



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES DE IZTACALA
PSICOLOGÍA Y SALUD**

**LA TERAPIA DE ATENCIÓN INMEDIATA: ALCANCES EN EL TRABAJO
TERAPÉUTICO CON ADULTOS DESDE UNA MIRADA POSMODERNA Y
SOCIOCONSTRUCCIONISTA**

**TESIS
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE
DOCTORA EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTA:
ANAYANCI ALVAREZ SEVILLA**

**TUTORA PRINCIPAL:
DRA. PATRICIA TRUJANO RUIZ
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA, UNAM**

**COMITÉ TUTOR:
DRA. LAURA EVELIA TORRES VELÁZQUEZ
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA, UNAM
DR. JOSÉ ADRIÁN ALFREDO MEDINA LIBERTY
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM
DR. JUAN GUILLERMO FIGUEROA PEREA
COLEGIO DE MÉXICO, COLMEX
DR. EDGARDO RUIZ CARRILLO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA, UNAM**

CIUDAD DE MÉXICO, NOVIEMBRE DEL 2023.



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.

Dedicatorias y Agradecimientos

Quiero dedicar esta aventura llamada Doctorado a mis lazos amorosos:

Comienzo por mis papás y mi abuelita. Queridxs mamita Clemen, papito Pepé y abuelita Chole: les dedico este esfuerzo de cuatro años y les doy las gracias por todo su amor, su cariño y cuidado. Les agradezco también por enseñarme en la práctica, la confianza en mí y la posibilidad de estar en desacuerdo y decir NO; por permitirme ser traviesa e irreverente y hacer cosas que para otras personas no eran “correctas”, y por alentarme a construir metas y llevarlas a cabo. ¡Qué privilegio es ser parte de ustedes y que su voz siga estando presente en mí con tanta fuerza! A mis hermanos José Luis, Jorge y Jesús Israel: gracias por los desencuentros y los reencuentros. Con ustedes cobra sentido para mí, las palabras co-construcción y colaboración. ¡Ah, cómo he aprendido a significar y resignificar mis posturas! ¡Gracias totales, los quiero mucho, MUCHO!

A Tere, Rosario, Lorena y Paola, mis amigas hermanas: durante muchos años hemos compartido el chacoteo, las alegrías y las tristezas, experiencias significativas de cada una... en una palabra: vida. No puedo estar más agradecida y feliz de seguir caminando con ustedes, manteniendo fuertemente el anhelo de que sigamos haciéndolo por el resto de nuestras existencias. Las quiero un chi... chorro (iba a decir un chingo, que diría que es más que un chorro, pero no sé si en una tesis se pueda escribir una palabra supuestamente altisonante... jaja).

También quiero agradecer:

A mí amada UNAM: Es un placer enorme ser parte de la máxima casa de estudios. Goya, goya... ¡Gracias por abrirme tus puertas una vez más! Esta historia continuará... A CONACYT: gracias por la beca brindada que contribuyó en tener la tranquilidad económica para realizar durante este tiempo el doctorado.

A mi comité tutor:

Paty: quiero agradecerte porque sin conocer mi estilo de trabajo y varias de mis posturas de vida, elegiste apostar y apoyar por cuatro años este proyecto doctoral. Es curioso como algunas experiencias coinciden de tal manera que logran un mayor acercamiento relacional. ¡Gracias por todo y un poquito más por detener mis prisas que únicamente me estresaban! Y como recientemente he dicho: todo pasa, hasta el cóndor pasa...

Dra. Laura Evelia: ¿qué le digo? Nada más tuvo que escuchar (más de una vez) algunas ideas disruptivas que aún mantengo y que provocaban -quizá- que las conversaciones se tornaran por momentos un poquito incómodas, pero a mí parecer muy interesantes y constructivas. ¡Qué fortuna contar con espacios de libertad y respeto que posibilitan el hacer público nuestras posturas terapéuticas y también de vida! ¡Muchísimas gracias Doctora!

