados de la siguiente forma (Bertrando, 2000; Cecchin, 1989; Boscolo, 1998):

- **Neutralidad:** Dejó de verse como el no tomar posición para entenderse como un estado de curiosidad en la mente del terapeuta que lo lleva a la exploración e invención de puntos de vista y movimientos alternativos los cuales recursivamente genera curiosidad.
- **Hipotetizar:** Se volvió la técnica para mantener la postura de la curiosidad, que impulsa a buscar continuamente explicaciones diferentes a la de la familia.
- **Circularidad:** El método utilizado para lograr la hipotetización es el interrogatorio circular el cual tiene como objetivo el cuestionar o debilitar el sistema de creencias familiares.

Boscolo y Cecchin amplían los horizontes del modelo retomado la teoría del Manejo Coordinado del Significado de Vernon Cronen y Barnett Pearce (1985) para comprender la construcción de significados. Tomm (1987, 1988) comentó que a partir de que se adopta dicha teoría, se retoma el término de reflexividad como un rasgo inherente en las relaciones y basado en esto que se crean las preguntas reflexivas como una invitación para que la familia piense sobre las implicaciones de sus percepciones.

De esta forma, es que desaparece la intervención final de la sesión y la entrevista durante la sesión se vuelve la intervención misma, en este sentido, Reséndiz (2010) menciona que lo más importante es aprender a pensar en términos de contexto y relaciones, ya que al retomar a Bateson se entiende que no hay nada fuera de la relación pues todo está en relación a algo.

La propuesta del Modelo de Milán de Boscolo y Cecchin, promovió la conciencia sobre el papel y el efecto del terapeuta dentro de la sesión. Este modelo se muestra en constante evolución al cuestionarse su quehacer terapéutico; manteniendo así coherencia con el pensamiento de las ideas inacabadas que hay que elaborar constantemente.

2.6 Terapia Narrativa.

La Terapia Narrativa fue creada por Michael White, trabajador social australiano, y David Epston, antropólogo de origen canadiense residente en Nueva Zelanda, inicialmente en los años 70's llamada Terapia de Re-autoría y posteriormente en los años 80's denominándola como Terapia Narrativa (Denborough, 2015).

Se basa en un modelo lingüístico, es decir social, tomando conceptos del Construccinismo Social, dicha teoría planteó que todos los tipos de conocimiento pueden ser vistos como versiones consensuadas de realidad, producto de la interacción y negociación interpersonal, en donde el significado no sería un “producto de la mente”, sino que sería creado y sólo posible en el contexto del discurso que lo sustenta (Sáez, 2006).

Este modelo ha sido considerado por algunos autores como una “terapia posmoderna” puesto que además White y Epston informan su enfoque de los planteamientos del filósofo postestructuralista Michel Foucault (1978) quien sostiene que las tramas o discursos dominantes son producto de cómo las relaciones se constituyen a través del ejercicio del poder, posición que los pone en ventaja para construir el significado que las personas adjudican a su vida (López, 2011).

Esta influencia posmoderna en la terapia narrativa está caracterizada por:

- La adscripción al concepto de discurso y biopoder de Michel Foucault (White, 1993; Foucault, 1978, 1996).
- La adscripción al concepto de “deconstrucción” del filósofo Francés Jacques Derrida, caracterizado como el proceso dialógico desmitificador del origen, implicancias y efectos de un discurso o práctica social (White, 1991).
- Los movimientos políticos feministas y queer.
- La antropología.

- La metáfora literaria.

Principios básicos

Desde el enfoque narrativo se considera que los consultantes llegan a terapia porque sus historias *se quebraron* y sus vidas parecen tener poco o ningún sentido. White y Epston explican que estas historias quebradas están enraizadas en discursos culturales dominantes, son historias que descalifican, limitan o niegan aspectos significativos de su experiencia y su sentido de identidad (White, 1993).

White y Epston (1989) creen que la gente se enfrenta a dificultades cuando vive con *historias dominantes* que están saturadas de problemas. Estas historias dominantes son restrictivas, no abarcan partes importantes de la experiencia de las personas pudiéndolas llevar a conclusiones negativas sobre su identidad. Estos autores, influidos por las ideas de Michel Foucault le ponen especial atención a los discursos dominantes y el ejercicio del poder en la sociedad.

Proponen que estos tienen un impacto en las historias que las personas crean sobre sí mismas y que es importante *deconstruirlos*. Morgan (2000) define la deconstrucción en la Terapia Narrativa como el *desarmar* o revisar cuidadosamente las creencias y prácticas de la cultura que están fortaleciendo al problema y a la historia dominante.

Intervención en la Terapia Narrativa

La terapia narrativa ha desarrollado un estilo de trabajo claro que consta de diferentes guías de conversación entre clientes y terapeutas.

- **Las conversaciones de externalización:** Se busca pensar en los problemas como algo separado del cliente, algo externo a él o ella pero que está afectando su vida. Freedman y Combs (1996) enfatizan que la externalización es más importante como una actitud que como una técnica. Señalan, siguiendo a Epston (1993), que nuestra forma común de ver a los problemas como síntomas sólo ha existido recientemente en términos históricos y que se puede pensar en las dificultades de muchas maneras diferentes. Cuando la gente empieza a hablar de sus problemas como entidades separadas, como algo que está afuera, siente una diferencia casi inmediata.
- **Nombrar al problema:** el terapeuta le pide al cliente que describa y nombre al problema. Es muy importante trabajar con las palabras exactas que usa el cliente y se puede invitar también a compartir imágenes o metáforas que describan al problema. Después de obtener la descripción del problema que al cliente le parezca más acertada y apegada su experiencia, la terapeuta indaga sobre la historia del problema. Esto no se hace para encontrar su causa, sino para entenderlo mejor y para explorar historias alternativas más adelante.
- **Descubrir acontecimientos excepcionales.** El problema y sus efectos constituyen lo que White y Epston (1989) denominan la “historia dominante”. Una vez que ésta se ha explorado en detalle, se empieza a averiguar sobre épocas o eventos en la vida del cliente que contradigan esa historia dominante. Se trata de encontrar, dentro de la propia narración del cliente sobre su vida, evidencia de otras posibles historias o narrativas sobre su identidad. Esto es similar a la búsqueda de excepciones, White y Epston les llaman “acontecimientos excepcionales” y sirven como base para ir construyendo una o varias historias alternativas.
- **Los documentos terapéuticos.** White y Epston (1989) usan una gran variedad de documentos en la terapia. Estos autores creen que la mayoría de los documentos escritos sobre los clientes, por ejemplo expedientes y reportes psicológicos, contienen

descripciones negativas basadas en un lenguaje de déficit y patología. White y Epston piensan que estos documentos pueden contribuir a fortalecer la historia dominante, cargada de problemas, que tiene efectos negativos sobre la identidad de las personas. Proponen que los terapeutas pueden ofrecer un contrapeso al escribir “contra-documentos” que ofrezcan descripciones diferentes de los clientes. En una terapia narrativa el terapeuta puede escribir certificados o diplomas que den constancia de los logros del cliente. Pueden escribirse también cartas, notas textuales de la sesión, cartas de recomendación, cartas de predicción, “declaraciones” (por ejemplo: declaraciones de independencia, de nuevas posiciones, etc.) e invitaciones, entre muchos otros tipos de documentos (White, 1989; Tarragona, 2003).

2.7 Terapia Colaborativa

El enfoque colaborativo surge dentro del movimiento posmoderno, que proclama la muerte de la modernidad y la aparición de nuevas perspectivas. Dentro del contexto terapéutico, Harlene Anderson y Harry Goolishian desertaron las filas de la cibernética y se sumaron a las de la hermenéutica iniciando un trabajo conjunto (Hoffman, 1996).

Anderson (2001), refiere que este modo de trabajar nació del fluir de innumerables conversaciones terapéuticas y conversaciones acerca de la terapia en las que Harry Goolishian y ella participaron durante años.

Beltrán (2004) explica que el trabajo de ambos comenzó por el interés que tenían sobre la Terapia del Impacto Múltiple (TIM) en 1970, en la *University of Texas Medical Branch*, en forma de terapia breve centrada en la familia con hijas adolescentes, que consistía en un equipo multidisciplinario que trabaja intensivamente con la familia e incluía a profesionales involucrados en el tratamiento del entonces llamado paciente identificado, y a miembros de la comunidad que fueran relevantes para la familia. El objetivo consistía en ayudar a las familias a crear un proceso

de auto-rehabilitación que les permitiera enfrentar la crisis de su miembro adolescente en el menor tiempo posible.

El trabajo en conjunto de Anderson y Goolishian se estableció formalmente en 1977 con la fundación del *Galveston Family Institute*, en donde se continuó trabajando la terapia y el entrenamiento con el formato de la TIM. Como terapeutas familiares, retomaron varias teorías de los sistemas cibernéticos (desde la teoría de la cibernética de primer orden hasta la cibernética de segundo orden) como metáforas explicativas de las problemáticas presentadas por los pacientes y sus familias. Sin embargo, esas ideas fueron abandonadas luego de considerar el punto de vista de la hermenéutica y de las teorías socioconstruccionistas, estableciendo las primeras nociones de lo que sería la terapia colaborativa.

Fundamentos teóricos

El enfoque colaborativo trata de una propuesta apoyada en marcos referenciales filosóficos como: la teoría de la construcción social, que retoma la idea de que la realidad no existe *allá afuera* de modo independiente, sino que su sentido se concibe colectivamente; la hermenéutica, que es considerada como el arte de la interpretación y por último la teoría narrativa, según la cual los sucesos humanos solo se hacen inteligibles cuando se los cuenta (Anderson, 1997).

Anderson y Goolishian (1996), consideran que los supuestos bajo los cuales se rige su trabajo son:

- En primera instancia el considerar que las personas son sistemas y estos son al mismo tiempo generadores de lenguaje y generadores de significado. De esta manera, el sistema terapéutico es uno de los sistemas lingüísticos.
- Se considera que el significado y la comprensión se construyen socialmente. No accedemos al significado o a la comprensión si no tenemos acción comunicativa, es decir,

si no nos comprometemos en un discurso o diálogo. Así, un sistema terapéutico es un sistema dentro del cual la comunicación tiene relevancia específica para su intercambio dialogal.

- En terapia todo sistema se consolida dialógicamente alrededor de cierto “problema” y este sistema tratará de desarrollar un lenguaje y un significado específico a su organización para la disolución de lo que ha sido definido como “problema”. En este sentido, el sistema terapéutico se distingue más bien por el significado co-creado alrededor del problema.
- Refiere la terapia colaborativa como un hecho lingüístico que tiene lugar dentro de lo que llamamos “conversación terapéutica”. La conversación terapéutica es una búsqueda y una exploración mutuas, a través del diálogo, un intercambio de doble vía, un entrelazamiento de ideas en el que nuevos significados se desarrollan continuamente hacia la “di-solución” de los problemas, es decir, hacia la disolución del sistema terapéutico y, por ende, del sistema de di-solución del problema y la organización del problema.
- El papel del terapeuta en la conversación consiste en ser un participante-observador y un participante-facilitador de la conversación terapéutica.
- Para ello su principal instrumento es la pregunta terapéutica la cual formula desde una posición de “no saber”, que privilegian una curiosidad genuina sobre lo que surge en el diálogo y se embarca en la exploración de la experiencia del consultante.
- Los problemas con que nos enfrentamos en la terapia son acciones que expresan nuestras narraciones humanas de tal modo que los problemas existen en el lenguaje y los problemas son propios del contexto narrativo del que derivan su significado.
- El cambio en la terapia es la creación dialogal de la nueva narración y, por lo tanto, la apertura de la oportunidad de una nueva mediación. El poder transformador de la narración descansa en su capacidad para relatar o re-relacionar los hechos de nuestras

vidas en el contexto de un significado nuevo y diferente. El cambio, tanto en el terreno cognitivo como en el de comportamiento, es consecuencia natural del diálogo (Anderson, 2001).

La práctica colaborativa

La terapia colaborativa no consiste en un conjunto de técnicas, sino en un modo de hacer en la conversación, Anderson (2005), en su experiencia aprendió que lo que lo hace una conversación terapéutica “exitosa” tiene que ver con el valor que los clientes tienen de la forma de ser del terapeuta en su relación con ellos, lo cual llaman *postura filosófica*.

La postura filosófica implica que el terapeuta valore: la voz de cada consultante, incluyendo lo que cada uno tiene que ofrecer y las áreas en las que son *expertos*; la riqueza de las distintas voces tratando de llegar a un consenso; la importancia de no privilegiar la voz del profesional; la apertura para hablar de lo que el cliente considere importante; la importancia de confiar en lo que el cliente nos llevará a donde haya que llegar y valorar la incertidumbre, es decir, el no conocer a priori la situación ni su desenlace.

Bajo esta postura, las conversaciones permiten el acceso a posibilidades desconocidas y estas se expanden, la terapia se convierte en un proceso de investigación colaborativa, en donde el consultante y el terapeuta llegan a este encuentro con distintas perspectivas, siendo expertos en distintas áreas. En el proceso se convierten compañeros de conversación. Juntos combinan su experiencia y crean conocimiento al explorar lo familiar y construir lo nuevo.

En esta forma de trabajar está implícita la idea de que cada cliente, cada problema, cada sesión de terapias son únicos. El enfoque no se basa en conocimientos preconcebidos, lo cual no significa que todo vale o que este proceso terapéutico conversacional se desarrolle simplemente por la idea de mantener una atmósfera no directiva y una conversación empática. El proceso se convierte en una fuente de inspiración de una amplia gama de reflexiones y acciones características

de las personas involucradas los temas tratados. Tampoco significa que los terapeutas no saben nada y que ingresen en el consultorio en blanco, quiere decir que las experiencias y conocimientos previos del terapeuta no asuman un liderazgo en la conversación. En este proceso, son movilizados los saberes tanto del terapeuta como los del cliente para disolver el problema.

2.8 Modelo de Terapia Breve Centrado en Soluciones: Modelo que guio los casos clínicos

Este modelo de terapia puede explicarse como una evolución de la terapia centrada en el problema que se caracteriza por el énfasis en las excepciones o situaciones en que la conducta problemática no aparece o es controlada por la persona.

El modelo de soluciones no está interesado en conocer cómo surgieron los problemas, su principal preocupación radica en las soluciones, vistas cómo las fuerzas o capacidades que poseen los clientes, lo que permite una resolución menos dolorosa (Espinosa, 2000; Ochoa, 1995; O'Hanlon, 2001).

La creación de este modelo estuvo influida en sus inicios por las premisas del modelo de terapia breve centrado en el problema del grupo de Palo Alto, que consideraba los problemas en términos interaccionales y como resultado de patrones ineficaces de soluciones intentadas.

Retoma del constructivismo la idea de que no existe una realidad única, sino una construcción que surge del modo en que el observador ve el mundo y lo interpreta con base en sus creencias y mitos individuales, familiares, culturales y/o religiosos. Estas ideas llevan a la persona o familia a percibir de determinada manera las acciones o hechos (o problemas), que experimenta en su vida cotidiana y a reaccionar en consecuencia, desarrollando una pauta de interacción originada de esos constructos precedentes que dan explicación a lo que es, debió ser o pudo ser en sus relaciones sociales (Cade, 1993). Al respecto, el modelo de soluciones recientemente ha

implementado las preguntas reflexivas de Karl Tomm para alterar la epistemología de las personas y generar un cambio de visión que conlleve a cambio en las acciones (Ochoa, 1995; Sánchez, 2000).

Antecedentes y premisas del modelo centrado en las soluciones

Algunos de los antecedentes del modelo de soluciones refieren que el primero en escribir de forma articulada acerca de la terapia breve y soluciones fue Don Norum. Sin embargo, Steve de Shazer es considerado el impulsor de este enfoque terapéutico, al que más tarde se sumaría O'Hanlon y Weiner-Davis (Ochoa, 1995; O'Hanlon, 2001).

Steve de Shazer inicia el desarrollo de su modelo centrado en las soluciones en el año de 1978 en el Centro de Terapia Familiar Breve, ubicado en Milwaukee. Junto a su grupo formado por Insoo Kim Berg, Eve Lipchik y Michele Weiner, diseñaron diagramas de situaciones terapéuticos que les permitieran centrarse en la amplificación de las secuencias de solución, con base en la obra de Erickson.

De Shazer (1989) comenzó a adoptar una epistemología propia a comienzos de los años ochenta, escribió Pautas de Terapia Familiar Breve: Un enfoque Ecosistémico (1982) y sostuvo que es inadecuado considerar a los sistemas que intervienen en el proceso terapéutico como sistemas cerrados. Según De Shazer, la concepción de Von Bertalanffy, sobre el sistema y su relación con el medio ambiente es en esencia pasivo sobre el cual se desplaza el organismo. Esto implicaría considerar a los sistemas que intervienen en el proceso terapéutico como sistemas cerrados, negando así una relación de información entre ellos.

Para De Shazer, una epistemología adecuada implica concebir el sistema terapéutico como un sistema abierto, donde la descripción de la terapia incluye al sistema del terapeuta y al sistema familiar, existiendo una relación de información entre las totalidades. Sus ideas arraigan históricamente de una tradición que se inicia con Milton H. Erickson, transita por Gregory Bateson y el grupo de terapeutas del Mental Research Institute; también a raíz de la influencia de

Insoo Kim Berg sus lecturas transitaron por el pensamiento asiático, ideas budistas y taoístas; siendo decisivo en este modelo (De Shazer, 1989).

Poco a poco se fue dando un cambio epistemológico que transformó las entrevistas de la Terapia Centrada en Soluciones significativamente; las preguntas que realizaban después de la primera sesión los obligó a aumentar su interés por obtener información acerca de las diferencias entre el pasado y el presente, llevándolos cada vez más lejos de los problemas y los acercó cada vez más hacia un enfoque en soluciones y cómo ayudar a la familia en su construcción. Las soluciones son vistas como una realidad diferente de aquel en el que se da lugar a quejas y problemas irresolubles. Por ello, el proceso de la entrevista la adaptaron para conectar las soluciones con las denuncias (Nunally, 1986).

Esta transformación se empezó a apreciar en el libro *“Claves para la solución en terapia breve”* (1985) y el artículo *Brief Therapy: Focused Solution Development*, en los cuales, De Shazer parte de la idea de que sólo es necesario un pequeño cambio, así como una meta pequeña y razonable; y de que las intervenciones que diseña el terapeuta, son las que se tienen que ajustar al problema y no al revés; de modo que una llave maestra está diseñada para abrir cualquier clase de cerradura. Aunado a no perder de vista que uno de los puntos a desarrollar por De Shazer fue su modalidad breve, reduciéndola a un promedio de cinco a seis sesiones.

El modelo también utiliza las excepciones, que en términos batesonianos, implícitamente ofrecen al cliente “información de una diferencia” entre lo que funciona y lo que no funciona. La conducta del terapeuta depende de su posición o de cómo encuadra y define la situación clínica. En el Centro de Terapia Familiar Breve, la práctica clínica define la terapia como cooperativa, orientada hacia el cambio y las soluciones; centrada en el presente y el futuro (De Shazer, 1986; Nunally 1986; De Shazer, 1986).