Dr. Adrián: agradezco el facilitarme el camino en las decisiones que tomé respecto a mi tesis durante estos cuatro años y la disposición de cooperar en las cosas que le solicitaba.

Dr. Juan Guillermo: esos encuentros de reflexión y de diálogo que llegamos a tener, resultaban estimulantes. He de decirle lo valioso que fue para mí cada una de las preguntas que usted formulaba. Lograba que algunas de mis ideas conversaran con sus preguntas y se movieron hacia otros significados que no había considerado. ¡Mil gracias Doctor!

Dr. Edgardo: tres semestres tuve el gusto de coincidir con usted en seminario y fue muy agradable platicar en ocasiones sobre otros temas. Eso permite conocer un poco más a las personas y enriquecer algunos de nuestros puntos de vista. ¡Muchas gracias Doctor por el interés y el apoyo a mi línea de investigación!

Igualmente agradecida con:

Fernanda, Irma, Jesús, Juan, Marina y Victoria, mis queridxs participantes o como también les digo, mis co-constructorxs de investigación: cada una de las líneas de esta tesis no tendría sentido si no fuera por ustedes. Gracias infinitas por colaborar conmigo compartiendo una parte de su vida; honro cada una de sus experiencias y las posturas que eligieron para resignificar, solucionar, cambiar y/o resistir aquello que en algún momento les quitó su tranquilidad. ¡Vaya que aprendí de ustedes a mirar la vida desde otras perspectivas! De nuevo: ¡gracias!

Nora y Noemí: Han de creer que no me quiero ir de la UNAM y están en lo cierto. Pero es que ustedes son -en parte- responsables de esta andanza del Doctorado. Me llevé tan buen sabor de boca de la maestría que dije: ¿Por qué no...? Noemí: te agradezco una vez más el apoyo que diste para facilitar mi regreso y participación en un seminario de maestría. ¡Muchísimas gracias! Nora: ¿Cómo puedo expresar con palabras lo significativa que ha sido tu voz en estos siete años que llevamos de conocernos? Anticipo que me voy a quedar corta en esta significación pero te diré que, entre otras cosas, has sido mi escucha y mi calma en momentos difíciles; mi puerta abierta para tener acceso a la sesión única; una lluvia de ideas que enriquecieron mi mirada y por tanto mi tesis, y el entusiasmo para no desistir y llevar a cabo futuros proyectos. Que las posibilidades y las voluntades nos sigan haciendo coincidir. ¡Te quiero mucho!

Mis compañerxs de distintas generaciones de la maestría en Terapia Familiar de la Facultad de Psicología: fue un gusto compartir los lunes con ustedes. Atesoro cada una de sus preguntas, inquietudes, reflexiones, cuestionamientos, comentarios y porras para no desistir. ¡Gracias por su cercanía y afecto!

Índice

Resumen.....	7
Introducción.....	9
Capítulo 1: La Terapia Psicológica.....	19
• Perspectivas Terapéuticas.....	20
• Definición de Terapia Psicológica.....	37
• Asistencia y Deserción Terapéutica.....	42
Capítulo 2: La mirada Posmoderna y Socioconstruccionista.....	54
• El Lenguaje en la mirada Posmoderna y Socioconstruccionista.....	57
• La Realidad entendida desde la Posmodernidad y el Socioconstruccionismo.....	65
• El concepto del Yo y la Identidad en la mirada Posmoderna y Socioconstruccionista.....	73
• La Investigación a la luz del pensamiento Posmoderno y Socioconstruccionista.....	81
Capítulo 3: La Terapia Psicológica desde una mirada Posmoderna y Socioconstruccionista.....	89
• La Terapia como espacio de Posibilidades y Realidades.....	90
• Lenguaje, Conversación y Relación en la Terapia: La Triada constructora de Significados y Resignificados.....	96
• Terapeuta y Consultantes: Un Equipo Colaborativo.....	104
• La Ética en la Terapia desde una mirada Posmoderna y Socioconstruccionista.....	108
Capítulo 4: La Terapia de Atención Inmediata.....	117
• Antecedentes y Premisas Básicas de la Terapia de Atención Inmediata.....	117

• Marco Teórico y Metodológico de la Terapia de Atención Inmediata.....	125
• Investigaciones sobre la Terapia de Atención Inmediata.....	148
Capítulo 5: Construcción de la Investigación.....	202
• Pregunta de Investigación.....	206
• Propósitos.....	206
• Tipo de Estudio.....	206
• Diseño de Investigación.....	207
• Consideraciones Éticas.....	208
• Participantes y Escenario.....	209
• Herramientas para la Co-Construcción, Análisis e Interpretación de la Información.....	210
• Proceso de Investigación.....	214
Capítulo 6: Los Alcances de la Terapia de Atención Inmediata desde una mirada Posmoderna y Socioconstruccionista: Análisis de las Narrativas.....	217
Capítulo 7: Reflexiones Finales.....	313
Referencias.....	327
Anexos.....	342

La Terapia de Atención Inmediata: Alcances en el trabajo terapéutico con adultos desde una mirada Posmoderna y Socioconstruccionista

Resumen

La terapia psicológica es uno de los medios empleados por las personas para poder solucionar alguna dificultad. Si bien existen lugares o centros de salud públicos y privados que ofrecen la atención terapéutica, muchas personas no acceden a ella o dejan de asistir por motivos relacionados con su contexto social-familiar, por factores concernientes al trabajo del o la terapeuta y/o por la distancia, costo y accesibilidad de algunos servicios psicológicos. En varios estudios se ha señalado que el índice de deserción terapéutica es superior al de otras disciplinas de la salud, con un porcentaje entre el 25 y 50% a nivel mundial. En México se ha documentado que la asistencia a terapia psicológica es en promedio de tres sesiones. Esto significa que por diferentes circunstancias, muchas personas dejarán de asistir a terapia o no podrán acceder a ella aunque lo deseen. En ese sentido, la Terapia de Atención Inmediata es una opción de servicio, que al ofrecer la atención terapéutica de manera accesible, eficiente y a bajo costo, puede colaborar en la solución de algunos de los motivos que participan en la deserción terapéutica y de las barreras de accesibilidad que presentan muchos de los servicios psicológicos. La presente investigación, que es un estudio cualitativo basado en un diseño de estudios de casos múltiples, tuvo como propósito conocer los alcances que puede tener la Terapia de Atención Inmediata como alternativa terapéutica. Los y las participantes, que elegí por conveniencia, fueron dos hombres y cuatro mujeres mayores de 18 años de edad que asistieron a terapia proporcionada por el seminario de Sesión Única de la residencia de Terapia Familiar de la Facultad de Psicología de

la Universidad Nacional Autónoma de México. Como herramientas de acopio, análisis e interpretación de la información empleé una entrevista conversacional semiestructurada y un análisis de contenido desde un marco referencial Posmoderno y Socioconstruccionista y como producto de este trabajo, construí cuatro categorías temáticas: 1) la llegada a la Terapia de Atención Inmediata, 2) la utilidad de la Terapia de Atención Inmediata, 3) la satisfacción con el servicio de la Terapia de Atención Inmediata y 4) las mejoras de la Terapia de Atención Inmediata, con las que di sentido y significado a los alcances que tuvo esta modalidad terapéutica para las seis personas que acudieron a ella. A partir de esta investigación espero que se pueda considerar un poco más a la Terapia de Atención Inmediata como una alternativa terapéutica de utilidad y dé pie para generar nuevas ideas e investigaciones sobre la práctica de la terapia.

Palabras clave: Terapia de atención inmediata, cualitativo, estudios de casos múltiples, posmoderno, socioconstruccionista.