En los 90's la perspectiva de Steve De Shazer volvió a transformarse debido a la influencia postmodernista, caracterizándose como una postura a la que llamo postestructural, y en la que se

le ha dado mucho mayor importancia a los procesos del lenguaje (De Shazer 1999; De Shazer 2005; De Shazer 2007b; 2007e; De Shazer y Berg, 1992; De Shazer y Miller, 1998; De Shazer y Berg 2001).

El lenguaje en la Terapia Centrada en Soluciones

Se considera que el mundo está creado por el lenguaje, es decir, por las palabras. Los significados (categorías, conceptos, etc.) no son estables ni cognoscibles, sino que se dan en la negociación de las interacciones sociales; por tanto, en el proceso terapéutico, el cambio ocurre dentro del lenguaje. De Shazer basa sus explicaciones a partir de la influencia del filósofo del lenguaje vienés Ludwig Wittgenstein, quien descubre la forma en la que los juegos de lenguaje construyen las formas de vida. De acuerdo a Wittgenstein (De Shazer y Miller, 1998), un juego de lenguaje permite al individuo dotar de significado a un discurso particular en determinada área de su vida, acerca de sus sensaciones y sus experiencias. Las palabras no obtienen su significado, su capacidad para describir la realidad, sino de su utilización en la interacción social. El individuo en sus relaciones posee diversos juegos de lenguaje, ya que estos juegos de lenguaje están asociados con formas de vida, formas en las cuales el individuo existe en el mundo, es decir, roles sociales concretos. Cada una de estas formas de vida, están inexorablemente relacionadas con juegos del lenguaje que las define como actividades distintivas. Las realidades, las relaciones sociales y las formas de vida son socialmente construidas y mantenidas a través de los diferentes juegos del lenguaje.

Para Wittgenstein, los juegos de lenguaje están incorporados dentro de formas de vida más amplias, o dentro de juegos de vida. Esto equivale a afirmar que las formas de intercambio en que están incorporadas las palabras, y que les dan su valor, no se limitan al ámbito lingüístico. Esos intercambios pueden incluir todas nuestras acciones, junto con diversos objetos del entorno. Así, para declararse enfadado es necesario no sólo usar ciertas palabras dentro de los juegos de

lenguaje, sino ejecutar también ciertos actos (hacer rechinar los dientes, por ejemplo, y no sonreír) que constituyen las formas de vida en las que está incorporado ese juego de lenguaje. Por tanto; involucrarse por ejemplo, en la ira es participar en una suerte de danza cultural: si uno no ocupa su lugar en la danza, no puede estar irritado. De esta manera el juego de lenguaje centrado en soluciones, enfatiza el hallazgo de los recursos que el individuo usa o que puede usar para cambiar su vida de formas preferidas. Esto es, los juegos de lenguaje hacen posible ver, experimentar y participar en mundos sociales contruidos con diversos objetos, eventos y gente; sus diferentes usos son como caminos, que tienen lugar en diferentes direcciones, y permite ver en viejas vistas, nuevas vistas o nuevos caminos (De Shazer y Miller, 1998; De Shazer, Dolan, Korman, Trepper, McCollum, & Berg, 2007; De Shazer, 1993; 1999; 2001; 2007e; Gergen y Kaye, 1996).

Wittgenstein (De Shazer, 1999), como filósofo del lenguaje, no es el único en considerar que el método “científico” del enfoque habitual conduce a una oscuridad total. Mijaíl Bajtín, un teórico y crítico literario ruso, estableció una distinción entre lenguaje y diálogo; adopta la idea de que la palabra es un acto de dos caras, esta directamente orientada hacia la palabra de respuesta, es decir la provoca y a demás la anticipa; una situación que denominó intertextualidad. Otra influencia de De Shazer fue el filósofo del lenguaje y crítico literario también posestructuralista Richard Harland quien expresa que es la interacción donde surgen los significados, son construcciones de quienes emplean esos términos, por lo tanto son inestables.

Las construcciones o términos mediante los cuales conocemos el mundo varían según quien los usa, a quién va dirigido y el contexto en donde se utilizan. Una palabra no es como el movimiento de una pieza en una jugada de ajedrez; más bien se parece a situar una pieza en el tablero. Una oración es, pues, como un movimiento en una jugada de ajedrez, pero ese movimiento sólo puede comprenderse dentro del contexto de una partida. De ahí que incluso una oración no tiene sentido estando aislada: comprender una oración es comprender la lengua o el contexto en el cual se da esa oración: un “juego de lenguaje” (De Shazer, 1999, De Shazer y Berg, 1992).

La influencia de estos filósofos es significativa, ya que originó cambios a la forma de pensar de Steve de Shazer y por lo tanto al enfoque centrado en soluciones.

Influencia de Milton Erickson

El trabajo de Erickson constituye otro de los pilares para la terapia de soluciones, su labor se distinguía por la preocupación y habilidad para lograr el cambio, que intrigó a muchos por el uso de su método peculiar que privilegiaba las soluciones, en un lugar de las asignaciones psicopatológicas o el origen de los problemas. Su enfoque de *utilización* permitía aprovechar las características del paciente, que a ojos de otros terapeutas pudieran parecer anormales (síntomas, resistencia, creencias rígidas, etc.). Para Erickson, las personas tenían la solución a sus problemas solo que lo habían olvidado, por lo que tomaba a manera de recursos las conductas, pensamientos y sentimientos necesarios para realizar el cambio. La tarea del terapeuta era llevar a los clientes a utilizar esas habilidades olvidadas, que a su vez favorecían expectativas positivas de que el cambio era posible (De Shazer, 1985; O'Hanlon, 1989, O'Hanlon y Bertolino, 2001; Sánchez y Gutiérrez, 2000).

Otra de las aportaciones de Erickson es la técnica de la “bola de cristal”, que más tarde retomaría de Shazer en el desarrollo de “la pregunta milagro” aplicada en su modelo centrado en soluciones. Erickson empleaba esta técnica ayudado de la hipnosis, para crea una sensación de distorsión temporal o “pseudo-orientación del tiempo” acompañada de un trance amnésico en el que solicitaba al paciente imaginar y describir su futuro cuando el problema estuviera resuelto para luego hacer que lo olvidaran. Asimismo, la comunicación indirecta a través de metáforas y suposiciones, así como la intervención en patrones de conducta son otras guías de apoyo que permitieron desarrollar algunas intervenciones del modelo de soluciones (O'Hanlon y Bertolino, 2001; O'Hanlon y Weiner-Davis, 1989).

Aportaciones del Modelo

La Terapia Centrada en las Soluciones incluyó la visión del terapeuta como algo que debería permitirle ver más allá de la cosmovisión del consultante desde un ángulo diferente (De Shazer, 1989; O’Hanlon, 1989; Sánchez, 2000; Watzlawick y Nardone, 2000). Algunas de las aportaciones más destacadas:

Tabla 10

Aportaciones de la Terapia Centrada en Soluciones

Guía	Definición
Muerte a la resistencia.	Sustituye la idea de resistencia por la de cooperación, en donde tanto terapeuta como cliente trabajan del mismo lado para lograr el cambio (de segundo orden), evitando de esta manera la reificación que promueve el uso del término resistencia. En todo caso, cuando el cliente se “resiste” a hacer lo que el terapeuta le solicita se considera una muestra de lo que es más adecuado para ayudarlo a cambiar (De Shazer, 1984; Ochoa, 1995; O’Hanlon, 1989).
El árbol de decisiones o mapa central.	Es un esquema de su teoría de la solución que permite identificar patrones de cooperación y relacionarlos con tareas e intervenciones específicas de cada situación. Tomando en cuenta que el mapa no es el territorio se deduce que el árbol de decisiones es una descripción y no una descripción (De Shazer, 1985).

Las	prescripciones	Son intervenciones que producen un efecto positivo en las familias
fórmula,	pregunta	centrándolas en el futuro como una vía para alcanzar el cambio.
milagro y excepciones.		

Por su parte, el trabajo de William Hudson O'Hanlon, en Nebraska, mantuvo cierto contacto con el grupo de Milwaukee, del cual trasladó los aspectos más importantes a su modelo. No obstante, el entrenamiento recibido por Erickson implicó mayor influencia a su modo de trabajo del que tomó, entre otras cosas, la adaptación al lenguaje del paciente, el uso de metáforas, el método de utilización y la hipnosis. Su terapia orientada a las soluciones consideraba que las personas no alcanzaban a aplicar alternativas para solucionar su queja debido a los límites autoatribuidos (Sánchez, 2000).

Tiempo después, O'Hanlon nombra su modelo como "Terapia de posibilidades", para distinguirlo del centrado en soluciones, ya que percibe el modelo de De Shazer como puntos de vista de las personas, lo cual era fundamental para O'Hanlon. Esta evolución a las posibilidades procuraba: la curación iatrogénica, referente a procesos de evaluación e intervención que infundían la posibilidad al cambio; reconocía la gravedad de las situaciones, promoviendo un optimismo realista; mantenía un equilibrio entre reconocimiento y posibilidad en los problemas de los clientes y su solución; retoma la postura construccionista social/interactiva, promoviendo en las conversaciones cooperativas la duda a construcciones rígidas, centradas en la búsqueda de capacidades, aptitudes y diferencias. Se busca validar la experiencia pasada y presentes de la persona y cambios en la forma de ver y hacer el problema. Recientemente, la llamada terapia inclusiva, aborda el dolor y sufrimiento de las personas al tiempo que busca la esperanza y posibilidad; implica un nivel más complejo que incluye las contradicciones en las experiencias a través del uso de su técnica dar permiso, lo que permite mayor cooperación en los clientes (O'Hanlon, 2010).

Postura de trabajo y premisas principales

Parte de las premisas básicas que guían el modelo de soluciones se desglosan a continuación en la tabla 11 (Berg y Miller, 1992; Green y Flemons, 2004; O'Hanlon y Weiner-Davis, 1989):

Tabla 11

Premisas Básicas de la Terapia Centrada en Soluciones.

Premisa	Definición
No es necesario saber demasiado sobre el problema para resolverla	Es posible una terapia eficaz simplemente dando solución a la situación problemática, ya que los síntomas no tienen una función.
Producir un pequeño cambio puede llevar a diferencias o cambios profundos aún en situaciones complejas	No es importante el número de personas incluidas en la construcción del problema y solución, pues un cambio en un elemento del sistema influye en el sistema total.
El cambio es inevitable	Por lo que la terapia consiste en identificar los cambios que se han estado presentando y en utilizarlos para llegar a la solución.
Énfasis en la salud mental y no en la patología	Ya que se considera que las secuencias de interacción sanas existen, por lo que son los pacientes los que tienen las respuestas a sus problemas.
Visión no normativa, determinada por el paciente	Ya que cada persona es única y singular en la manera de conceptualizar su dolencia.

Parquedad en el método	Consiste aceptar la versión del paciente acerca de su queja eligiendo el tratamiento más simple para su solución.
Orientación hacia el presente y futuro	Lo cual no significa que el pasado no sea importante ya que éste es el resultado de la situación actual que vive el cliente. El terapeuta enfatiza las acciones presentes y futuras que acontecerán cuando el problema ya no exista.
Filosofía central	“Si no está roto que no lo componga”, “haga más de lo que funciona” y “si funciona haga algo distinto”.
La sensación de posibilidad de cambio en las personas influye en su vida	Se considera que los pensamientos, sentimientos y creencias de posibilidad, en las personas, tienen un poder en las experiencias que puedan crear.
Es más probable que las personas colaboren cuando se les valida	Se respetan sus sentimientos y puntos de vista.
Toda experiencia mental/emocional es válida, pero las acciones pueden no serlo.	Se refiere a que lo que siente y piensa debe ser validado y aceptado, pero lo que se hace puede ser válido, ético, seguro o equivocado.
La noción de resistencia es inadecuado	En caso de tenerla puede provocar una profecía negativa para que sé de el cambio.

Adaptación con el cliente.	Es la toma de decisión del terapeuta para relacionarse con el cliente, retoma tres tipos de relación: visitante, demandante y comprador.
Objetivo del tratamiento	La terapia define operacionalmente los objetivos terapéuticos, lo cual marcará el camino que debe tomar la terapia y constituyendo un indicador del éxito terapéutico; los objetivos guía y ayudan a evaluar la eficacia que está teniendo la terapia.

Conceptualización de la Relación Paciente – Terapeuta.

La relación terapeuta-cliente es el acoplamiento de estructuras entre dos seres humanos singulares que tienen roles complementarios: el profesional de la terapia y el cliente que se siente incapaz de resolver un problema. Si esta relación tiene cualidad y fortaleza de colaboración la denominaremos alianza terapéutica. Esta alianza, según nos indica Lipchik (2005), se puede concebir como “un viaje de ambos hacia la solución del cliente, encargado de decidir el destino final”.

El modelo de tratamiento centrado en la solución distingue entre tres tipos diferentes de relaciones entre paciente y terapeuta: relación de tipo "comprador"; relación de tipo "demandante" y relación de tipo "visitante" (Berg, 1989; de Shazer, 1988; Miller y Berg, 1991). Estos tres tipos de relación describen y clasifican la naturaleza de la interacción entre el paciente y el terapeuta. Al leer las descripciones resulta fácil llegar a la errónea conclusión de que todas se refieren sólo al paciente. Y de hecho, en beneficio de la conveniencia, nosotros mismos solemos referirnos a los pacientes como "visitantes", "demandantes" o "compradores". Sin embargo, como lo indica la palabra "interacción", estas etiquetas están destinadas a describir el tipo de relación

entre el paciente y el terapeuta y no las características, los atributos o los rasgos característicos del paciente.

La siguiente tabla describe cada uno de ellos (Berg, 1996):

Tabla 12

Conceptualización de la Relación Terapéutica.

Tipo de Relación	Descripción
Comprador	<p>Existe este tipo de relación cuando en el transcurso o al final de una sesión el paciente y el terapeuta juntos identifican una dolencia o un objetivo para el tratamiento. Además, el paciente indica que se ve como parte de la solución y que está dispuesto a hacer algo respecto del problema. El terapeuta acepta trabajar junto con el paciente sobre el objetivo o la dolencia que han identificado y cree que es capaz de dirigir al paciente hacia la solución o el logro de su objetivo.</p>
Demandante	<p>Este tipo de relación se da cuando en el transcurso de la sesión el terapeuta y el paciente pueden identificar juntos un objetivo o una dolencia para el tratamiento pero no han podido identificar los pasos concretos que el paciente necesita dar para producir una solución. En la relación del tipo "demandante" los pacientes son capaces de describir su dolencia o su objetivo con lujo de detalles.</p> <p>Sin embargo, por lo general no llegan a visualizarse como parte de la solución y, de hecho, suelen creer que la única solución posible es que otra persona cambie. En la relación del tipo "demandante" el terapeuta acepta explorar la dolencia o el objetivo junto con el paciente, y hacerlo de una</p>

manera encaminada a facilitar una nueva perspectiva que podría llevar una solución.

Visitante

Se entabla esta relación cuando al final de una sesión el terapeuta y el paciente no han identificado juntos una dolencia o un objetivo sobre los cuales trabajar en el tratamiento. Además, suele suceder que el paciente señale o bien que no existe problema alguno que requiera tratamiento, o bien que el problema pertenece a otra persona.

Debido a ello, lo más frecuente es que el paciente que entabla una relación del tipo visitante no vea ninguna razón para cambiar ni, mucho menos, para estar en terapia. El terapeuta concuerda en que tal vez no haya un problema que requiera terapia, pero manifiesta que sigue dispuesto a ayudar al paciente a determinar si hay algo más sobre lo que le gustaría trabajar.

Intervenciones

Para O'Hanlon y Weiner-Davis (1989) hay tres formas de cambio que el terapeuta busca establecer en sus intervenciones:

- **Cambio en la forma de actuar frente a la situación percibida como problemática:** implica nuevas formas de acción de las personas, lo que les da mayor libertad para actuar en situaciones vistas como problemáticas.
- **Cambio en la forma de ver la situación percibida como problemática:** e considera que el modo en que las personas perciben las cosas tiene una relación directa en la forma de interpretar y que un cambio en la visión puede repercutir en cambios en las acciones de la persona.

- **Evocar recursos soluciones y capacidades aplicables a la situación problema:** lo cual lleva a cambios en las acciones y percepciones.

En este modelo las intervenciones van encaminadas a generar soluciones en la colaboración con el cliente, a fin de lograr cambios fijados en el objetivo. La tabla 13 describe cada una de ellas, su forma de aplicación y el objetivo que tienen (Berg y Miller, 1992; Cade y O'Hanlon, 1993; O'Hanlon y Weiner-Davis, 1989).

Tabla 13

Prescripciones Fórmula Para el Cambio

Prescripción fórmula	Aplicación	Objetivo
Cambios antes de la primer sesión.	Pregunta sobre qué cambios ha notado entre la llamada para concertar la primera cita y la primera entrevista.	Identificar los cambios que están ocurriendo antes de iniciada la terapia.
Tarea fórmula de la primera sesión	Que el paciente observe cosas que ya suceden y le gustaría que continuaran presentándose.	Colocar a la persona en un lenguaje orientado a las soluciones, detectando aspectos positivos que ya suceden.
Intervenciones fórmula	Hacer más de lo que funciona. Atención a que hace cuando supera el síntoma. Evaluación predictiva de excepciones.	Iniciar los cambios en los problemas y su solución. Fomentar nuevas conductas y percepciones al crear expectativa al cambio.

Hacer algo distinto.
 Llevar una bitácora.
 Identificar porqué la
 situación no es peor.

Otras técnicas de intervención son las connotaciones positivas, las tareas directas o paradójicas, las redefiniciones y las preguntas presuposicionales que permiten identificar las soluciones eficaces. La tabla 14 presenta las principales técnicas del modelo de soluciones (Cade y O’Hanlon, 1993; Ochoa, 1995; O’Hanlon y Weiner-Davis, 1989).

Tabla 14

Intervenciones de la Terapia Centrada en Soluciones.

Tipo de Intervención	Ejemplo	Objetivo
Excepciones que ya suceden	Preguntas relacionadas a cuando se supera el problema: ¿cómo consiguió hacer eso?	Que el cliente reconozca lo que ya está haciendo para solucionar su problema.
Pregunta milagro	Supongamos que una noche se produce el milagro y su problema queda resuelto, ¿qué vería usted distinto como signo de que se produjo el milagro?”	Ayudar a concentrarse en una solución potencial e hipotética. Notar diferencias en términos de ausencia de la pauta sintomática.
Ubicación de una escala	En una escala del cero al diez, donde cero es lo peor y diez son las cosas tal como serán cuando su	Concentrar en el logro y la solución.

	problema se resuelva, ¿dónde se colocaría?	
Enfocando al futuro	A través de preguntas orientadas hacia el futuro.	Fomentar una visión positiva del futuro.
Uso de analogía, metáforas y relatos.	Se utiliza para transmitir lo que se quiere o indirectamente para eludir tendencias mentales conscientes.	Reflexionar sobre posibles soluciones alternativas para los problemas.
Hipnosis centrada en soluciones	Hablando de experiencias sobre la clase de soluciones que se pretende evocar; usando presuposiciones dando al cliente la ilusión de elegir entre varias alternativas que producen el mismo resultado, y recordando experiencias que sirvan para desarrollar habilidades.	Centrarse en los puntos de vista o acciones que los clientes puedan usar conscientemente para alcanzar sus objetivos.
Intervenciones para modificar la percepción del problema		
Re-enmarcado	Indagar sobre las creencias del cliente para luego trazar distinciones.	Alienta el desarrollo de un marco de significado alternativo.
Desenmarcado	Desafiar los significados que el paciente asocia al problema.	Que el paciente descubra nuevos significados.
Intervenciones en la pauta.		
Alteración mínima en la pauta.	Interrumpir, añadir o fragmentar la pauta. Cambiar la frecuencia, duración, momento, ubicación, intensidad u orden, etc.	Alentar un cambio pequeño en la pauta problema a fin de hacerla cambiar o desaparecer.

Este modelo de terapia centrado en las soluciones representa un enfoque novedoso que permite una aplicación extensa a múltiples problemas de una manera breve y efectiva. La aplicación de este modelo puede ser útil no solo en el espacio terapéutico, sino de igual forma, en las problemáticas que se presentan en ciertos grupos sociales o comunidades al hacer énfasis en los recursos y aspectos positivos de las personas.

Recursos

Un recurso es definido por la Real Academia Española de la Lengua (2010) como: “un conjunto de elementos disponibles para resolver una necesidad o llevar a cabo una empresa”.

Al escuchar la palabra *recurso* en el campo de la psicología clínica, emergen diversos referentes teóricos que retoman este concepto. Desde la perspectiva humanista, específicamente en el enfoque centrado en la persona, se considera que los individuos están en un continuo proceso de construcción de sí mismos y que pueden desarrollar su potencial como seres humanos, por lo que los recursos estarían concebidos como parte del potencial humano disponible y por desarrollar (Rogers, 1991; Lafarga, 1999).

Asimismo, aparece un enfoque más reciente denominado “Psicología Positiva”, el cual está centrado en rescatar las fortalezas y capacidades de los individuos y sus contextos. Desde esta perspectiva se elimina el énfasis en los aspectos psicopatológicos y más bien se trabaja con las capacidades, los recursos y las fortalezas (Carr, 2007; Seligman, 2000).

Desde el enfoque sistémico, los pioneros de la terapia familiar estructural, Minuchin y Fishman (1990) planteaban la importancia de identificar las fortalezas de las familias que acuden a consulta psicoterapéutica, para utilizar como técnica de intervención el reconocimiento y apuntalamiento de las mismas. Desde esta concepción, los recursos psicológicos individuales y familiares serían equivalentes a las fortalezas que se pueden identificar en una familia.

Posteriormente, también dentro de la terapia familiar sistémica, pero ahora con una perspectiva posmoderna, aparece la terapia centrada en las soluciones, la cual tiene como punto de partida ampliar las posibilidades o alternativas de los consultantes, trabajando con ellos en la identificación y fortalecimiento de lo que sí funciona y está bien en el sistema familiar, por lo que también se retoman como tema clave los recursos familiares (O' Hanlon y Weiner-Davis, 2006).

La lectura de los textos especializados en el modelo de Terapia Breve Centrado en Soluciones no ofrecen una definición puntual sobre lo que ha de entenderse sobre recursos; sin embargo, considerando la lógica que persigue el modelo y la mención de este concepto a lo largo de las diferentes intervenciones propuestas, entiendo el concepto de recursos como:

“todas aquellas acciones, pensamiento y sentimientos que emergen de la conversación terapéutica y que pueden ser puestos de relieve para que el consultante los utilice como parte de sus conocimientos que puedan ayudarle a hacerle frente al problema por el cual acude a terapia. Los recursos son el resultado de una conversación centrada en el cambio y no necesariamente refiere a lo que es positivo, más bien, trata sobre crear una diferencia que haga la diferencia, dicho en otros términos, que ofrezca posibilidades de mejoría al consultante”.

Esta definición será la guía para la evaluación y análisis de los dos casos seleccionados, los cuales se describirán en el siguiente capítulo, aunado a los criterios metodológicos y el uso de la Terapia Centrada en Soluciones.

Capítulo 3. Casos clínicos.

“El enfoque de soluciones en la atención clínica con jóvenes”

3.1 Planteamiento problema

La juventud se diferencia de otras categorías sociales por ser el proceso previo a la adultez, en el mundo, es objeto de múltiples investigaciones, encuestas y estudios que analizan diversos aspectos (demográfico, educativo, participación social, salud, inclusión, participación política y migración, entre otros) para lograr comprenderla (Mora, 2009).

Como se revisó en los pasajes anteriores, existen varias juventudes, las maneras en que los jóvenes gestionan sus intereses, emociones, visiones de vida y hacen frente a la desafiante sociedad del siglo XXI varía de manera significativa, considerando el contexto familiar, comunitario y regional en el que se encuentran. De igual manera, influyen los contextos económico, social y político en su toma de decisiones y en las acciones que emprenden (Gómez, 2018).

En México se estima que hay 30.6 millones de jóvenes de entre 15 y 29 años, quienes representan el 25.7% de la población total en nuestro país (INEGI, 2019).

De acuerdo con información de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) del año 2018, en el país había 124.9 millones de personas. De ellas, 30.7 millones son personas cuya edad oscila entre los 15 y los 29 años; es decir, uno de cada cuatro habitantes del país es joven (24.6%), siendo un poco mayor la proporción de hombres (50.8%) que de mujeres (49.2%).

La juventud es un sector de la población que ha sido relegado constantemente, si bien se ha prestado mayor atención en los últimos años, en el ámbito de las políticas públicas y acciones de gobierno a nivel local, se observa un panorama muy diferente, a pesar de que el reconocimiento de los derechos de las y los jóvenes se encuentra establecido en diversos tratados de derechos humanos que han sido firmados por el Estado Mexicano, la condición juvenil en general, se considera desde una perspectiva tutelar, que no reconoce la heterogeneidad de este grupo de la población, ni las diversas expresiones y necesidades que se expresan desde y para lo juvenil. Esta

situación origina diferentes formas de inequidad y exclusión de necesidades que no permiten el pleno desarrollo de las y los jóvenes en todos los ámbitos de su vida.

Dentro de esas necesidades básicas se encuentra la salud, es por ello que gobiernos, comunidades, familias y personas se preocuparan siempre por conservar y mantener niveles óptimos o “saludables”. Específicamente en la salud mental, la cual es definida por Organización Mundial de la Salud (OMS), como: “el bienestar que una persona experimenta como resultado de su buen funcionamiento en los aspectos cognoscitivos, afectivos y conductuales, y, en última instancia el despliegue óptimo de sus potencialidades individuales para la convivencia, el trabajo y la recreación”, siendo un pilar importante para el desarrollo de las y los jóvenes.

Los daños a la salud mental son, actualmente, uno de los problemas más relevantes en la sociedad, estos muestran una importancia particular entre los jóvenes, en especial entre los universitarios y de forma específica en estudiantes de medicina, en los que la depresión, la ansiedad y la conducta suicida tienen especial interés. Por ejemplo, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018), el suicidio es la segunda causa de mortalidad entre estudiantes universitarios de entre 19 y 25 años de edad, en donde representa el 8.5% del total de muertes en dicho grupo etario, como se sabe, la conducta suicida está precedida por otros trastornos, particularmente ansiedad y depresión, abuso en el consumo de alcohol y otras drogas, así como entornos sociales estresantes (Denis, 2017).

En el caso de México, en el 2015 se identificó una tasa de 5.2 suicidios por cada 100,000 habitantes, y de 8.2 por cada 100,000 jóvenes de 19 a 25 años, un 41.3% de toda la mortalidad en este grupo. En cuanto al género, se han encontrado mayores tasas de suicidio en varones (8.2 por 100,000) (INEGI, 2018) que cuadruplican las que se observan en mujeres (2 por 100,000), mientras que otros trabajos han reportado mayor presencia de ansiedad, depresión e intento de suicidio en mujeres, y de trastornos asociados al consumo de alcohol y otras drogas en varones (Granados, 2003).

La educación universitaria implica una serie de condiciones y exigencias que representan un conjunto de estresores que pueden vulnerar la salud mental. En su preparación, los alumnos enfrentan fuentes específicas que facilitan el desarrollo de depresión y ansiedad (Slavin, 2016; Ferrel, 2011).

La OMS (2008) estima que a nivel mundial por lo menos 20% de los jóvenes padecerá alguna forma de enfermedad mental (depresión, trastornos del estado de ánimo, trastornos alimentarios, abuso de sustancias, o comportamientos suicidas), y que para dar respuesta a los problemas y promover la salud mental, son necesarios servicios de atención de salud con base en las necesidades de las jóvenes y los jóvenes.

Actualmente, las intervenciones para la depresión y la ansiedad en jóvenes se dividen principalmente en farmacoterapia y psicoterapia, siendo favorecida la psicoterapia por los investigadores debido a su falta de efectos secundarios y características humanizadas (Qin et al., 2015).

La Terapia Breve Centrada en Soluciones difiere del modelo tradicional de tratamiento psicológico centrado en el problema en que considera a los pacientes como los expertos que pueden resolver sus propios problemas y los ayuda a usar sus propios recursos, experiencia y habilidades psicológicas para realizar cambios en una serie de sesiones de asesoramiento psicológico, finalmente provocando un estado mental saludable (Wilkins, 2008).

Mediante un metanálisis de 63 estudios relacionados con la Terapia Centrada en Soluciones, Franklin, Zhang, Froerer y Johnson (2016) verificaron la validez de este método de psicoterapia y su ventaja única en la movilización del fuerte poder psicológico del individuo mismo (Lu, 2017).

Por estas razones, es importante trabajar con los y las jóvenes, especialmente con los recursos y aspectos positivos que les permitan encontrar soluciones a esas situaciones que los llevan a terapia, siendo así, este análisis de casos pretende identificar cómo se construyen los

recursos de la juventud mexicana en la conversación terapéutica desde la práctica de la Terapia Centrada en Soluciones.

3.2 Tipo de estudio y alcance.

Hernández, Fernández y Baptista (2010) definen la investigación como: “un proceso riguroso, cuidadoso y sistematizado en el que se busca resolver problemas, es organizado y garantiza la producción de conocimiento o de alternativas de solución viables”. Investigar requiere conocer, analizar y definir los enfoques, modelos y diseños de investigación que podemos utilizar.

Por una parte, están los enfoques de la investigación que pueden ser cuantitativo, cualitativo o mixto, en este trabajo se hará desde un enfoque cualitativo, el cual se define como:

“La investigación cualitativa busca estudiar la calidad de las actividades, relaciones, asuntos, medios, materiales o instrumentos en una determinada situación o problema. La misma procura alcanzar una descripción holística, esto es, que intenta analizar exhaustivamente, con sumo detalle, un asunto o actividad en particular. A diferencia de los estudios descriptivos, correlacionales o experimentales, más que determinar la relación de causa y efectos entre dos o más variables, la investigación cualitativa se interesa más en saber cómo se da la dinámica o cómo ocurre el proceso de en que se da el asunto o problema” (Vera, s.f., p.1)

Por otra parte, es importante definir el tipo de estudio y alcance que se realizará, para los fines de este trabajo se hará un estudio de casos, el cual consiste en un método o técnica de investigación, caracterizado por precisar un proceso de búsqueda e indagación, así como el análisis sistemático de uno o varios casos. Para ser más exactos, por caso se entiende todas aquellas circunstancias, situaciones o fenómenos únicos de los que se requiere más información o merecen algún tipo de interés dentro del mundo de la investigación.

En cuanto al alcance, éste indica el resultado de lo que se obtendrá a partir de ella y condiciona el método que se seguirá para obtener dichos resultados, éste será de tipo **descriptivo** el cual consiste en dar información detallada respecto a un fenómeno o problema para describir sus dimensiones con precisión (Hernández, 2010).

3.3 Unidades analíticas

En el análisis de contenido la unidad es el fragmento del documento o comunicación que se tomará como elemento que servirá de base para la investigación, así como los criterios de inclusión o exclusión para la misma (Balcells, 1994).

Para esta investigación como criterio de inclusión se tomaron los siguientes aspectos:

- Que los participantes fueran jóvenes, es decir, que se encontraran en un rango entre 15 y 29 años de edad.
- Que el proceso terapéutico en al que se sometieron fuera exitoso, es decir, que haya culminado en alta.
- Que las sesiones hayan sido documentadas (en video o voz) en alguna de las sedes clínicas de la Residencia en Terapia Familiar de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala.
- Que se hayan utilizado técnicas, intervenciones, tareas, herramientas del Modelo de Terapia Centrada en Soluciones.

3.4 Procedimiento del Análisis de Casos.

Con el fin de facilitar la búsqueda y exposición de los recursos en las consultantes, los casos serán analizados de la siguiente manera:

- Se transcribirán cada una de las sesiones utilizando los videos y grabaciones.
- Una vez finalizadas las transcripciones de los casos, a través de comentarios de la aplicación Word se irán localizando los siguientes aspectos revisados en el capítulo anterior:
 - Técnicas o intervenciones del Modelo Centrado en Soluciones.
 - Construcción y uso de recursos por parte de las pacientes.
- Posteriormente, se redactarán los resultados obtenidos del análisis en forma de resumen, adjuntando los fragmentos donde se encontraron dichos rubros, señalizados como “**T**” cuando sea la intervención del Terapeuta o “**C**” referente a la consultante.

Se eligieron dos expedientes pertenecientes a dos jóvenes en las que estuve como terapeuta y coterapeuta, a continuación, se hará la descripción y análisis de cada uno; cabe destacar que los nombres reales fueron modificados por cuestiones de confidencialidad.

3.5 Caso 1, “Paty: Respeto y empatía: no puedes cambiar al otro”.

- **Nombre de la consultante:** Paty
- **Terapeutas:** Giovanni García Yedra y Víctor Hugo Villalba Azamar.
- **Sede:** Clínica de Terapia Familiar de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala.
- **Supervisora:** Mtra. Susana González Montoya
- **Equipo de supervisión:** Anaid Alonso, Agustín Espinosa, Rosario Ruiz y Yazmín Sánchez.
- **Número de sesiones:** 2 (mayo 2019).

Genograma.

Paty es una estudiante de sexto semestre de la carrera Psicología de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, tiene 21 años de edad, se describió como una persona que disfruta bailar salsa, estar con su novio y estudiar.

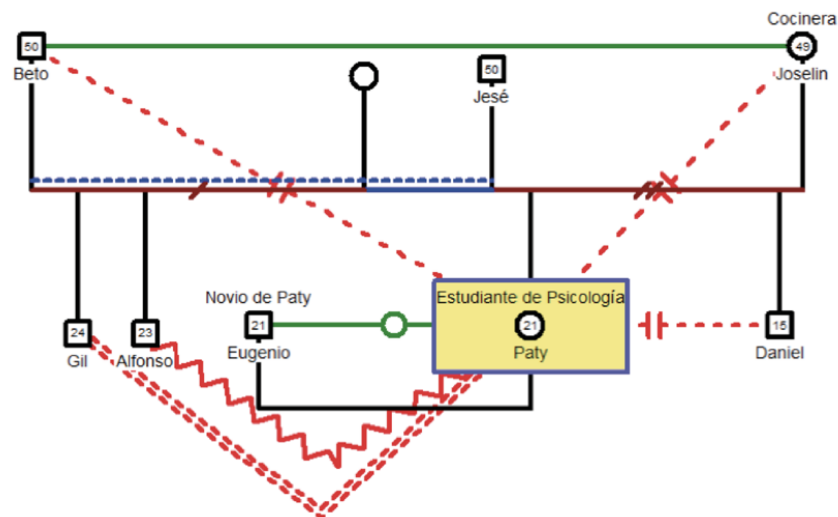
La familia de Paty estaba conformada inicialmente por su mamá (Joselin, 49 años) y su hermano (Daniel, 15 años) ya que su papá biológico (Jesé, 50 años) se encontraba en el reclusorio, no obstante, después de un tiempo su mamá conoció a su actual pareja (Beto, 50 años) y empezaron a vivir juntos, con él llegaron sus otros hijos (Gil, 24 años, y Alfonso, 23 años), con quienes Paty no lleva buena relación, y ha tenido conflictos a nivel familiar.

Asimismo, con su hermano la relación no es buena ya que al no contar con su mamá porque trabajaba, la consultante, se hacía cargo de él, en la figura 8 se ejemplifica la familia de Paty con las relaciones con cada uno de sus miembros.

Aunado a esto, una persona importante en la vida de Paty es su novio Eugenio, cuya relación es de ayuda para sobrellevar las situaciones problemáticas en las que se encuentra, en ámbitos escolares y personales.

Figura 8

Genograma de Paty



Fuente: Elaboración propia

Motivo de consulta.

Paty solicitó la terapia psicológica debido a problemas familiares derivados de una pelea entre su mamá y uno de los hijos de su pareja, en la que Paty participó pidiéndoles que se fueran de la casa, generando conflictos con su mamá, padrastro, sus hijos y hermano; provocándole emociones de “culpa y tristeza” al no saber si había hecho lo correcto, por lo que solicitaba saber qué hacer de ahora en adelante y encontrar la manera de que Beto cambiara la manera de “criar y guiar a sus hijos”.

Recurso identificado

Si bien el propósito que planteó Paty al principio del proceso terapéutico era lograr que Beto entendiera que las acciones y la forma de criar a sus hijos no era la correcta, a lo largo de las sesiones se emplearon técnicas, tareas e intervenciones desde la Terapia Centrada en Soluciones donde ella reencuadró esa idea inicial hacia la búsqueda de soluciones propias.

Al final de la primera sesión, en el mensaje hicimos una prescripción, comentándole que aunque a veces quisiéramos cambiar a las personas, no es posible, por lo que es importante tenerlo claro y nosotros tomar la decisión de hacer algo distinto.

Fragmento 1

T: Tienes las cosas muy claras de como deben ser en el mundo, sabes qué tendría que estar haciendo Beto o que no, como tendría que criar a sus hijos, que es algo que nos da mucho la carrera, también mucho que te dio tu mamá si también hablas así, te diriges así, es por lo que te ha enseñado tu mamá, cómo comportarte, cómo hablar, y creo que a veces nosotros queremos eso, queremos cambiar al mundo, pero a veces no se puede, no todos van a cambiar, pero es importante que tú lo tengas claro y del punto de quererlos cambiar, te estás metiendo en problemas y era muy interesante

porque tú habías dicho que evitas los problemas, pero ahora pareciera que tú estás adentro de un problema, entonces no se puede evitar todo el tiempo.

Esta prescripción en la conversación generó que en la segunda sesión, ella construyera el recurso de “no cambiar a la gente, ser empáticos y no cargar con problemas de terceros”, afirmando lo siguiente:

Fragmento 2

C: cada quien es diferente y tiene diferentes formas de pensar y actuar, entonces solamente hay que aceptarlos.

Este recurso fue puesto de relieve para que la consultante lo utilizara para hacer frente al problema por el que inicialmente acudió a terapia, creando una diferencia que hizo la diferencia, dándole oportunidad de relacionarse de manera distinta con su mamá, padrastro e incluso su hermano.

A continuación, se describirán las herramientas desde la Terapia Centrada en Soluciones que fueron utilizadas para llegar a la construcción de dicho recurso.

Técnicas e Intervenciones desde la Terapia Centrada en Soluciones

En este apartado se enlistarán las herramientas, técnicas e intervenciones desde el modelo, que permitieron la construcción en la conversación de los recursos de la consultante.

Uso de cumplidos y elogios: destacaba los recursos en la consultante, además de realzar aquello que estaba haciendo bien, apuntalando los aspectos fuertes de modo que continuarán progresando:

Fragmento 3

T: Esa es una habilidad que como psicólogo te va a servir muchísimo.