Introducción

Históricamente, los seres humanos hemos utilizado la terapia de tipo psicológica o psicoterapia como una alternativa para resolver los problemas que se nos presentan. La esperanza de que algo cambie o de encontrar una manera para salir del “atolladero” en el que nos encontramos, son algunas de las tantas ideas con las que se puede llegar a la puerta de un consultorio psicológico. Y ahí, al abrirse esta, comienza un camino para terapeutas y consultantes, llamado terapia, que puede ser breve, posibilitadora, larga, complicada, costosa, accesible, etcétera. Ahora bien, ¿qué puede colaborar para que una terapia se distinga de otra? Entre otros factores, las ideas, supuestos, teorías y expectativas que se tengan en relación a ella colaborarán en cómo se realice, distinguiéndola parcial o totalmente de otras.

En la multiplicidad de formas diversas de concebir conceptual y metodológicamente un abordaje terapéutico, hay un trabajo incesante por parte de cada enfoque de terapia de investigación, producción y validación de teorías y métodos para explicar lo que supuestamente produce el malestar o los problemas en la vida de las personas, así como los “tratamientos adecuados” para resolverlos. Sin embargo, a pesar del esfuerzo para construir el abordaje “perfecto”, en muchas ocasiones, se excluyen de él o pasan a segundo término, algunos aspectos relacionados con las circunstancias particulares de las personas, los contextos social, económico, político, etcétera, en los que todos(as) nos encontramos inmersos(as) y los procesos institucionales de los servicios psicológicos y de salud, que pueden favorecer o no la asistencia a terapia o colocar a una persona en una larga lista de espera dejándola sin atención terapéutica.

Considerando lo anterior, el propósito de esta investigación fue conocer los posibles alcances de una modalidad de servicio terapéutico diferente al que realizan otros enfoques o modelos, llamada Terapia de Atención Inmediata, que puede facilitar entre otras cosas, el acceso

a un servicio de terapia, acorde a las necesidades de las personas, que sea eficiente y a bajo costo, sin tener que pasar por procesos burocráticos que retarden la atención.

En esta línea de investigación, que para mí es más un viaje y una invitación a usted lector o lectora al encuentro de ideas, reflexiones y experiencias sobre la Terapia de Atención Inmediata, comenzaré por decir que mi encuentro con ella fue en el seminario de Sesión Única de la Maestría en Terapia Familiar en la Facultad de Psicología. Tan solo el título de dicho seminario se me hacía algo muy extraño y lejano a todo mi conocimiento sobre la terapia, ya que ninguno de los modelos terapéuticos “aprendidos” durante la licenciatura e incluso Maestría se parecía a esta forma de pensar y hacer terapia. Pues bien, fue ahí en donde me di cuenta de que para muchas personas, tener una sola sesión justo en el momento en que lo solicitan puede ser suficiente para resolver sus problemas, siendo sensible además, a diversos aspectos de la vida social que suelen no ser tomados en cuenta en la práctica terapéutica.

Para contextualizar y diferenciar la propuesta de servicio terapéutico que aquí presento de otro tipo de abordajes, en el capítulo 1 hago un acercamiento de algunas perspectivas terapéuticas y de los conceptos de terapia psicológica que considero que mayormente se conocen y utilizan, distinguiendo en términos generales las ideas construidas de cada uno(a) de ellos(as). Este acercamiento tiene el propósito de exponer la manera en que, a través del tiempo, en el campo de la Terapia Psicológica o Psicoterapia, se han producido y significado un conjunto de conceptos y supuestos como “curas” o “tratamientos” para distintas experiencias y prácticas individuales, familiares, sociales y de salud, que también han sido significadas como sanas, funcionales, adaptativas, problemáticas, patológicas, etcétera. A través de esta exposición doy cuenta de que no hay verdades absolutas, que por la diversidad y dinamismo de significados que abundan en la terapia, lo que para un enfoque terapéutico es un problema o enfermedad, para otro no lo es.