C: Aunque realmente sí soy muy nerviosa, muy ansiosa, antes me costaba muchísimo hablar, por ejemplo, así, con personas que no conozco, pero pues sí la carrera me ha ayudado a desarrollar eso.

T: Te ves como muy segura de ti, tal vez esa ansiedad o nerviosismo, parece que ya no.

Fragmento 4

T: Parece que eres una mujer con mucha claridad, cuando hablas cuando expresas cuando sientes, eso nos posibilita pensar, además compartes la profesión con nosotros, eso nos permite decirte cosas que tal vez a otros pacientes no, creemos que aún cuando tienes esta claridad, hay situaciones en las que estás.

Búsqueda de excepciones: ajustándose a la definición de De Shazer (1985), el autor describe las excepciones como: "aquellas ocasiones en las que, en contra de lo esperado, no se da la conducta-problema", las excepciones tendrán la potencialidad de llevar a una solución, siempre que sean adecuadamente ampliadas.

En la primera sesión pudimos vislumbrar excepciones espontáneas, es decir, aquellas en las que la consultante las atribuía per se, y no algo que ella había realizado para sentirlo y alcanzarlo.

Fragmento 5

C: en este sentido a mis tíos, o sea no quería hacer el problema más grande y sí llegó el señor en la tarde, entró con sus hijos, la verdad mi mamá y yo nos salimos de la casa, mi hermano no estaba y

regresamos y ya estaban sacando sus cosas, a partir de ahí la verdad me sentí un poco más tranquila, porque ya no estaba ahí haciendo sus burlas...

En la segunda sesión, la consultante narró excepciones deliberadas, en las cuales ella fue partícipe.

Fragmento 6

T: ¿Qué cambios importantes han habido?

C: Pues me siento más tranquila. La vez pasada que estuve aquí, al momento de contar las cosas sí me sentía como muy tensa, y de hecho salí como que andaba vagando; me quedé pensando en todo eso. Y pues sí, puse en práctica eso de no cambiar a la gente, la verdad. creo que ya entendí esa parte y por eso me siento más tranquila, como que no estoy cargando con los problemas de los demás → ***aquí se empieza a vislumbrar la construcción del recurso, a través de la prescripción de la sesión anterior.***

Asimismo, se hacían preguntas acerca de las diferencias, para ampliar las excepciones deliberadas y espontáneas y que se creara consciencia de lo que se estaba haciendo distinto para usarlo en otros espacios.

Fragmento 7

V: Ok. ¿Cómo ubicas esos puntos donde dices “ya no lo estaba pensando tanto”? ¿Qué has estado haciendo?

P: Yo siento que me la pasaba en clases o estando con mi novio...

Uso de escalas: con ellas graduabámos con una escala numérica la consideración respecto de la situación problema que Paty había planteado inicialmente, dándole la oportunidad de evaluar el cambio.

Fragmento 8

T: Me gustaría comenzar con lo de la vez pasada; en una escala del uno al diez, donde uno es muy intranquila y diez es muy tranquila ¿Cómo venías?

C: La vez pasada venía como en un 9 y hoy vengo como en un tres o cuatro.

Preguntas orientadas al futuro: ayudó a que la consultante rompiera el encuadre, normalmente negativo que hace de su situación y abre la posibilidad de verse en un futuro distinto, sin la presencia del problema.

Fragmento 9

T: Yo entiendo que hubo un cambio y pasó algo y marcó una diferencia ¿Cómo sería el punto ideal que te gustaría en su relación? Qué a ti te gustaría, tal vez más allá de la lógica y decir “pasó esto y tal vez nunca recuperemos...” a ti, idealmente, ¿Cómo te gustaría que fuera su relación?

Preguntas relacionales: fueron útiles para saber cómo se podrían sentir las personas alrededor de los cambios que ella generó.

Fragmento 10

T: ¿Qué crees que ve ahora tu hermano en ti?

C: ¡Híjole! Pues, yo creo que a él todavía le cuesta un poco de trabajo acercarse a mí, pero, los últimos días lo he visto más interesado en saber de mí, porque ha visto que yo tengo el interés en saber de él, **pero desde esta parte de hermanos**, no como una figura materna, porque le pregunto a veces por sus amigos, por lo que hace, por lo que comió, que le gusta, y no es como de “¿Ya hiciste la tarea?, ¿Cuánto sacaste en esto?”, más bien ya me involucro en otros temas con él.

Fragmento 11

T: La misma pregunta que hace rato pero ahora en relación a tu mamá ¿qué crees que ahora ve tu mamá en ti, con este cambio que tuviste?

C: Yo creo que ella ve que yo la apoyo, incondicionalmente de lo que haya pasado, ella ve que yo la apoyo con su relación, porque como hoy les mencionaba creo que ella me tachaba como la culpable, entonces ya ve que estoy más tranquila, más calmada incluso les preguntó cómo están ellos, si se han peleado están bien, que traten de arreglarlo, no sé... creo que me ve como su consejera, o no sé cómo llamarlo, su confidente. Incluso, porque sí han tenido peleas, como todo, esta semana yo le digo “pues habla con él, pregúntale qué pasó, por qué se enojó”, porque se enojan y no dicen por qué. Entonces, ya está viendo que no lo quiero sacar de su vida, sino que la estoy ayudando a recuperar esa relación.

Preguntas que hacen la diferencia: apuntan a identificar y remarcar los efectos de los cambios (o de los potenciales cambios) de los consultantes, además de proporcionar una evaluación contextual, ecológica para estimar si los propósitos definidos son realistas y factibles.

Estas preguntas posibilitan que los clientes tomen aún mayor conciencia del significado y la importancia que los objetivos que se han propuesto tienen para ellos, incrementando así su motivación para hacer cambios adicionales (Pichot, 2003).

Fragmento 12.

T: El equipo pide una disculpa por haberte interrumpido pero, era importante para las personas que están aquí atrás y para nosotros, reconocer el gran cambio que generaste. Están muy impresionados y muy contentos de que hayas tenido esta oportunidad de lograr estas cosas tan positivas y el equipo que quiere decir que vas a ser una buena psicóloga, porque has logrado generar cambios desde ti misma y eso siempre es importante en esta profesión. También preguntan **¿Qué hiciste para generar estos cambios?** Hace una semana parecían muy lejanos... parecía muy difícil y nos da curiosidad saber **¿Qué hiciste para lograr todo esto?**

C: Fue cambiar mi forma de pensar, porque yo venía con esta idea de querer cambiar a sus hijos, querer cambiar la forma en la que trataban a mi mamá, la forma en la que el trataba a mi mamá en ciertos aspectos donde no le daba su lugar... y de aquí me fui con la idea que ustedes me dijeron; “no puedes cambiar a los demás”, y eso es muy cierto y me lo repetía todos los días, y recapitulaba la

situación y me decía “pues yo no sé que esté pasando... o que estén pasando ellos”, porque ellos también vivieron una separación. Digo, él también se debe sentir mal, o dividido entre sus hijos y nosotros, entonces dije “cada quien carga con sus problemas, y cada quien hace lo que puede por seguir adelante y yo no puedo meterme en eso porque yo no sé lo que está pasando ellos”.

Estás intervenciones desde el Modelo de Terapia Centrada en Soluciones permitió cumplir con el objetivo planteado en dos sesiones culminando en alta y en el uso de recursos para la resolución del problema.

3.6 Caso 2, “Alejandra: A veces necesitamos pedir ayuda”.

- **Nombre de la consultante:** Alejandra
- **Terapeuta:** Víctor Hugo Villalba Azamar
- **Sede:** Clínica de Terapia Familiar de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala.
- **Supervisora:** Dra. Iris Xóchitl Galicia Moyeda, (en una sesión supervisó la Dra. Nélide Padilla Gámez).
- **Equipo de supervisión:** Anaid Alonso, Agustín Espinosa, Giovanni García, Rosario Ruiz y Yazmín Sánchez.
- **Número de sesiones:** 6 (octubre 2019 – febrero 2020).

Genograma

Alejandra, es pasante de la carrera de Psicología, tiene 23 años de edad, trabaja como profesora natación y terapeuta del lenguaje en una fundación, en sus tiempos libres disfruta escuchar música, leer, practicar natación y escribir.

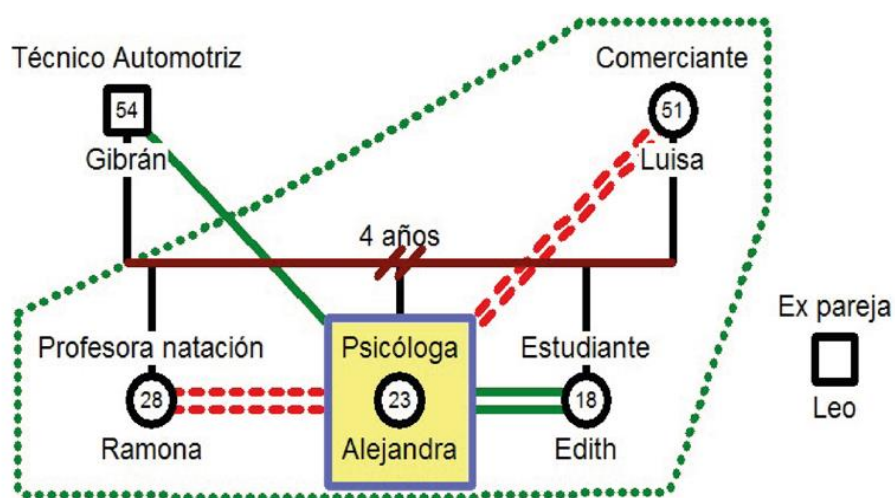
En la figura 9 se muestra el genograma de la familia de Alejandra, ella vive con su mamá (Luisa, 51 años, comerciante), cuya relación no es tan buena, ya que la describe como una persona que no la entiende y la crítica; y sus dos hermanas (Ramona 28 años, profesora de natación y Edith 18 años, estudiante), por un lado, la relación Ramona la describe como mala, ya que “siempre quiere tener la razón” lo que provoca discusiones constantes, por el otro lado, con Erika manifestó que es lo contrario, que es una relación muy cercana y de apoyo mutuo.

Otro aspecto importante, es que sus papás se divorciaron hace 4 años, pero un par de meses antes del inicio del proceso terapéutico, Luisa “corrió” a su papá (Gibrán, 54 años, técnico automotriz) de la casa, por lo que ya no convive tanto con él, pero que menciona lleva una muy buena relación, las veces que se pueden ver.

Además de su familia, dos figuras muy importantes en su vida son: su amiga Nadia y su hijo (Alberto), quienes la han apoyado en los momentos que se ha sentido mal y desorientada, así como su amigo, Adrián, a quien suele ver frecuentemente y salir juntos.

Figura 9

Genograma de Alejandra



Fuente: Elaboración propia

Motivo de consulta

Alejandra tomó la decisión de iniciar su proceso terapéutico para poder manejar de manera asertiva sus emociones “negativas” como enojo y tristeza las cuales por momentos no la dejaban alcanzar la vida que ella desea, algo que le ha sucedido desde hace tiempo, pero que no se había atrevido a pedir ayuda, manifestando que podía hacerlo por “su propia cuenta”.

Recurso identificado

El recurso identificado a lo largo de las seis sesiones fue la idea de aceptar “pedir ayuda”, que a veces no debemos “cargar” con las situaciones que nos generan problema nosotros solos, algo que se construyó desde la primer entrevista, pero que se observó con mayor detalle en las últimas dos consultas.

El uso del recurso de “pedir ayuda”, generó cambios sobre la relación con los miembros de su familia, especialmente con su hermana Ramona, sus amigos y compañeras de trabajo; igualmente, mejores oportunidades laborales, la finalización de su tesis de titulación de licenciatura, realizar actividades nuevas y el inicio del proceso de selección para ingresar a un posgrado.

En el siguiente fragmento se evidencia el inicio y la culminación del proceso, la toma de consciencia de la elicitación del recurso, abriendo paso a una serie de cambios en la vida y persona de la consultante.

Fragmento 1 – Sesión 1

T: Pues mira, como te comenté damos un mensaje, una tarea, primero el equipo y yo queremos decirte que es muy valioso que **hayas solicitado ayuda** (*elogio*), no es sencillo y más como

psicólogos, dicen que somos los peores pacientes, entonces creo que fue este parteaguas que te llevó a pedir ayuda, pero que bueno que lo hiciste que dejaste de lado la pena para poder atreverte.

Fragmento 2 – Sesión 5

C: me costó trabajo, pero estoy intentando integrar a más personas a más cuestiones de mi vida, porque me di cuenta de que si estoy sola, es porque no busco el apoyo, o sea es una utopía pensar de que las personas van a llegar y se van a quedar contigo, porque ni siquiera tú lo haces con otras personas, entonces he estado pensando y desde que la voz habló conmigo de las responsabilidades, desde ese momento dije "me puedo apoyar en ti, porque me estás diciendo verídico" y pensé que también hay personas en las que me puedo acercar cuando haya algún inconveniente, y me puse a pensar en que hay personas a las que me puedo acercar en caso de algún inconveniente y no estaría mal y bueno, no solicitar el apoyo porque es algo que se me dificulta, y eso es algo que trabajaré en algún momento cuando esté estable, pero sí intentar acompañada, porque es valioso, es valioso a la manera de tener un problema, no sentirte solita, por eso mi estrategia es buscar apoyo.

Fragmento 3 – Sesión 6

C: Desde el inicio, yo les expresé mucho, que fue difícil para mí, y al inicio estaba muy ansiosa, yo me rehusé mucho tiempo a entrar a un proceso terapia, de hecho le conté a una amiga, y fue algo difícil y creo que este proceso me ayudó a ver varias cosas, que yo no tomo en cuenta, que simplemente no veía y me quedo con muchas, pero momentáneamente es la emoción del momento.

T: Sí pudieras describir algo, qué considerarías que te ayudó más en este proceso

C: Creo que la razón principal por la que yo vine, que son cosas muy grandes, es algo que me dije en algún momento y en estos dos meses, ***es que no está mal pedir ayuda, y que no pasa nada si la pido, le pedí ayuda a la clínica le pedí ayuda a la clínica y luego siento que a ti, a lo mejor no lo hice explícito nunca, y de alguna forma no es como que vaya a resolver todo lo que tenga aquí, pero es el primer paso.***

Técnicas e Intervenciones desde la Terapia Centrada en Soluciones

Metáforas: La utilización de metáforas tiene una larga tradición en campos tan distintos como los de la literatura, la política, la publicidad y también en el de la terapia.

Utilizar metáforas y comparaciones es una buena manera de aumentar la eficacia de la comunicación y por consiguiente, puede ser un recurso sumamente útil para cualquier terapeuta; como expresa el dicho popular: “a menudo una imagen vale más que mil palabras” (Beyebach, 2006).

El propósito del uso de metáforas en el caso de Alejandra, fue facilitar el cambio terapéutico, poniendo de relieve estos cambios sin decirlos literalmente, sino, a través de la sugerencia o una comparación con una experiencia vivida (real o vicariamente) por la consultante.

Fragmento 4

T: Pues creo que primero, quisiéramos decirte que entendemos esta cuestión de que deberías estar mejor, que tú misma te lo repites constantemente, pero entendemos que no es algo automático, si te has enfrentado a ello durante gran parte de tu vida, y que nosotros sí llegamos a ver esta cuestión de que te sientes mal, y es válido sentirse así, pero también sabemos que cuando llegaste aquí y nos narraste todo lo que habías vivido y pasado, nos sonaba a ***un gran territorio, que estás recuperando poco a poco, donde se encuentran todas estas ideas de pensamientos negativos, la ansiedad incómoda y molesta, y pareciera que inconscientemente, empezaste a recuperar esos espacios, esos espacios que quieres hacer tuyos,*** y lo vemos porque cuando estabas describiendo todo lo que quieres hacer, todo lo que deseas, tus planes, cuando explicabas el tríptico, lo vemos, pero también vemos la otra parte en la que te dice regresa, ya no tienes que estar aquí, esos pensamientos que aparecen.

Fragmento 5

V: Platicando con el equipo, estaban muy sorprendidos de estos cambios que has hecho, de cómo pudiste manejar estas situaciones estas dos semanas y que les parece interesante que empieces a ver las cosas de una manera distinta. Porque no sé si recuerdas, pero esta posibilidad de cambiar, en las primeras sesiones parecía totalmente nula y ahora parece que *ves ese rayito de luz en ese cuarto oscuro que tú decías* y creo que podría significar algo.

Tareas: El uso de tareas dentro del proceso terapéutico permite (Beyebach, 2006):

- Dar un “cierre” a la sesión, al traducir lo hablado y trabajado en términos de algo que los consultantes puedan “llevarse para casa”.
- Promover cambios entre las sesiones, especialmente si la entrevista no parece haber generado por sí misma nuevas opciones y alternativas.
- Generalizar los cambios fuera de la terapia, en el contexto natural de los consultantes.

En este caso en específico, las tareas, elaboradas a la par con el equipo terapéutico y supervisoras, fueron de gran utilidad ya que fueron herramientas para la búsqueda de recursos que fueron utilizados para alcanzar el objetivo terapéutico, además de ser intervenciones que Alejandra disfrutaba, ya que era una manera de “ayudarse” a sí misma y que era un lugar “fuera del problema” que la traía a terapia, dándose un espacio propio; algunas de las tareas que se solicitaron fueron las siguientes:

- Un diario donde colocaba lo que ella hizo (excepciones deliberadas) para que los “días malos se volvieran buenos”.

- Al disfrutar la música, dijo que se identificaba con varias canciones con mensajes “negativos”, por lo que le pedí que seleccionara una canción con la que le gustaría identificarse al terminar el proceso terapéutico (preguntas orientadas al futuro).
- En una ocasión comentó que renunció a un trabajo donde no se sentía “valorada”, le pedimos que pensara en otra situación o espacio que hizo lo mismo, expresándose la idea de “valórate” (excepciones deliberadas)
- La creación de un tríptico que le ayudara en los momentos en que la ansiedad se presentara en su vida (elicitar de recursos).

Fragmento 6 – Sesión 1

T: Y también quisiéramos dejarte una tarea, nos gustaría mucho que hicieras un diario, tú contabas de estos días malos que se convertían en buenos, tú decías que no es que fueran buenos sino que se convertían en buenos y que apuntaras qué hiciste tú para que se convirtieran buenos, si quieres en un cuadernito que sea específicamente para eso, que sea algo muy propio, muy tuyo.

Fragmento 7 – Sesión 2

T: Veo que la tarea de la sesión anterior de escribir te ayudó, en muchas cosas, parece que lo disfrutaste y nos gustaría mandarte otra tarea referente a esto de escribir.

Tú decías que en el trabajo que estuviste, pudiste decir "valórate", parece que fue una palabra muy importante y quisiera que escribieras en qué otros lugares, has hecho esto de decir “valórate” y me gustaría que lo escribieras.

C: Es que lo escribí para que lo leyeras, en serio, porque me gusta leer, me gusta escribirlo y tengo una manera de hacerlo que sé que va dirigida.

T: También hay otra tarea, es que tú contabas al principio de la sesión con esta canción que te pero me gustaría que pensaras y trajeras la próxima sesión una canción con la que te vas a identificar cuando termine el proceso.

Fragmento 8 – Sesión 4

T: Y también creemos en esta misma línea pensábamos una tarea que podría serte muy útil, porque probablemente te vas a enfrentar a cosas abrumantes en tu vida que no vas a estar exenta como ninguno de nosotros lo está, sentirme abrumada, sentirte ansiosa, para eso nos gustaría para la siguiente sesión, hacer un tríptico, que va a incluir estas estrategias que tú misma has encontrado para poder enfrentarte a esas situaciones abrumantes para un futuro, algo muy pedagógico, tú como psicóloga sabes que es algo que puedes transmitirte a la paciente más importante que eres tú.

Uso de escalas: Según Beyebach (2006), estas preguntas son referidas a los avances obtenidos por los consultantes, en este caso se utilizó al final del proceso terapéutico con el fin de evaluar cómo observó la consultante su situación, siendo sobretodo un instrumento de intervención dirigido a crear nuevos diálogos sobre recursos y posibilidades de un antes y un después, como un indicador de alta.

Fragmento 9 – Sesión 6

T: Es que justo eso me quedé pensando, el objetivo que nos planteamos inicialmente, si tú la pudieras poner en una escala donde dirías que está este manejo de la ansiedad, ¿10 donde lo estoy manejando perfectamente, y 0 no la puedo manejar para nada donde lo colocarías?

C: Como 4.5

T: Ok, y ¿qué crees que deberías seguir haciendo para ese manejo?

C: (Se queda pensando)

T: ¿Qué te ha ayudado, qué no?

C: Mmm, creo que el factor distracción me ayuda...

Proyección de futuro: esta técnica ayudó a que la consultante rompiera el encuadre, habitualmente negativo, que hace de su situación y así se abrió la posibilidad de verse y situarse

en un futuro distinto, positivo, sin el problema, propiciando que la consultante cambie positivamente su forma de sentir, de verse y de comportarse con los otros.

Fragmento 10

C: Tengo días muy buenos, empiezo de muy buen humor, sonrisa, sigue así, así quiero estar, por la vida y pues así me la he intentado llevar.

T: Y en esos días que son buenos, ¿por qué es que son tan buenos?, porque ahora escucho que no son días malos que se vuelven buenos, ahora son días buenos

C: Ajá, no sé, desde que me despierto siento que hay, no energía, porque he estado muy floja, pero, no me siento tan agotada o angustiada, he estado nerviosa, pero me he dado cuenta que son nervios normales, de quiero salir de eso ya, y pues creo que es eso, no sé cómo explicarlo, no he pensado tanto en ello.

La utilización de las técnicas, herramientas y mirada de este modelo permitió después de seis sesiones realizar el alta del proceso terapéutico, haciendo uso de los recursos de la consultante.

En el siguiente apartado se reportarán las conclusiones del análisis de los casos expuestos, a través de la mirada de la Terapia Centrada en Soluciones.

3.7 Conclusión del análisis de los casos presentados

La práctica clínica que se deviene de la base teórica de la Terapia Centrada en Soluciones se caracteriza por ser, en primer término, una psicoterapia breve, con una duración que va de una a diez sesiones con un promedio de cinco, que se va espaciando a medida que se van alcanzando mejorías en la situación planteada por los consultantes; algo que se pudo observar en ambos casos, el primero de dos sesiones y el segundo de seis, observando cambios desde la primer consulta.

Además del trabajo con un equipo de supervisión, aunque dentro de la Terapia Centrada en Soluciones no es un formato obligatorio, el equipo interviene de forma activa en la conducción

del proceso de psicoterapia así como en el seguimiento de su evolución, algo que en esta residencia, como se ha mencionado previamente, es una gran herramienta, ya que abre un abanico de posibilidades hacia la búsqueda de recursos y soluciones, aunado a prestar miradas distintas del caso al estar tras el espejo (De Shazer, 1985).

Del contenido de la terapia, éste se enfoca centralmente en los recursos de los consultantes, por medio de la revisión de excepciones o de imágenes de futuro sin el problema, en consecuencia, el terapeuta apenas se ocupa de lo problemático y se centra principalmente en lo funcional, útil y satisfactorio para los consultantes. Así, este modelo, trabaja con las soluciones, pesquizando, marcando y amplificando las ocasiones en que los consultantes de hecho las hayan alcanzado y alentándolos a que asuman el control y la responsabilidad respecto de los cambios conseguidos. En este enfoque se parte de la base de que los consultantes tiene zonas de competencia, en las que es posible encontrar posibilidades de solución para el problema que las haya traído a consulta (Cade, 1993).

Por un lado, una de las intervenciones más importantes para llegar a la construcción de estos recursos es el uso del lenguaje, ya que es a través de la conversación que los recursos emanan para ampliar las excepciones y encontrar las soluciones de las situaciones problemáticas con la que las consultantes llegan, para ello es de relevancia utilizar el lenguaje del cliente, algo que en estos casos fue de gran utilidad para lograr una buena sintonía con las consultantes y crear una mejor relación terapeuta – cliente.

Por otro lado, el uso de tareas, metáforas y reencuadres, permiten encontrar maneras distintas de trabajar sobre las soluciones, con el fin de que generar y ampliar recursos, así como despatologizar las emociones con las que las consultantes llegaron a terapia.

Ahora, respecto a las diferencias encontradas entre uno y otro caso, desde mi punto de vista, una evidente fue la cantidad de sesiones entre cada caso, por lo que una hipótesis sería que

en momentos los recursos pueden tardar más en construirse o que los consultantes puedan hacer uso de ellos.

De igual forma, cabe recalcar que al estar inmerso en un equipo terapéutico, conllevó que en algunas sesiones los matices de tareas e intervenciones fuera desde otro modelo, por ejemplo, Terapia Narrativa o Equipos Reflexivos, siendo una buena forma de complementar la Terapia Centrada en Soluciones, pero que se vuelven una herramienta que, de manera personal, provee mejores resultados.

Cualquier cambio puede convertirse en parte de la construcción de nuevas expectativas que posibilitará la creación, por parte de las consultantes, de la solución. Como todo cambio positivo promueve las expectativas de cambios positivos adicionales, las intervenciones ulteriores al primer cambio positivo tendrán progresivamente mayores probabilidades de promover nuevos cambios favorables.

Siguiendo lo propuesto por Axelrod y luego por Berger, el cambio puede promoverse vinculando el futuro con el presente, ya que cuando el futuro destaca por sobre el presente a partir de definir una meta positiva y deseable para el cliente (como sería su vida sin el problema), los acontecimientos habituales de la vida presente son reconceptualizados como parte del proceso de alcanzar la meta futura ahora posible (Axelrod, 1981 en De Shazer, 1985; Garrido, 2016).

La aplicación de la Terapia Centrada en Soluciones, dio resultados favorables para la búsqueda y elaboración de recursos, en ambos casos, lo que pudo demostrar que es un modelo efectivo y flexible, capaz de adaptarse a distintas particularidades.

Capítulo 4.

Competencias y Habilidades Profesionales

Adquiridas

“El Terapeuta Familiar”

4.1 Habilidades Clínicas de Intervención.

En la Residencia en Terapia Familiar se atendieron diferentes casos con algunos de los problemas antes mencionados, donde la mirada y trabajo de los docentes y grupos terapéuticos tuvieron un papel importante en el desarrollo de los mismos.

En el siguiente apartado se hablará sobre cómo se realiza la supervisión dentro de la maestría, la forma de intervenir y la descripción de las clínicas y espacios en lo que se proporciona la terapia psicológica.

4.1.1 La Supervisión Clínica.

La Terapia Familiar Sistémica centra su trabajo en una visión más amplia y de intervención casi inmediata; se sabe de instituciones de salud y centros hospitalarios que demandan terapeutas orientados y entrenados en este enfoque terapéutico. La naturaleza de su proceder ha puesto en evidencia su utilidad y necesidad para un tratamiento más eficiente de los problemas clínicos (Zegarra, 2015).

Ante esto, el proceso de supervisión juega un papel muy importante en la formación de los nuevos terapeutas, se considera que la supervisión y la psicoterapia son dos modos de generar cambios a través de conversaciones que proceden de formas modelizables y deconstruibles.

La supervisión se puede entender como:

“un proceso generativo y transformador en el cual las personas desarrollan sus competencias, al igual que la psicoterapia que se puede definir de esa misma forma, pues en ambos contextos se connota el curso del cambio como un proceso de aprendizaje (Hernández, 2003, p.229)”.

La supervisión tiene un espacio esencial en la maestría, al ser una manera de enseñar un enfoque específico de terapia y una práctica de reflexión sobre que el propio quehacer terapéutico. Adicionalmente, la supervisión per se, es una manera de hacer terapia, donde el equipo (supervisores y coterapeutas) desempeñan roles para la resolución de los casos.

Desde un punto de vista sistémico, un proceso formativo de este tipo, implica generar instancias que promuevan procesos de *resonancia* dentro de los terapeutas en formación (Des Champs, s.f.). Se puede comprender, que estas instancias refieren a la elaboración de espacios en los cuales se viven experiencias movilizadoras que son significativas, y que se transforman en información para los terapeutas.

Por un lado, como en toda situación de interacción, la dinámica relacional propia del sistema de supervisión emerge en el entrelazamiento de la construcción individual con la co-construcción. Cuando la observación de los procesos que transitan en la supervisión se puntúa desde la construcción individual, se enfoca en cómo los terapeutas confieren sentido a su mundo, a los demás y a las situaciones que enfrentan, identificando sus sentimientos, sus premisas acerca de la vida, sus objetivos, sus conductas y las conexiones entre todos estos procesos (Fruggeri, 2001).

Por otro lado, cuando se puntúa desde la co-construcción, se enfocan los modos de relación, la coordinación de acciones y los juegos de lenguaje entre los consultantes y el terapeuta y entre el terapeuta y el equipo de supervisión. Como la construcción individual y la co-construcción son dos procesos simultáneos y recursivos, todos los participantes son coautores de la coordinación de acciones y de significados dentro de la cual se generan los procesos individuales; lo que implica que en la supervisión se develen los marcos teóricos, los prejuicios, los valores, la ideología y las vivencias previas del terapeuta, relevantes para el adecuado manejo del caso, al tiempo que se observan las pautas de interacción entre los distintos actores y se reflexiona sobre las formas de conducir la conversación, tanto en la terapia como en la supervisión (Córdoba, 2007).

Es por ello, que desde mi punto de vista, el proceso de supervisión en co-construcción es de suma importancia para la formación de los terapeutas sistémicos y posmodernos ya que permite generar una polifonía de voces dentro del espacio que enriquece el progreso de los casos y abre paso a los distintos modelos de formación.

4.1.2 Descripción de las sedes clínicas

Como parte del Programa de Residencia en Terapia Familiar se trabajó en distintos espacios clínicos, los cuales conllevaban formas de organización y participación específicas, se contaba con un equipo terapéutico, supervisor y terapeuta(s). De igual forma, se videograban las sesiones con el previo consentimiento informado de los usuarios y la mayoría de sesiones tenían una duración de 50 minutos.

En este apartado se describirán: la Clínica de Terapia Familiar del Colegio de Ciencias y Humanidades plantel Azcapotzalco, Clínica de Medicina Familiar “Tlalnepantla del ISSSTE” y la Clínica de Terapia Familiar de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, refiriendo de manera más específica la forma de trabajo, solicitud de pacientes, espacios físicos, supervisoras, distribución de pacientes y desarrollo de sesiones.

4.1.3 Clínica de Terapia Familiar del Colegio de Ciencias y Humanidades Plantel Azcapotzalco

El Colegio de Ciencias y Humanidades Plantel Azcapotzalco está ubicado en la avenida Aquiles Serdán número 2060, en la alcaldía Azcapotzalco en la Ciudad de México. Los servicios se brindan de manera gratuita en un salón del segundo piso del Sistema de Laboratorios para el Desarrollo y la Innovación (SILADÍN) en un horario de 8:00 a 14:00 horas para alumnos y/o sus familiares, docentes y trabajadores de dicho plantel.

La sala de lectura era un lugar amplio acondicionado para atender pacientes, dividida en dos secciones, una utilizada por el terapeuta y los consultantes y otra por el equipo de supervisión y en ocasiones por observadores. Había una videograbadora que se colocaba en posiciones estratégicas para poder documentar las sesiones, se contaba con un pizarrón grande donde se colocaban observaciones o preguntas, así como el tiempo restante de sesión.

Se trabajaba en conjunto con el área de Psicopedagogía, los interesados se acercaban y solicitaban apoyo psicológico o en ocasiones profesores o familiares los canalizaban, después se proporcionaban los datos y el terapeuta que estuviera libre era asignado para atenderlos, la población más común eran estudiantes del mismo plantel.

El terapeuta asignado se comunicaba con ellos, solicitaba los datos principales y agendaba la cita, en el formato quincenal o semanal; el supervisor de esta sede era el Dr. Alexis Ibarra Martínez, su forma de trabajo era la siguiente:

Nos citaba 10 minutos antes del inicio de la primera consulta, hacíamos una pre-sesión con lo que íbamos a hacer y al final del día se hacía un conversatorio con resúmenes de los casos y nuestro sentir. A lo largo de las sesiones colocaba preguntas en el pizarrón, si él sentía que nos “atorábamos” entraba en las sesiones y nos apoyaba. Después de 40 minutos se realizaba una pausa, el paciente salía y en equipo discutíamos las ideas surgidas a partir del caso, Alexis nos dejaba hablar primero, después hacía un resumen con lo escuchado y se devolvía a los pacientes un mensaje final y en algunos casos una tarea.

Como parte del trabajo, en esta ocasión tuvimos la oportunidad en coordinación con Psicopedagogía para dar un taller de violencia para los y las alumnas, el cual se describirá de manera más adelante, pero que permitió que padres de familia y alumnos conocieran el trabajo de la Residencia, se acercaran a este espacio y solicitaran el servicio.

4.1.4 Clínica de Medicina Familiar “Tlalnepantla” del Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)

La clínica está ubicada en la avenida Chilpancingo s/n, en la colonia Valle Ceylán, en el municipio de Tlalnepantla de Baz en el Estado de México, se brindaba atención los días jueves en un horario de 8:00 a 13:00 horas, gratuito para los derechohabientes del ISSSTE.

El espacio físico proporcionado era un pequeño consultorio con un pizarrón movable, sillas y ventanas que daban hacia el exterior de la clínica, se colocaban las sillas de manera que los consultantes le dieran la espalda al equipo; la diferencia con el CCH era que el espacio era más reducido y generaba una sensación de mayor cercanía entre los consultantes y el equipo, lo que la gran mayoría tomaba de buena forma.

Aquí la coordinación era con el departamento de Psicología, la licenciada Guadalupe nos mandaba a los pacientes que encajaban con el perfil de Terapia Familiar, nos daba los datos y los citábamos los días correspondientes. La población que acudía de manera más común eran personas de la tercera edad, lo que fomentaba el uso de estrategias distintas a las otras dos sedes.

Las dos supervisoras encargadas eran la Maestra Carmen Susana González Montoya y la Maestra María Nalleli Cedillo Mora.

En segundo semestre, la supervisión estaba a cargo de la maestra Susana, quien utilizaba un modelo de Terapia Breve Centrado en Soluciones, su manera de trabajo era más directa y colocaba pocas preguntas en el pizarrón, al final de las sesiones hablábamos sobre nuestra percepción de los casos y nos pedía un comentario favorable de los terapeutas que estuvieron frente a los paciente, fomentando nuestro crecimiento y rescatando puntos positivos.

En cuarto semestre la supervisora fue la maestra Nalleli, ella utilizaba un modelo de Terapia Narrativa, nos solicitaba llegar 30 minutos antes para discutir los casos, nos pedía a todos tener acceso a las actas para revisarlas con antelación, nos preguntaba lo que haríamos y pedía que diéramos ideas de trabajo para cada caso de los compañeros; una herramienta utilizada

constantemente en esta supervisión fueron los equipos reflexivos, lo cual permitía el trabajo en conjunto y la polifonía de voces en sesión.

Con ambas supervisoras, al igual que en la sede del CCH y FESI, después de 40 minutos se hacía una pausa, los terapeutas comentaban su sentir y hacíamos un resumen para regresar el mensaje final y en ocasiones dejar tareas terapéuticas.

4.1.5 Clínica de Terapia Familiar en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala

La Clínica de Terapia Familiar está ubicada en la Avenida de los Barrios en los Reyes Iztacala, en Tlalnepantla de Baz, Estado de México, en el segundo piso del edificio de endoperiodontología.

Existía el servicio de terapia familiar, pareja o individual a estudiantes y público en general, el cual tenía un costo de 50 pesos por sesión que era parte de los fondos de la UNAM.

A diferencia de los otros dos espacios, la clínica contaba con un espejo unidireccional, lo que hacía que los pacientes no vieran de manera directa al equipo, dándoles una sensación de intimidad con el terapeuta. Asimismo, había un teléfono fijo, así cuando el equipo o la supervisora quería comunicarse con el terapeuta se realizaba una llamada para transmitir las ideas.

La asignación de casos era a través de unas papeletas que los y las consultantes colocaban en un buzón afuera de la clínica; al ser un espacio propio de la residencia teníamos como terapeutas el control y manejo de los pacientes, a través de una lista de control que repartíamos al principio del semestre con base en el perfil de cada uno. La población que acudía era variable, aunque como se observará en la tabla 4, fueron más comunes casos de estudiantes y trabajadores de la Universidad.

En esta sede se trabajó con la Dra. Nérida Padilla Gámez, la Mtra. Laura Pérez Laborde y la Dra. Xóchitl Galicia Moyeda, al igual que en las sedes anteriores la estructura de la sesión era la misma, nos reuníamos unos minutos antes de la sesión, explicábamos a la supervisora y al equipo

la forma de trabajo con los consultantes y al final se daba una retroalimentación del proceso terapéutico. Al concluir el semestre se hacía una autoevaluación y revisión por cada una de las docentes a cargo, lo cual era fructífero para la formación terapéutica.

4.1.6 Tabla de pacientes atendidos en las distintas sedes

En la Residencia en Terapia Familiar se dio atención a diferentes casos con problemáticas variadas en modalidades individual, pareja y familiar, y las edades de las personas variaron de niños pequeños a adultos mayores.

A continuación, se presenta la tabla de los consultantes atendidos como parte del equipo terapéutico conformado por los terapeutas en formación: Anaid Alonso Díaz, Yazmín Monserrat Sánchez Trejo, María del Rosario Ruiz Alvarado, Agustín Emmanuel Espinosa Bataz, Giovanni García Yedra y Víctor Hugo Villalba Azamar.