Asimismo, en este capítulo muestro información y datos estadísticos sobre la deserción terapéutica, circunstancia que a decir de varios(as) investigadores(as), suele presentarse en el ejercicio terapéutico, aspecto al cual, la Terapia de Atención Inmediata es sensible y respondiente, al considerarse que algunos de los posibles motivos que participan en que las personas dejen de asistir a terapia están relacionados a factores de cada modelo terapéutico, servicio psicológico e institución, como son los procesos de admisión y/o las evaluaciones que se realizan para “llegar” a un diagnóstico e iniciar un tratamiento, al número de sesiones y el costo de estas, entre otros, que llegan a interrelacionarse con otros factores de tipo social, familiar, económico, etcétera, tales como el tiempo disponible para asistir a terapia, la distancia del hogar al lugar donde está el servicio terapéutico, etcétera.

Usualmente se considera que la terapia psicológica conlleva más de una sesión sin reflexionar que en numerosas ocasiones muchas personas han asistido y asistirán sólo una vez, ya sea por los motivos anteriormente descritos o por otros que no han sido visibilizados. En ese sentido y tomando en cuenta que el factor de la asistencia es inherente a la terapia, mantenerse sólo en el terreno de las explicaciones del porqué una persona deja de asistir a ella, obstaculiza vislumbrar la posibilidad de que una sesión pueda ser suficiente para construir soluciones, si se tiene presente que quizá esa puede ser la única, como lo hace la Terapia de Atención Inmediata.

El capítulo 2 lo he destinado para explicar las miradas Posmoderna y Socioconstruccionista, marco epistemológico elegido para dar sentido a toda la información construida en esta línea de investigación. La elección de ellas obedece a que tanto mi postura de vida y terapéutica como las ideas principales de la Terapia de Atención Inmediata, se identifican con la postura reflexiva y de cuestionamiento que estas muestran hacia los metarrelatos surgidos de la Modernidad y el Positivismo, que afirman y defienden a través de los discursos de la ciencia y de los modelos terapéuticos identificados con esas tradiciones, que sólo existe una verdad que

puede ser descubierta y conocida objetivamente mediante los métodos propuestos por la misma comunidad científica y los enfoques de terapia.

La Posmodernidad y el Socioconstruccionismo ofrecen una visión distinta sobre el conocimiento, el cual ineludiblemente va de la mano del lenguaje y lo social. Para estas líneas de pensamiento, que resuenan a través de las voces de varios(as) autores(as), son las conversaciones con otras personas las que nos permiten construir lo que nombramos como conocimiento, que de forma dinámica e inacabada seguirá construyéndose, significándose y resignificándose de diversas maneras en tanto sigamos relacionándonos y conversando, abriéndose así un espacio amplio de posibilidades para poder cambiar lo que creemos conocer y con ello, nuestras ideas, discursos y prácticas.

Por la importancia que se le concede al lenguaje, en el primer apartado del capítulo, hago una distinción a detalle sobre cómo es entendido por estas miradas. A diferencia de la Modernidad que considera al lenguaje como un instrumento de representación, capaz de retratar de forma “fidel” lo que “existe”, para la Posmodernidad y el Socioconstruccionismo, el lenguaje es un dispositivo relacional y de vida social. Nuestras creencias sobre distintos conceptos así como nuestras relaciones, emociones, experiencias y prácticas cotidianas han sido generadas mediante el uso pragmático social del lenguaje, susceptibles de ser modificadas en cualquier momento.

A la luz de esta manera distinta de pensar en el lenguaje, es posible entonces cuestionar una serie de supuestos que hemos creído y/o nos han dicho que son verdaderos e inmutables, tales como el que exista una sola realidad, o un yo y una identidad que define y determina nuestras conductas, o una sola manera de realizar investigación, supuestos que llegan a ser utilizados como etiquetas poco posibilitadoras para comprender y dar sentido de otra manera los acontecimientos que vivimos.