Tabla 15

Pacientes atendidos en la sección en los distintos semestres y sedes

Consultante(s) Sexo.	Terapeuta Supervisor	Motivo de Consulta	Nº sesiones Conclusión de caso.
2º Semestre			
Sede: Clínica de Terapia Familiar FES Iztacala			
Familia: 2 mujeres.	Terapeutas: Anaid Alonso y Víctor Villalba. Supervisora: Dra. Nérida Padilla Gámez.	Problemas familiares.	10 ALTA
Familia: 2 mujeres.	Terapeutas: Anaid Alonso y Monserrat Sánchez. Supervisora:	Dificultad en el manejo de emociones.	4 ALTA

	Mtra. Susana González.		
Pareja: Mujer Hombre	Terapeutas: Anaid Alonso Díaz y Monserrat Sánchez Supervisora: Mtra. Susana González.	Problemas de pareja	4 ALTA
Hombre	Terapeutas: Agustín Espinosa y Rosario Ruiz Supervisora: Mtra. Susana González.	Ataques de Ansiedad	4 ALTA
Familia: 2 hombres y 1 mujer.	Terapeutas: Giovanni García y Rosario Ruiz Supervisora: Dra. Nélica Padilla Gámez	Consumo de sustancias.	7 ALTA
Mujer	Terapeutas: Agustín Espinosa y Rosario Ruiz. Supervisora: Mtra. Susana González.	Problemas con ex pareja violenta.	2 BAJA
Mujer	Terapeutas: Agustín Espinosa y Rosario Ruiz. Supervisora: Mtra. Susana González.	Problemas familiares.	1 BAJA
Mujer Hombre	Terapeutas: Agustín Espinosa y Monserrat Sánchez Supervisora: Dra. Nélica Padilla	Problemas de pareja.	8 ALTA
Familia: 2 hombres.	Terapeutas: Giovanni García y Víctor Villalba Supervisora: Mtra. Susana González.	Duelo y dificultades familiares.	5 ALTA
Mujer.	Terapeutas: Giovanni García y Víctor Villalba Supervisora: Mtra. Susana González.	Problemas familiares.	2 ALTA
Sede: ISSSTE TLALNEPANTLA			

Mujer	Terapeutas: Giovanni García y Agustín Espinosa. Supervisora: Mtra. Susana González.	Preocupación de su situación actual.	4 ALTA
Mujer	Terapeutas: Montserrat Sánchez y Víctor Villalba. Supervisora: Mtra. Susana González.	Problemas con su hijo.	2 ALTA
Mujer	Terapeutas: Rosario Ruiz y Anaid Alonso Supervisora: Mtra. Susana González.	Depresión	3 ALTA
3º semestre			
Sede: Clínica de Terapia Familiar FES Iztacala			
Hombre	Terapeuta: Agustín Espinosa Supervisora: Mtra. Laura Pérez	Depresión	5 ALTA
Pareja: Mujer Hombre	Terapeuta: Agustín Espinosa Supervisora: Dra. Xóchitl Galicia	Mejorar la relación de pareja.	7 ALTA
Mujer	Terapeuta: Anaid Alonso Supervisora: Dra. Xóchitl Galicia	Efectos emocionales a causa de enfermedad crónico degenerativa.	5 ALTA
Mujer	Terapeuta: Anaid Alonso Supervisora: Mtra. Laura Pérez	Estrategias para la crianza de su hija.	9 ALTA
Mujer	Terapeuta: Anaid Alonso Supervisora: Dra. Xóchitl Galicia	Problemas con su hija.	1 BAJA

Mujer	Terapeuta: Rosario Ruiz Supervisora: Dra. Xóchitl Galicia	Manejar ruptura de pareja que ejercía violencia	8 ALTA
Mujer	Terapeuta: Rosario Ruiz Supervisora: Mtra. Laura Pérez	Problemas con su hermana.	4 BAJA
Hombre	Terapeuta: Víctor Villalba Supervisora: Mtra. Laura Pérez	Problemas de pareja y abuso de sustancias.	8 ALTA
Mujer	Terapeuta: Víctor Villalba Supervisora: Dra. Xóchitl Galicia	Ansiedad y mala convivencia familiar.	1 BAJA
Mujer	Terapeuta: Víctor Villalba Supervisora: Dra. Xóchitl Galicia	Ataques de ansiedad.	6 ALTA
Mujer	Terapeuta: Giovanni García Supervisora: Mtra. Laura Pérez	Abuso de sustancias.	4 BAJA
Hombre	Terapeuta: Giovanni García Supervisora: Dra. Xóchitl Galicia	Problemas de pareja	8 ALTA
Familia: 2 mujeres 2 hombres	Terapeuta: Montserrat Sánchez Supervisora: Mtra. Laura Pérez	Mala convivencia familiar.	4 BAJA
Sede: CCH Azcapotzalco			
Hombre	Terapeuta: Agustín Espinosa Supervisor:	Ataques de ansiedad.	6 ALTA

	Dr. Alexis Ibarra		
Mujer	Terapeutas: Agustín Espinosa y Rosario Ruiz Supervisor: Dr. Alexis Ibarra	Ataques de ansiedad, problemas con su mamá.	4 BAJA
Mujer	Terapeuta: Anaid Alonso Supervisor: Dr. Alexis Ibarra	Ataques de ansiedad y mala relación con su mamá.	6 ALTA
Mujer	Terapeuta: Rosario Ruiz Supervisor: Dr. Alexis Ibarra	Problemas de pareja	6 ALTA
Mujer	Terapeuta: Víctor Villalba Supervisor: Dr. Alexis Ibarra	Ansiedad y depresión.	3 BAJA
Mujer	Terapeuta: Víctor Villalba Supervisor: Dr. Alexis Ibarra	Manejo de situación después de intento de suicidio.	2 BAJA
Mujer	Terapeuta: Giovanni García Supervisor: Dr. Alexis Ibarra	Problemas familiares	5 BAJA
Hombre	Terapeuta: Monserrat Sánchez Supervisor: Dr. Alexis Ibarra	Depresión	2 BAJA
Mujer	Terapeuta: Monserrat Sánchez Supervisor: Dr. Alexis Ibarra	Depresión y problemas de pareja.	4 ALTA
4º semestre			
Sede: Clínica de Terapia Familiar FES Iztacala			
Mujer	Terapeuta:	Problemas familiares a causa del	1

	Anaid Alonso Supervisora: Dra. Nélica Padilla	consumo de sustancias.	BAJA
Hombre	Terapeutas: Giovanni García y Rosario Ruiz. Supervisora: Dra. Nélica Padilla.	Ansiedad	4 BAJA
Mujer	Terapeuta: Agustín Espinosa Supervisora: Dra. Nélica Padilla.	Violencia en la pareja.	2 BAJA
Familia: 2 hombres y una mujer.	Terapeuta: Víctor Villalba Supervisora: Dra. Nélica Padilla	Mala convivencia familiar.	2 BAJA
Sede: ISSSTE Tlalnepantla.			
Mujer	Terapeuta: Anaid Alonso Supervisora: Mtra. Nalleli Cedillo.	Derrame cerebral reciente	5 BAJA
Mujer	Terapeutas: Anaid Alonso y Rosario Ruiz Supervisora: Mtra. Nalleli Cedillo.	Violencia en la pareja.	2 BAJA
Hombre	Terapeutas: Giovanni García y Monserrat Sánchez Supervisora: Mtra. Nalleli Cedillo.	Depresión.	2 ALTA

En la tabla anterior se enlistaron los casos atendidos donde fui partícipe como parte del equipo terapéutico, el cual fue un trabajo enriquecedor ya que se conjuntaban distintas miradas de modelos, de los casos y estilos de dar terapia, además de contar con la experiencia de los

supervisores quienes nos apoyaban, guiaban y daban ideas en torno a intervenciones, tareas y mensajes finales.

Cabe mencionar que algunos casos que no llegaron a culminarse fue a causa de distintos factores, por ejemplo, falta de tiempo, permisos escolares y/o laborales, y los del último semestre a raíz de la pandemia de la COVID-19.

En el siguiente apartado, se describirán las actividades alternas realizadas en la residencia como: reportes de investigación cuantitativa y cualitativa, elaboración de instrumentos, asistencia a congresos, talleres y pláticas.

4.2 Habilidades de Investigación

Como parte del plan de estudios de la residencia en Terapia Familiar con la tutela de la Dra. Nélide Padilla y la Dra. Diana Moreno durante los dos primeros semestres se llevó a cabo un trabajo de investigación de corte cuantitativo (en primer semestre) y cualitativo (en segundo semestre). Los temas abordados fueron las prácticas parentales y la autorregulación emocional en los adolescentes, la aplicación de instrumentos se realizó directamente en el Centro de Estudios Tecnológicos, Industrial y de Servicio número 13.

Asimismo, para la materia de Medición y Evaluación del segundo semestre, con dirección del Dr. Ricardo Sánchez y la Dra. Laura Evelia Torres se elaboró la validación de un instrumento para medir las estrategias de comunicación en la resolución de conflictos en jóvenes.

Las tres investigaciones fueron realizadas en conjunto con mis compañeros de maestría Agustín Bataz y Miguel Mendoza, en los siguientes apartados se colocarán los resúmenes de cada una de ellas.

4.2.1 Investigación de Corte Cuantitativo.

Prácticas parentales en la regulación emocional de adolescentes.

Agustín Emmanuel Espinosa Bataz, Miguel Angel Mendoza Espinosa y Víctor Hugo Villalba Azamar.

Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM

Residencia en Terapia Familiar

RESUMEN

Este estudio evaluó la relación entre las prácticas parentales y la regulación emocional en adolescentes. Se evaluó a una muestra de 100 estudiantes de bachillerato mediante tres cuestionarios de opción múltiple. Los resultados mostraron que los adolescentes se encuentran en un nivel medio en prácticas parentales del padre y de la madre, de igual manera en la dimensión de regulación emocional puntuaron en un nivel medio, no obstante en la subescala de tristeza se ubicaron en un nivel bajo. Por otra parte, el 70% contestaron que han consumido alcohol, 29% drogas y 49% tabaco. Por último, se realizaron pruebas correlacionales para conocer el grado de asociación entre las prácticas parentales, la regulación emocional y conductas de riesgo obteniendo correlaciones significativas entre las mismas.

Palabras clave: *prácticas parentales, regulación emocional, consumo de sustancias, adolescentes.*

4.2.2 Investigación de Corte Cualitativo.

Prácticas parentales y regulación emocional en el consumo de sustancias de adolescentes: Estudio de caso

Espinosa Bataz Agustín Emmanuel, Mendoza Espinosa Miguel Angel y Villalba Azamar Víctor Hugo.

Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM

Residencia en Terapia Familiar

RESUMEN

La literatura demuestra que las prácticas parentales y la regulación emocional tienen incidencia en el consumo de sustancias; sin embargo, resulta necesario explorar los procesos de aprendizaje y transformación en los procesos mencionados. Por ello, utilizando metodología cualitativa, esta investigación analizó el proceso de transformación de la regulación emocional y las prácticas parentales en una joven adolescente, en relación a su consumo de sustancias. Se llevó a cabo el estudio de caso obteniendo la información a través de entrevista de profundidad a una adolescente que consumía sustancias y obtuvo baja puntuación en la Escala de Prácticas Parentales de Oliva et al. (2007). Los resultados nos permitieron conocer cómo los procesos sociales relacionados con sus padres han repercutido en sus habilidades de regulación emocional, la cual se ha visto mermada, exponiendo, a su vez, recursos y dificultades ante situaciones de consumo de sustancias.

Palabras clave: *Prácticas parentales, regulación emocional, consumo de sustancias, adolescentes.*

4.2.3 Instrumento de evaluación.

Validación de instrumento: “Medición de Estrategias de Comunicación en la Resolución de Conflictos en Jóvenes”.

Mendoza Espinosa Miguel Ángel, Villalba Azamar Víctor Hugo y Espinosa Batáz Agustín Emmanuel.

Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM

Residencia en Terapia Familiar

RESUMEN

La literatura ha señalado que en la adolescencia la comunicación entre los hijos y sus progenitores se hace más difícil; especialmente, al momento de resolver conflictos. Por ello, el

objetivo de la investigación fue construir y validar un instrumento que evalúa estrategias de comunicación en la resolución de conflictos en jóvenes. La muestra estuvo constituida por 50 jóvenes de entre 18-25 años de edad; se recolectó la información usando la técnica de Redes Semánticas Naturales Modificadas, definiendo así categorías desde las cuales se construyeron los ítems. Posteriormente, se recurrió a un jueceo de expertos en Psicometría y trabajo de familias con jóvenes, para obtener la validez de contenido. Los resultados arrojaron que 10 de los 30 ítems originales del instrumento poseen validez de contenido adecuada respecto a los constructos que pretende medir.

Palabras clave: *Medición, estrategias de comunicación, resolución de conflictos.*

4.3 Habilidades de difusión.

Difundir los proyectos y trabajos realizados en la maestría, resultó una parte importante, ya que permitió que no solo se quedaran en papel, dándonos la oportunidad de compartirlos y transmitirlos en otros espacios, personas, contextos e incluso culturas.

Se expondrá una lista y experiencia obtenida de los congresos y foros tanto nacionales como internacionales en los que se presentaron los proyectos de investigación antes mencionados, así como la participación como el papel de asistente de conferencias por parte de expertos en el área de Psicología y Terapia Familiar.

De igual forma, se explicarán los talleres, pláticas y materiales audiovisuales elaborados en las distintas sedes durante el tiempo de la residencia.

4.3.1 Asistencia a congresos.

El primero congreso al que tuve la oportunidad de asistir y colaborar gracias al apoyo del CONACYT y a la UNAM fue el VIII Congreso Internacional ALFEPSI “Discursos y prácticas para

una formación en Psicología Lationamericana Culturamente Sensible”, los días 2 al 5 de octubre de 2019 en Medellín, Colombia, donde presenté el cartel “Métodos de Crianza en la Autorregulación Emocional con Adolescentes”

Era la primera vez que participaba en un foro de esta categoría, solía escuchar que la manera de enseñar los carteles era colocarlos en mamparas y explicarlos con los alumnos y maestros que se acercaban, sin embargo, lo interesante de este congreso fue que se hizo la presentación del proyecto en forma de ponencia oral, algo que aumentó la difusión del trabajo, la Universidad y la maestría, haciendo énfasis en el enfoque sistémico y el trabajo con adolescentes y jóvenes.

Además de la presentación del proyecto, escuché diversas pláticas por parte de docentes de la Residencia como el de la maestra Rosario Espinosa Salcido quien presentó la conferencia magistral “Familias Latinoamericanas: Respuestas y Propuestas de la Psicología en un Mundo Cambiante” y el de la maestra Nalleli María Cedillo Morales con la ponencia “La bioética narrativa como marco para la crítica al diagnóstico psiquiátrico”, las cuales permitieron encontrarme y complementar la mirada académica recibida en la residencia.

Mostrar y presenciar estos trabajos hizo percatarme del gran nivel que contamos profesionalmente, otorgado por la Universidad y la maestría, así como la calidad de docentes que integra la plantilla actual.

Compartir el espacio con colegas y referentes de otros países a través de ponencias, carteles o reuniones académicas ayudó a mirar la Psicología de una manera más integradora, así como entender las problemáticas que compartimos en los países lationamericanos en los cuales hay que incidir desde una mirada sistémica.

Igualmente, experimentar los contrastes socioculturales de una ciudad como Medellín enriquecieron mis sentidos a nuevas experiencias y vivencias que enriquecieron mi bagaje científico, profesional y humano.

El segundo congreso en el que fungí como ponente fue el XIII Congreso de Posgrado en Psicología UNAM, con el trabajo “Métodos de Crianza en la Autorregulación Emocional con Adolescentes”, celebrado los días 9 y 10 de octubre de 2019.

Este evento anual es de gran importancia ya que reúne a la comunidad académica del Programa de Maestría y Doctorado en Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, con la finalidad de divulgar los avances de los proyectos que estamos realizando.

Ese año en específico fue valioso ya que el congreso se realizó en nuestra casa, la FESI, así que era un gran escenario para mostrar, compartir e incentivar los trabajos y proyectos que realizamos en las distintas sedes clínicas con las que contamos en la residencia de Terapia Familiar.

Aunado a esto, fue una oportunidad preciada ya que pude dialogar con otros colegas y conocer la dinámica de la Residencia en Terapia Familiar en las otras dos sedes, Ciudad Universitaria y la FES Zaragoza, lo que complementó la mirada sistémica y posmoderna de los enfoques, técnicas e intervenciones.

La participación en estos foros de difusión son de gran importancia ya que además de compartir vivencias, consejos y enseñanzas ayudaron a desarrollar habilidades para la presentación oral, la defensa de trabajos de investigación ante la comunidad académica a nivel internacional y nacional y mostrar a las distintas áreas de licenciatura las características de los Programas de Maestría y Doctorado a nivel nacional e internacional.

4.3.2 Materiales didácticos y audiovisuales.

Como parte del trabajo integral de la Residencia en Terapia Familiar se generaron los siguientes productos tecnológicos: dos blogs sobre intervenciones y técnicas en Terapia

Estratégica y Modelo de Milán, un juego didáctico interactivo sobre la historia de la Terapia Familiar y dos videos informativos de técnicas de modelos terapéuticos.

A continuación, se describirán brevemente:

4.3.2.1 Blogs electrónicos de Terapia Estratégica y Modelo de Milán.

Como parte de las materias de Terapia Estratégica (segundo semestre) y Modelo de Milán (tercer semestre) con la tutela de la maestra Laura Edith Pérez Laborde, de manera grupal realizamos dos páginas web con acceso público donde se habló de los modelos mencionados previamente, haciendo énfasis en los representantes, técnicas, herramientas e intervenciones, así como, casos clínicos abordados bajo esa mirada, junto con una parte interactiva donde recibíamos comentarios, contenido y preguntas de otros terapeutas, supervisores y alumnos de Psicología, abriendo caminos de diálogo.

Las páginas utilizadas fueron Wordpress para el blog de Terapia Estratégica y Wix para el Modelo de Milán.

A continuación, se dejan los dos vínculos en caso de que se decidan revisar con fines pedagógicos:

- Terapia Estratégica: <https://terapiaestrategia2019.home.blog/2019/06/10/las-fobias-desde-el-enfoque-estrategico/>
- Modelo de Milán: <https://terapiafam2018.wixsite.com/website>

4.3.2.2 Juego Interactivo Kahoot.

En la materia de primer semestre de Teorías y Modelos de Intervención a cargo de la doctora Iris Xóchitl Galicia Moyeda de manera grupal creamos un juego de 40 preguntas de opción múltiple de la historia, antecedentes, representantes y premisas de la Terapia Familiar; el

propósito de éste fue que los nuevos alumnos y alumnas de la residencia tras terminar de cursar estas materias de primer semestre puedan reforzar los conocimientos de una manera interactiva.

El juego no tiene límite de participantes, se puede jugar desde cualquier celular, tableta o computadora con conexión a internet, se entrega un código que colocan desde la página de *Kahoot.it*, van apareciendo las preguntas, posteriormente las respuestas, ellos tienen que elegir la que creen correcta, al final se muestra el puntaje obtenido por cada uno y se elige al ganador. El juego se puede repetir las veces que se quiera, se puede jugar en cualquier momento y es una manera armónica y divertida de practicar y adentrarse a los conceptos de la Terapia Familiar.

4.3.2.3 Videos Interactivos de Técnicas e Intervenciones.

Por parte de las asignaturas de Terapia Estructural y Terapia Centrada en los Problemas, con instrucción de la maestra Roxana Sotomayor y la maestra Susana González nos solicitaron grabar videos en equipos, mostrando e identificando las distintas técnicas e intervenciones a través de escenificación de casos y entrevistas clínicas.

Para ambas videograbaciones trabajé con Agustín Bataz, Miguel Mendoza, Édgar Íñiguez, Heydi Reynosa y Betzabel Ruiz, lo cual fue una experiencia muy grata ya que, a pesar de que era actuado, permitió la práctica de las técnicas, así como compartir espacio con mis compañeros y compañeras de la otra sección que retroalimentaban con su perspectiva de las técnicas, resolviendo dudas y dando ideas para los casos de pacientes de la residencia.

4.3.3 Talleres y pláticas.

De manera paralela a los procesos terapéuticos en las sedes clínicas, nos solicitaron dar pláticas y talleres en las mismas, con el propósito de dar a conocer el trabajo de la residencia, aumentar la difusión del servicio y captar pacientes. El primero fue un taller en el Colegio de

Ciencias y Humanidades plantel Azcapotzalco y la otra fue una plática para el personal de salud de la Clínica de Medicina Familiar del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) en Tlalnepantla, a continuación se dará una breve descripción de cada una.

4.3.3.1 Taller: “Prevención de la violencia”

En segundo semestre como parte de las actividades del Colegio de Ciencias y Humanidades plantel Azcapotzalco en coordinación con el área de Psicopedagogía y el doctor Alexis Ibarra Martínez nos encomendaron dar talleres sobre violencia intrafamiliar para padres y alumnos de primer ingreso que se detectaron de “riesgo” a través de unos cuestionarios.

Como equipo de supervisión nos tocó trabajar directamente con los y las alumnas del plantel, diseñamos un taller utilizando la Terapia Narrativa como eje para visibilizar la violencia y saber cómo ellos y ellas la conceptualizaban. A continuación, se describen las actividades que se realizaron:

- Introducción del taller: presentamos al equipo de trabajo y dimos a conocer de manera breve los objetivos del taller.
- Actividad rompehielos: reducimos la tensión del grupo con una dinámica fuera del tema, para establecer una interacción grupal apropiada para el desarrollo del taller.
- Mitos y realidades de la violencia: evaluamos el conocimiento previo que tenía el grupo en torno al tema de la violencia y a través de una presentación Powerpoint proporcionamos información relevante respecto a definiciones claves, clasificaciones y efectos de la violencia.

- “La violencia nos revienta a todos”: identificamos situaciones donde cada uno de los participantes reconoce como receptores y perpetradores de la violencia reflexionando sobre las implicaciones de dichas posiciones.
- “¿Cómo se ve la violencia?”: rescatamos elementos que caracterizan los diferentes tipos de violencia desde la experiencia de los participantes, a través de tarjetas y un collage.
- Reflexiones finales: los participantes mencionaron los aprendizajes e ideas que recibieron a lo largo del taller, comentando su posible aplicación y utilidad para las situaciones que viven, así como su sentir y evaluación de las actividades.

Este taller, fue una experiencia fructífera ya que como grupo pudimos brindar nuestros puntos de vista, experiencias e intervenciones respecto al tema, además de poder aplicar la terapia a un plano más educativo y pedagógico, aunado a que los y las alumnas de la preparatoria conocieran nuestro servicio de terapia.

4.3.3.2 Plática “El arte de atender a las personas”

De igual forma en segundo semestre de la residencia, la coordinación de Enseñanza de la Clínica de Medicina Familiar del ISSSTE Tlalnepantla nos solicitaron dar pláticas para el personal de salud de la jornada de “Trato Para un Buen Trato”.

En mi caso, en el mes de mayo de 2019, me tocó dar la sesión denominada: “El Arte de Atender”, en colaboración con mi compañera de maestría Anaíd Alonso, en las siguientes líneas narraré brevemente cómo estuvo conformada la presentación:

Mientras esperábamos que llegara todo el personal, realizamos una actividad rompehielos, preguntándoles qué era lo que nos hacía parecidos como profesión, algunos dieron ideas de usar bata, trabajar en la clínica y algunos otros sobre el trato al paciente (el tema a abordar). Después,

pregunté sobre cómo conceptualizaban “atender”, con el fin de escucharlos y saber de qué maneras ellos se manejan con los derechohabientes. Abordamos el tema del burn-out como personal de salud y la parte empática de entender que no siempre es posible dar el mejor trato debido al cansancio, estrés y hasta los mismos pacientes. Hablamos sobre el tema del autocuidado, comunicación y la asertividad en el trabajo, como manera de protegerse de esas situaciones cotidianas a las que estamos expuestos con el fin de que se sientan más cómodos en el trabajo y no lo vieran como una manera inquisitiva de realizar sus actividades. Finalmente, se cerró la plática con algunas de las experiencias que han tenido con los pacientes en las que no reaccionaron de la mejor forma y cómo les gustaría hacerlo de ahora en adelante poniendo en práctica esos conceptos.

Al igual que el taller del CCH Azcapotzalco, esta plática fue un gran oportunidad para mirar los problemas desde otra arista, poder ver la labor del sector salud de un lado más humano, aunado a poder colaborar con otras áreas como nutrición, trabajo social, médicos, enfermeras y personal de intendencia, abriendo paso a conocer la importancia del autocuidado y salud mental.

Capítulo 5. Reflexiones finales.

**“La culminación del inicio desde la cima de la
montaña”**

5.1 Consideraciones éticas en el trabajo con familias

La disciplina psicológica se mueve en un campo laboral y profesional que permite un estrecho vínculo entre el psicólogo y la sociedad. Tal interacción es vital para el desarrollo de todas las psicologías; por tanto, es igualmente importante la actitud ética con que se manifiesta el ejercer del psicólogo. La Real Academia de la Lengua Española (2001), la define como “el conjunto de normas morales que rigen la conducta de la persona en cualquier ámbito de la vida”, por lo tanto, se entiende que debiera seguirse la línea de lo bueno, en tanto correcto, en toda acción entre paciente-alumno-profesional de la psicología (Sosa, 2017).

En psicoterapia, la relación terapeuta-paciente adquiere características particulares y constituye la base del ejercicio profesional. El consultante expone su intimidad y el terapeuta hace uso de su persona como principal instrumento de trabajo. Aún cuando los distintos enfoques terapéuticos pueden conceptualizar y utilizar de diferentes formas el vínculo, lo que es común es justamente el papel que ocupa la relación terapéutica en la práctica profesional. De hecho, la investigación empírica ha mostrado que independientemente de la teoría o técnica terapéutica; la calidad de esta relación se asocia a los resultados de la terapia (Beutler, 2004).

A diferencia de otras orientaciones terapéuticas en la Terapia Familiar Sistémica se trabaja con equipos de supervisión, lo que conlleva que más personas conozcan los casos y la información sensible de cada consultante, por ello, la importancia de la preparación y formación terapéutica así como tener presente el consentimiento informado escrito y verbal.

El consentimiento informado en Psicología surge para anteponer el principio de autonomía (“capacidad para darse normas o reglas a uno mismo sin influencia de presiones”) sobre el principio de beneficencia (“obligación de actuar en beneficio de otros, promoviendo sus legítimos intereses y suprimiendo prejuicios”). Es de los requisitos más importantes en el desempeño de la práctica profesional.

Se puede definir el consentimiento informado en Psicología como: “la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud” (Luelmo, 2001).

Dentro de la residencia al principio de cada proceso terapéutico se entrega a cada uno de los consultantes un consentimiento informado donde se da a conocer las reglas, condiciones, el uso del material audiovisual y escrito de las sesiones y la duración de la terapia, aunado a realizarlo de forma verbal en la primera sesión, con el fin de respaldar a los pacientes y a nosotros mismos.

De igual forma, otro tema relevante desde este enfoque de terapia es lo relacional, saber que no somos seres en blanco y que las preconcepciones, por nuestra historia de vida, que traemos al proceso terapéutico tienen un lugar importante, siendo así, las supervisoras y compañeros de sección tienen un papel fundamental para apoyarnos a encontrarlas, trabajar sobre ellas y encaminarlas al lugar adecuado.

Por todo esto, es nuestra obligación y responsabilidad como terapeutas familiares conocer el Código de Ética y ejercer nuestra labor desde la responsabilidad profesional, la empatía, el entender al otro desde una postura no inquisitiva y de escucha activa.

5.2 Implicaciones de la persona del terapeuta en el campo profesional

Los discursos profesionales han estado centrados sólo en las consecuencias que tiene la psicoterapia en la vida de los pacientes y en la construcción de realidades terapéuticas. No obstante, esta actividad se realiza en medio de discursos que también constituyen la vida y la construcción de mundo del terapeuta. El hacer terapia impacta sobre la vida y el quehacer del terapeuta al ser incluido de una manera tan íntima en el mundo interno de los pacientes (White, 2002).

Como menciona Goldbeter-Merenfeld (2003), previo a la primera consulta, los pacientes traspasan una gran barrera de pudor, desconfianza y miedo al depositar en el terapeuta toda su esperanza de ser contenidos, entendidos y ayudados. Esta entrega es un privilegio único. Participar tan profundamente de los relatos de vida de los pacientes enriquece la propia vida del terapeuta; le permite incorporar nuevas narrativas sobre sí mismo, sobre su paciente y sobre otros pacientes, los que se benefician en forma recursiva del aprendizaje obtenido a través de la práctica.

La persona del terapeuta es un tema que se aborda constantemente en la residencia, ser conscientes en la manera en la que nos relacionamos con los consultantes y a su vez, la manera en la que ellos se relacionan con nosotros. Cuando un cliente toma la decisión de tomar terapia, somos privilegiados de poder ser partícipe de sus historias y maneras de vida, algo que he visualizado como un gran aprendizaje.

Igualmente, es importante reconocer los limitantes de nuestro quehacer terapéutico, al existir ciertos temas que nos tocan partes sensibles de nuestras historias de vida y que no podemos atenderlos.

Por ello, retomando una frase que constantemente nos mencionaba la maestra Ofelia Desatnik (en comunicación personal, 2019): “nosotros somos nuestro propio instrumento y tenemos que estar afinados”, por tal, la gran importancia de llevar nuestro propio proceso terapéutico, ya que constantemente estamos expuestos a temas que nos sobrepasan o tocan profundamente nuestras identidades y es importante trabajar sobre las mismas.

Sin lugar a dudas, ahora que he egresado y me he dedicado al trabajo con pacientes en organizaciones y de manera privada, entiendo la importancia del autocuidado, de saber mis tiempos y límites en cuanto al número de pacientes, los espacios entre cada uno, la elaboración de reportes y notas clínicas, así como la necesidad buscar espacios externos para supervisarme y revisar los casos.

5.3 Reflexiones y Análisis de la Experiencia en la Residencia.

Desde que egresé de la licenciatura mi meta era especializarme en terapia, y la experiencia en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez fue el parteaguas para darme cuenta de la importancia que tiene la familia para el buen término de los procesos terapéuticos, llevándome a inclinarme por la residencia en Terapia Familiar, con el fin de conocer técnicas, herramientas e intervenciones para sustentar mi trabajo con los consultantes.

En un principio fue difícil, porque involucró acercarme a otra mirada, ya que mi formación en la Universidad había sido desde una perspectiva de causa – efecto, de diagnosticar e intervenir en la conducta directamente; esto fue un giro a un pensamiento circular y relacional donde el “mapa no es el territorio”, acercarme desde otras aristas y guiarme en teorías como: la de Teoría General de los Sistemas, Teoría de la Comunicación Humana, Cibernética, Constructivismo y Construccionalismo, siendo una pieza importante las enseñanzas y guías de los maestros y supervisores.

Desde primer semestre las y los profesores fueron pacientes para explicarnos la manera en que teníamos que realizar las preguntas e intervenciones, sobre todo de tener presente la epistemología que estábamos utilizando; aunado a complementarla con clases que en otras residencias no hay y que son de gran importancia actual como: sexualidad, género, ética y posmodernidad, seminarios de integración clínica, elaboración de instrumentos e investigación desde la terapia.

Igualmente, la supervisión fue un pilar en la residencia, ya que me ayudó a conocer otras maneras de ver la terapia y de tener un apoyo emocional, didáctico y contención con los tutores y mis compañeros, si bien, solo pude trabajar de manera directa con seis de ellos, la experiencia fue fructífera ya que en momentos de clases compartíamos experiencias de casos y retroalimentábamos nuestro trabajo de terapeutas, además de encontrar un espacio de

convivencia fuera del salón de clases con quienes me pude acercar para resolver dudas, consejos y guías.

Aunado a esto, las actividades extracurriculares como cursos, congresos, talleres, pláticas y coloquios complementaron las enseñanzas teóricas del aula hacia un espacio alterno poniendo en práctica lo que revisaba en las clases.

Finalmente, esta generación de la residencia en Terapia Familiar, fue testigo de algo sin precedentes: la pandemia de la COVID-19, llevándonos a ingeniar estrategias para realizar tareas, tomar clases y llevar procesos terapéuticos con los consultantes a distancia, donde el uso de las Tecnologías de la Información y Comunicación fueron de gran utilidad, sumado al apoyo de las profesoras y supervisoras en darnos contención ante los momentos de incertidumbre y finalizar la maestría de manera diferente.

Sin duda, la Residencia en Terapia Familiar fue un gran recorrido de teorías, experiencias y enseñanzas que duró dos años, pero que me acompañará en mi quehacer personal y profesional durante toda la vida.

Referencias

- Andersen, T. (1990) *The reflecting team: dialogues and dialogues about dialogues*. Nueva York: Norton
- Anderson, H. (2001). En la montaña rusa: un enfoque terapéutico de sistemas lingüísticos creados en colaboración. En S. Friedman, (comp.), *El nuevo lenguaje del cambio: la colaboración constructiva en psicoterapia*. Barcelona: Gedisa
- Anderson, H. (2005). Un enfoque posmoderno de la terapia. La música polifónica y la terapia “desde dentro”. En Limón A. (comp.). *Terapias Posmodernas: Aportaciones construccionistas*. México: Pax
- Anderson, H. y Goolishian (1996). El experto es el cliente: la ignorancia como enfoque terapéutico. En S. McNamee y K. Gergen (comp.), *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós
- Balcells, J. (1994). *La investigación social. Introducción a los métodos y a las técnicas*. Barcelona: PPU, SA
- Bales, R., y Parsons, T. (2014). *Family: socialization and interaction process*. Reino Unido: Routledge.
- Bateson, G. (1985) *Espíritu y Naturaleza*. Argentina: Amorrortu
- Beltrán, L (2004). El enfoque colaborativo y los equipos reflexivos. En Eguiluz, L., *Terapia Familiar. Su uso hoy en día*. México: Editorial Pax
- Berg, I., y Miller, S. (1996). *Trabajando con el problema del Alcohol: orientaciones y sugerencias para la terapia breve de familia*. Barcelona: Gedisa
- Bertalanffy, L. (1976). *Teoría General de los Sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica
- Bertrando, P. (2000). Text and context: narrative, postmodernism and cybernetics. *Journal of Family Therapy*, 22(1), pp. 83-103.
- Bertrando, P. y Toffanetti, D. (2004). *Historia de la Terapia Familiar: Los personajes y las idas*. Barcelona: Paidós

- Beutler, L., Malik, M., Alimohamed, S. Harwood, T., Telebi, H., Noble, S. y Wong, E. (2004). Therapist Variables. Cap.1. En M.L. Lambert (Ed.). *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. pp.227-306. EUA: Wiley
- Beyebach, M. (2006). *24 ideas para una psicoterapia breve*. España: Herder
- Boscolo, L. y Bertrando, P. (1992). El anillo reflexivo de pasado, presente y futuro en la terapia sistémica y la consulta. *Family Process*, 31, pp. 119 – 130.
- Boscolo, L. y Bertrando, P. (1996). *Los tiempos del tiempo: una nueva perspectiva para la consulta y la terapia sistémica*. Barcelona: Paidós.
- Boscolo, L. y Bertrando, P. (2000). *Terapia sistémica individual*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Boscolo, L. y Bertrando, P. (2008). *Terapia sistémica individual*. Buenos Aires: Amorrortu
- Boscolo, L. y Bertrando, P. (1987, 2010). *La terapia sistémica de Milán*. Buenos Aires: Amorrortu
- Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman, L. y Penn, P. (2003). *Terapia familiar sistémica de Milán*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Bourdieu, P. (1990). La juventud no es más que una palabra. *Sociología y cultura*, pp. 163 – 173.
- Breilh, J. (2003). *Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad*. Argentina: Lugar Editorial
- Brito, R. (1998). Hacia una sociología de la juventud. Algunos elementos para la deconstrucción de un nuevo paradigma de la juventud. *Centro de Investigación Y Difusión Poblacional de Achupallas*, 9, pp. 1–7.
- Cade, B. y O'Hanlon, W. (1993). *Guía Breve de Terapia Breve*. Barcelona: Paidós
- Carbonell, J., Carbonell, M. y González, N. (2012). Las Familias en el siglo XXI: Una mirada desde el Derecho. Universidad Autónoma del Estado de México, Instituto de investigaciones jurídicas, *Estudios Jurídicos*, Núm. 205
- Carr, A.(2007). Psicología Positiva. La ciencia de la felicidad. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 40(2), pp. 364-368

- Ceberio, M. (1998). *La Formación y el Estilo del Terapeuta*. Recuperado el 24 de mayo, 2020 de <http://www.redsistemica.com.ar/formacion3.html>
- Ceberio, M. (1999) y Onnis, L. (1999). *Cuando el cuerpo habla*. Barcelona: Herder
- Cecchin, G. Ray, W. y Lane, G. (1997). *Verita e pregiudizi*. Milán: Raffaello Cortina.
- Chinchilla Jiménez, R. (2015). Trabajo con una familia, un aporte desde la orientación familiar. *Rev. Actual. Investig. Educ*, pp. 898-925.
- Clavijo, A. (2002). *Crisis, familia y psicoterapia*. La Habana: Ciencias Médicas
- Córdoba, Á. (2007). Supervisión de psicoterapeutas sistémicos: un crisol para devenir instrumentos de cambio. *Diversitas: perspectivas en psicología*, 3(2), pp. 227-238.
- Córdoba, A. (2007). Trascender los dilemas del poder y del terapeuta como experto en la psicoterapia sistémica. *Univ. Psychol. Bogota*, 6(2), pp. 285 – 293.
- Dávila, O. (2004). Adolescencia y juventud: de las nociones a los abordajes. *Última década*, 12(21), 83-104.
- De Pina, R. (2005). *Diccionario de Derecho*. México: Porrúa
- De Shazer, S. (1985). *Claves Para la Solución en Terapia Breve*. Barcelona: Paidós
- De Shazer, S. (1986). *Claves para la Solución en Terapia Breve*. Barcelona: Paidós
- De Shazer, S. (1989). *Pautas de Terapia Familiar Breve: Un Enfoque Ecosistémico*. Barcelona: Paidós
- De Shazer, S. (1993). Creative Misunderstanding: There Is No Escape from Language. En S. Guilligan y R. Price (eds.) (1993) *Therapeutic conversations*. New Cork: W.W. Norton, pp. 81-90
- De Shazer, S. (1999). *En un principio las palabras eran magia*. Gedisa: Barcelona
- De Shazer, S. (2005). *Some SFBT language-games*. Recuperado el 5 de octubre de 2020. En www.brief-therapy.org/steve_thoughts.html
- De Shazer, S. (2007b). *Emotions and scaling questions*. Recuperado el 11 de noviembre de 2020. En: www.brief-therapy.org/steve_thoughts.html