Dando continuidad a esto último, en el capítulo 2 también expongo ampliamente que para la Posmodernidad y el Socioconstruccionismo, lo que llamamos realidad, el yo y la identidad son igualmente construcciones sociales elaboradas a lo largo del tiempo. A través de diferentes autores(as) a los cuales hago referencia, señalo que como seres sociales que somos, creamos múltiples realidades e identidades en las interacciones comunicativas que tenemos con otras personas, por lo que es posible tener tantas y disímiles que al ser mediadas por los contextos político, económico, social, cultural, etcétera en los que nos desenvolvemos, son cambiantes en la medida que estos también lo hagan.

Concebir la realidad como una construcción, como lo explico en el segundo apartado del capítulo, ha posibilitado visibilizar cómo algunos discursos de clase, edad, orientación sexual, género, etcétera, detentándose -desde un lugar de poder y privilegio- como representantes de supuestas verdades, han funcionado como medio de control social y marginación de las voces, valores y costumbres de muchas personas y comunidades que no están en esas posiciones. En lo que respecta a la Psicología y específicamente a la terapia, el uso de diagnósticos y de vocabulario psicológico, en ocasiones, más que servir a las necesidades de las personas, han sido utilizados para descalificarlas haciéndolas sentir trastornadas, incapacitadas o anormales.

En relación a los conceptos del yo y la identidad, en el tercer apartado para ese tema, muestro el distanciamiento que la Posmodernidad y el Socioconstruccionismo hacen sobre las nociones modernas de estos conceptos, al cuestionar los relatos sobre un yo único y consistente así como una identidad duradera. Para ambas miradas, tanto el yo como la identidad son comprendidos como construcciones lingüísticas que, además de seguir construyéndose a través de las relaciones y conversaciones, permiten abrir el campo de las posibilidades para transformar las historias y narrativas de quienes somos, dando espacio a la continuidad en algunas de ellas y al cambio en otras.

Cierro ese capítulo con una serie de ideas y reflexiones respecto al modo en que es entendida también la investigación. Entre las ideas que presento en el cuarto apartado, está que el saber científico es un discurso construido socialmente como cualquier otro y que en las investigaciones hay intereses políticos, sociales, académicos, etcétera, por lo que el concepto de neutralidad ha servido como justificante para no dar cuenta de ellos. Tomando prestadas algunas opiniones de diversos(as) autores(as), puntúo cómo la legitimación que se hace en la ciencia a cargo de unas cuantas voces terminan por decidir lo verdadero según sus valores y preferencias.

Concluyo ese tema invitando como lo hacen la Posmodernidad y el Socioconstruccionismo, a pensar en la ciencia y la investigación desde un lugar de reconocimiento y aceptación de las teorías, intereses y valores que atraviesan nuestra mirada y que de forma inevitable, estarán plasmadas en las afirmaciones o negaciones que hagamos sobre cualquier tema que investiguemos y escribamos. Lo que proponen ambas perspectivas es desafiar los discursos dominantes y las prácticas asociadas a estos, que afirman y defienden una sola forma de saber, de investigar y de funcionar en la vida.

En el capítulo 3 hago una exposición sobre la Terapia Psicológica con postura Posmoderna y Socioconstruccionista. Si bien es posible indicar la existencia de diferentes enfoques terapéuticos, la mayoría ha seguido los conocimientos formales y sistematizados de la Modernidad que buscan la verdad sobre la naturaleza de la vida así como las causas de los fenómenos que en ella ocurren. En contraste, la terapia Posmoderna y Socioconstruccionista está interesada en construir un espacio para el diálogo y la reflexión en donde se pueda crear de forma conjunta con los y las consultantes, alternativas para cada situación.