- De Shazer, S. (2007e). *Don't think, but observe: what is the importance of the work of Ludwig Wittgenstein for the solutions-focused brief therapy*. Recuperado el 11 de noviembre de 2020. En: www.brief-therapy.org/steve_thoughts.html
- De Shazer, S. y Kim Berg, I. (1992). Doing Therapy: A post-structural revision. *Journal of Marital and Family Therapy*, 18 (1), pp.71-81
- De Shazer, S. y Kim Berg, I. (2001). Hacer hablar a los números: el lenguaje en la terapia. En: Freedman, S. (Comps.) *El nuevo lenguaje del cambio*. Barcelona: Gedisa.
- De Shazer, S. y Miller, G. (1998). Have you Heard the Latest Rumor About...? Solution-Focused Therapy as a Rumor. *Family Process*, 37 (1), pp. 363-377
- De Shazer, S., Dolan, Y., Korman, H., Trepper, T., McCollum, E., y Berg, I. (2007). *More than miracles: The state of the art of solution-focused brief therapy*. New York: Haworth Press
- Denborough, D., y Australia, A. (2015). Una línea histórica de la práctica narrativa colectiva: una historia de ideas, proyectos sociales y colaboraciones. *Rev Psic Procesos Soc.*, 11(1), pp. 1-38
- Denis, E., Barradas, M., Delgadillo, R., Denis, P., Melo, G. (2017). Prevalencia de la ideación suicida en estudiantes de medicina en Latinoamérica: un meta análisis. *Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo*
- Desatnik, O. (2004). El modelo estructural de Salvador Minuchin. En: Eguiluz, L. (Comp). *Terapia Familiar. Su uso hoy en día*. México: Pax
- Eguiluz, L. (2004). *Terapia Familiar: Su uso hoy en día*. México: Pax
- Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) (2018). México. Recuperado el 9 de octubre de 2020. En: <https://www.inegi.org.mx/programas/enadid/2018/>
- Epston, D. (1993). Internalizing discourses versus externalizing discourses. En S. Gilligan y R. Price (dir.), *Therapeutic conversations*. pp. 161-177. Nueva York: Norton
- Espinosa, R. (2001, 2004). El Modelo de Terapia Breve con Enfoque en Problemas y Soluciones. En: Eguiluz, L. (Comp.). *Terapia Familiar Su uso hoy en día*, pp. 116 – 137. México: Pax

- Espinosa, R. (2009). Panorama de las relaciones familiares en la época actual. En Murueta, M. y Osorio, M. (comps.). *Psicología de la familia en países latinos del siglo XXI*. México: AMAPSI
- Espinosa, R. (2007). Problemas y recursos mexicanas. Proyecto financiado por el programa institucional. UNAM-FESI, PAPCA, México
- Estadísticas a Propósito del Día de la familia Mexicana del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Recuperado el 29 de septiembre de 2020
En: http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/familia2017_Nal.pdf
- Estrada, L. (1987). *El ciclo vital de la familia*. México: Posadas
- Estrada, L. (2007). *El ciclo vital de la familia*. México: Random House Mondadori
- Febvre, L (1961). *La tierra y la evolución humana. Introducción geográfica a la historia*. España: Cervantes
- Feixa, C. (1998). El reloj de Arena. *Culturas juveniles en México, SEP, Causa Joven-CIEJ, Colección Jóvenes* núm. 4, México
- Feixas, G. Y Villegas, M. (2000). *Constructivismo y Psicoterapia*. Bilbao: Desclée de Brouwer
- Fernández, E., London, S. y Tarragona, M. (2002). Las conversaciones reflexivas en el trabajo clínico, el entrenamiento y la supervisión. En H. Selicof, I. Pakentin y G. Licea (dirs.), *Voces, voces y más voces: el equipo reflexivo en México*. México: Alinde
- Ferrel, R., Celis, A., Hernández, O. (2011). Depresión y factores sociodemográficos asociados en estudiantes universitarios de ciencias de la salud de una universidad pública. *Psicol Caribe*, (27), p. 40-60
- Fisch, R., Weakland, J. H., y Segal, L. (1988). *La táctica del cambio*. Barcelona: Herder
- Fishman, H. (1988, 1995). *Tratamiento de adolescentes con problemas. Un enfoque de terapia familiar*. España: Paidós
- Foucault, M. (1978, 1996). *Vigilar y Castigar*. Madrid: Siglo XXI
- Franklin, C., Zhang, A., Froerer, A., y Johnson, S. (2016). Solution focused brief therapy: a systematic review and meta summary of process research. *J Marital Family Therapy*, 43(1), p. 16-30

- Freedman, J. y Combs, G. (1996). *Narrative therapy. The social construction of preferred realities*. Nueva York: Norton
- Friedman, S. (1995). *The reflecting team in action: collaborative practice in family therapy* Nueva York: Guilford
- Fruggeri, L. (2001). La supervisión desde diferentes niveles de análisis: entrenamiento y práctica reflexiva. *Sistemas familiares*, 17 (2), pp. 88 - 100
- Galicia, I. (2004). Terapia Estratégica. En Eguiluz, L. (Comp.). *Terapia Familiar Sistémica. Su uso hoy en día*, pp. 81 – 113. México: Pax
- Garrido, M. (2016). ¿Cómo equivocarse en Terapia Centrada en Soluciones?. *Instituto Terapia Centrada en Soluciones Lationamérica*. pp. 1 – 60.
- Gergen, K (2006). *El yo saturado: Dilemas de identidad en el mundo contemporáneo*. Madrid: Paidós.
- Gergen, K. y Gergen, M. (2011). Reflexiones sobre la construcción social. Barcelona: Paidós
- Gómez, E., y Guardiola, V. (2014). Hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalización. *Justicia juris*, 10(1), 11-20
- Gómez, L. et. al. (2018). *Las juventudes en México: situación actual y perspectivas*. México: Fundación SM
- Goldbeter-Merinfeld, E. (2003). *El duelo imposible*. Barcelona: Herder.
- Granados, J. (2003). Patrones de daños a la salud mental: psicopatología y diferencias de género. *Salud Mental*, 26(1), pp. 42- 50
- Haley, J. (1985). *Terapia no convencional: Las técnicas psiquiátricas de Milton Erickson*. Buenos Aires: Amorrortu
- Haley, J. (1989). *Estrategias en Psicoterapia*. Barcelona: Instituto Mental de la Santa Cruz.
- Hernández, A. (2003). *Psicoterapia sistémica breve. La construcción del cambio con individuos, parejas y familias*. Bogotá: El Búho.
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación* México: McGraw-Hill Interamericana

- Hoffman, L. (1981). *Fundamentos de la Terapia Familiar*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Hoffman, L. (1996). *Una postura reflexiva para la terapia familiar: Terapia como construcción social*.
Barcelona: Paidós
- Hoffman, L. (2004). *Fundamentos de la Terapia Familiar: un marco conceptual para el cambio de sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica
- Hoffman, L. (2014). *Foundations of family therapy: A conceptual framework for systems change*. Nueva York: Basic Books
- Innatia (2020). *Concepto de familia moderna*. Recuperado el 29 de septiembre de 2020
En: <http://www.innatia.com/s/c-organizacion-familiar/a-definicion-de-familia.html>
- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (2017). Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio. Recuperado el 9 de octubre de 2020. En:
<https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2014/suicidio0.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2015). A propósito del día mundial para la prevención del suicidio. Recuperado el 29 de septiembre de 2020. En:
https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2018/suicidios2018_Nal.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. En la Encuesta Nacional de los Hogares 2015. Recuperado el 3 de abril de 2020
en: <http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/enchogares/regulares/enh/2015/default.html>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. En la Encuesta Intercensal 2015. Recuperado el 29 de septiembre de 2020
En: <http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/enchogares/especiales/intercensal/>
- Korzybski, A. (1933). *Science and sanity. An introduction to non-Aristotelian systems and general semantics*. International Non-Aristotelian Libr
- Lafarga, J. (1999). *Desarrollo del Potencial Humano Aportaciones de una Psicología Humanista*.
México: Trillas
- Lefrancois, G. (2001). *El ciclo de la vida*. México: International Thomson Editores

- Lipchik, Eve (2005). *Terapia centrada en la solución: más allá de la técnica*. Buenos Aires: Amorrortu
- López, S. (2011). Terapias breves: la propuesta de Michael White y David Epston. En *III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur*. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires
- Louro I. (2002). *Manual para la intervención en la salud familiar*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas
- Lozano, M. (2003). Nociones de juventud. *Última década*, 11(18), pp. 11-19
- Lu, X., Wang, D., y Dong, Y. (2017). Efecto de la intervención de prescripción de ejercicio basada en la Terapia Breve Centrada en Soluciones en la salud mental de los adolescentes. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 17(3), pp. 347-355
- Luelmo, A. (2001). Régimen jurídico del consentimiento informado y la historia clínica de los pacientes en la ley gallega 3/2001. *Revista xurídica galega*, (33), pp. 327-342
- Madanés, C. (1984). *Terapia Familiar Estratégica*. Buenos Aires: Amorrortu
- Margulis, M., y Urresti, M. (2008). *La juventud es más que una palabra*. Buenos Aires: Biblos
- Márquez, M. (2016). Problemáticas actuales en los jóvenes: la importancia del contexto social y su relación con la salud mental. *Psicología Iberoamericana*, 24(2), pp. 5-7
- Martínez, C. (2012). Significado psicológico de familia, papá y mamá en adolescentes. *Psicología iberoamericana*, 20(1), pp. 18-28
- Minuchin, S. (1974, 1979, 1986). *Familias y Terapia Familiar*. Barcelona: Gedisa
- Minuchin, S. y Fishman, Ch. (1990, 1993). *Técnicas de terapia familiar*. México: Paidós
- Minuchin, S. y Fishman, H. (1984). *Técnicas de Terapia Familia*. México: Paidós
- Minuchin, S. y Nichols, M. (1994), *La recuperación de la familia: Relato de esperanza y renovación*. Barcelona: Paidós
- Salas, M., y De Oliveira, O. (2009). Los jóvenes en el inicio de la vida adulta: trayectorias, transiciones y subjetividades. *Estudios sociológicos*, pp. 267-289

- Morgan, A. (2000). *What is Narrative Therapy? An easy-to-read introduction*. Australia: Dulwich
- Nardone, G., y Watzlawick, P. (1990). *L'arte del cambiamento: manuale di terapia strategica e ipnoterapia senza trance*. Italia: Ponte alle Grazie
- Nunally, E; De Shazer, S; Lipchik, E; and Berg, I. (1986) A Study of Change: Therapeutic Theory in Process. En: D. Efron (Ed.). *Journeys: Expansion of the Strategic - Systemic Therapies*. New York: Bruner/Mazel, pp. 77-96
- O'Hanlon, B. (1994). The third wave. *Family Therapy Networker*, 18(6), pp. 18-26
- O'Hanlon, S. y Bertolino, B. (2001). *Desarrollar posibilidades: un itinerario por la obra de uno de los fundadores de la terapia breve*. Barcelona: Paidós.
- O'Hanlon, W. y Weiner-Davis, M. (1989). *En Busca de Soluciones. Un Nuevo Enfoque en Psicoterapia*. Barcelona: Paidós
- Ochoa, I. (1995, 2004) *Enfoques en terapia familiar sistémica*. Barcelona: Herder
- Oliva, E. (2013). *El Divorcio incausado en México*. México: Moreno Editores
- Organización Mundial de la Salud (2008). 10 datos sobre la salud de los adolescentes. Recuperado el 9 de octubre de 2020. En: http://www.who.int/features/factfiles/adolescent_health/facts/es/index.html
- Organización Mundial de la Salud (2018). *Suicidio*. Recuperado el 9 de octubre de 2020. En: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/suicide>
- Ornelas, A., y Ruíz, A. (2017). Salud mental y calidad de vida: Su relación en los grupos etarios. *PSIENCIA, Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 9(2), pp. 1-16
- Papalia, D., Olds, S., y Feldman, R. (2005). *Psicología del desarrollo*. Nueva York: McGraw-Hill
- Papalia, E., Wendkos, S. y Duskin, R. (2009). Desarrollo físico y cognoscitivo en la adolescencia. En: *Desarrollo humano*. Undécima Edición. Recuperado el 10 de noviembre de 2020. En: <https://osresberro.files.wordpress.com/2013/11/desarrollo-humano-papalia.pdf>
- Parsons, T., Bales, R. (1995). *Family socialization and interaction process*. Nueva York: Free Press

- Pérez, A., y Reinoza, M. (2011). El educador y la familia disfuncional. En *Revista Educere. Ediciones Universidad de los Andes. Facultad de Humanidades y Educación*, 15(22)
- Pichot, T., Dollan, Y. (2003) *Solution Focused Brief Therapy its Effective Use in Agency Settings*. Routledge: New York.
- Qin, B., Zhou, X., Michael, K.D., Liu, Y., Whittington, C., & Cohen, D., et al. (2015). Psychotherapy for depression in children and adolescents: study protocol for a systematic review and network meta-analysis. *Bmj Open*, 5(2), pp. 243-59
- Quintero, M. (2009). Representaciones sociales sobre salud, de algunos grupos de jóvenes de Manizales, Colombia. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 7(1), pp. 105-133.
- Real Academia de la Lengua Española (2001, 2010). *Diccionario de la lengua española (22ª ed.)*. Madrid: RAE
- Reguillo, R. (2013). Jóvenes en la encrucijada contemporánea: en busca de un relato de futuro. *Debate feminista*, 48, pp. 137-151
- Reséndiz, G. (2010). Modelo de Milán: 1969 – 2009. *Psicoterapia y Familia*, 23 (1), pp. 20 – 28
- Restrepo, D. (2011). La salud pública como ciencia social: Reflexiones en torno a las condiciones de posibilidad de una salud pública comprensiva. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 29(1), 94 – 102. En <https://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/fnsp/article/view/7671>
- Restrepo, D. (2016). La juventud como categoría analítica y condición social en el campo de la salud pública. *CES Psicología*, 9(2), pp. 1-6
- Reyna, J., Salcido, M., y Arredondo, A. (2013). Análisis del ciclo vital de la estructura familiar y sus principales problemas en algunas familias mexicanas. *Alternativas en Psicología*, 17(28), pp. 73-91
- Roche, R. (2006). *Psicología de la pareja y de la familia: Análisis y optimización*. Barcelona: Servei de Publicacions Universitat Autònoma de Barcelona
- Rodríguez, C. (2004). La escuela de Milán. En L. Eguiluz (comp.), *Terapia Familiar su Uso Hoy en Día*, pp. 161 – 195. México: Pax

- Rogers, C. (1991). *El Proceso de Convertirse en Persona*. México: Paidós
- Rozo, J. (2002). La terapia desde el punto de vista del construccionismo social ¿Tiene algún sentido la terapia? *Revista Psicología Científica*, 4(8)
- Sáez, 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), pp. 511-532
- Sánchez y Gutiérrez, D. (1993). *Terapia familiar: modelos y técnicas*. México: El Manual Moderno
- Sánchez, C. (2012). Significado psicológico de familia, papá y mamá en adolescentes. *Psicología Iberoamericana*, 20(1)
- Seligman, M. E. y Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55(1), pp. 5-14
- Selvini Palazzoli, M., y Cirillo, S. (1990). *El mago sin magia*. Barcelona: Paidós
- Selvini, P., Boscolo, Y., Cecchin, Y., y Prata, G. (1986). *Paradoja y contraparadoja*. Barcelona: Paidós.
- Selvini, P., Cirillo, S., y Sorrentino, A. (1988, 1990). *Los juegos psicóticos en la familia*. Barcelona: Paidós.
- SEP-IMJ. (2000). Ser joven en México. Concepto y contexto. Jóvenes e instituciones en México, actores, políticas y programas. México. Recuperado el 4 de noviembre de 2020. En: http://www.educiac.org.mx/pdf/Biblioteca/Juventud_e_Identidad/019SerJoven_en_Mexico.pdf
- Sierra, L., y López, E. (2019). La familia, la comunicación humana y el enfoque sistémico en su relación con la esquizofrenia. *MediSan*, 23(01), pp. 131-145
- Slavin, S., y Chibnall, J. (2016). Finding the why, changing the how: improving the mental health of medical students and physicians. *Acad Med*, 91(9), pp.1194 -1196
- Soria, R., Montalvo, J., y Herrera, P. (1998). Terapia familiar sistémica en un caso de esquizofrenia. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 1(1)
- Sosa, J. G. M. (2017). La ética en el campo profesional de la psicología: una encuesta. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 22(1), pp. 135-144
- Szprachman, R. (2003). *Terapia Breve. Teoría de la Técnica*. Buenos Aires: Lugar Editorial

- Tarragona, M. (2003). Escribir para re-escribir historias y relaciones. *Psicoterapia y Familia*, 16(01)
- Tomm, K. (1985). Circular interviewing: A multifaceted clinical tool. *Application of systemic family therapy: The Milan approach*, pp. 33-45
- Tuirán, R. (2001). Estructura familiar y trayectoria de vida en México. En C. Gómez (comp.), *Procesos sociales, población y familia. Alternativas teóricas y empíricas en las investigaciones sobre la vida doméstica*. México: Porrúa
- Valladares González, Anay Marta (2008). La familia. Una mirada desde la Psicología. *MediSur*, 6(1), pp. 4-13
- Vargas, I. (2013). Familia y ciclo vital familiar. Recuperado el 20 de octubre de 2020. En: <http://psiquiatria.facmed.unam.mx/doctos/descargas/4.1%20CICLO%20VITAL%20DE%20LA%20FAMILIA.pdf>
- Vera, L. (s.f.) La investigación Cualitativa. *UIPR*, p. 1-4.
- Villa, M. (2011). Del concepto de juventud al de juventudes y al de lo juvenil. *Revista Educación Y Pedagogía*, 23(60), 147–157. En: <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/revistaeyp/article/view/11421>
- Watzlawick, P. y Nardone, G. (2000). *Terapia breve estratégica: pasos hacia un cambio de percepción de la realidad*. Barcelona: Paidós
- Watzlawick, P., Beavin, y Jackson, D. (1967) (1981). *Teoría de la Comunicación Humana*. Barcelona: Herder
- Watzlawick, P., Weakland, H. J. y Fisch, R. (1974). *Cambio, formación y solución de los problemas humanos*. Barcelona: Herder
- Watzlawick, P., Weakland, J. y Fisch, R. (1994). *Cambio: Formación y solución de los problemas humanos*. Barcelona: Herder
- White, M. (1993). *Reescribir la vida, entrevistas y ensayos*. Barcelona: Gedisa
- White, M. (2002). *El Enfoque Narrativo en la experiencia de los Terapeutas*. Barcelona: Gedisa
- White, M. y Epston, D. (1989). *Literate means to therapeutic ends*. Australia: Dulwich

- White, M. y Epston, D. (1993). *Medios Narrativos para fines terapéuticos*. Buenos Aires: Paidós
- Wiener, N. (1948). *Cibernética y sociedad*. México: Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología
- Wilkins B. (2008). Review of More than miracles: The state of the art of solution-focused brief therapy. *Traumatology*, 13(3), p. 40
- Wittezaele, J. y García, T. (1994). *La Escuela de Palo Alto. Historia y Evolución de las Ideas Esenciales*. España: Herder
- Wyn, J., y White, R. (1997). *Rethinking youth*. Australia: SAGE Publications
- Zamora-Carmona, G. (2013). Servicios clínicos disponibles para niñas, niños y jóvenes con trastornos mentales en México. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 11 (1), pp. 163-170
- Zegarra, D., y Jesús, Á. (2015). Terapia familiar sistémica: una aproximación a la teoría y la práctica clínica. *Interacciones: Revista de Avances en Psicología*, 1(1), pp. 45-55