Para abordar ese capítulo presento cuatro apartados. En el primero destaco a la terapia como un espacio de posibilidades y realidades. Dado que es factible elaborar numerosas descripciones para lo que se considera una realidad, desde las perspectivas Posmoderna y

Socioconstruccionista resulta poco útil el uso de categorías diagnósticas, que más que servir a las necesidades de las personas, se vuelven lentes específicos que impiden mirar otras opciones. Por el contrario, en la terapia que adopta estas perspectivas es bienvenida la multiplicidad de voces con opiniones y conocimientos diferentes que permitan construir diversas posibilidades para comprender y movernos en los entornos en los que nos desenvolvemos.

En el segundo apartado subrayo el papel que tienen el lenguaje, la conversación y la relación en la terapia como constructores de significados y resignificados. A decir de muchos(as) autores(as), son las conversaciones y las relaciones con otras personas, como fenómenos lingüísticos, las que producen y reproducen nuestras experiencias, creándose y recreándose múltiples maneras de entenderlas, de ahí que la manera en que elijamos relacionarnos y conversar en la terapia será diferencia para el cambio. Mediante una postura terapéutica alejada de utilizar un lenguaje patologizante y de disfuncionalidad y que se acerque más a emplearlo mostrando una disposición de escucha, comprensión y respeto, es posible transformar significados y construir soluciones.

Por la importancia que tiene la relación terapéutica como factor posibilitador del cambio, en el tercer apartado hago una distinción de cómo desde la Posmodernidad y el Socioconstruccionismo aprecian esta relación con una visión horizontal. Desde ambas perspectivas, se elige cambiar la posición jerárquica que considera a los(as) terapeutas como autoridad, en donde se privilegian sus voces por encima de las de los(as) consultantes, por una relación de reciprocidad que considera que terapeutas y consultantes son un equipo colaborativo, reconociendo y valorando los conocimientos y la experiencia de todas las personas que participan en la terapia, siendo los(as) consultantes los(as) expertos(as) en su vida.

El último apartado de ese capítulo 3 lo dedico al tema de la ética en la terapia. Mostrando un cuestionamiento desde una mirada Posmoderna y Socioconstruccionista a la aplicación de

principios y reglas universales, señalo cómo, bajo ciertos supuestos éticos, algunas teorías y prácticas terapéuticas llegan a dictaminar lo que es justo o no, o lo que es bueno o no para las personas, sin considerar sus opiniones ni sus contextos, silenciando así sus voces y deslegitimizando cualquier otra definición. Habría que tener presente que los principios y reglas de la ética, como se reflexiona en ambas miradas, no fueron determinados per se sino que fueron contruidos dentro de un marco contextual, por lo tanto, no tendrían que ser comprendidos ni aplicados indistintamente en todos los casos y momentos.

Posteriormente, en el capítulo 4 presento la Terapia de Atención Inmediata, tema que da título a esta línea de investigación. En el primer apartado, explico brevemente los antecedentes que originaron la construcción de esta modalidad de terapia y las premisas básicas que la conforman, entre las que destaca de forma significativa que para muchas personas tener una sesión en el momento en que lo solicitan puede ser suficiente para el cambio, idea que ha inspirado para que otros(as) terapeutas en otros países, como lo es mi caso, consideren e implementen la Terapia de Atención Inmediata como una alternativa terapéutica útil.

En el segundo apartado puntualizo a partir de qué modelos terapéuticos fue construido el marco teórico y metodológico de la Terapia de Atención Inmediata. De forma general, expongo las principales líneas teóricas y los recursos terapéuticos más importantes del Modelo de Terapia Enfocada en Soluciones, de los Equipos de Reflexión y de la Terapia Narrativa. Si bien cada uno ha construido un camino para dar sentido a diversos aspectos de la vida y para llevar a cabo la práctica terapéutica, esos caminos se entrecruzan teórica y metodológicamente en muchos momentos, al compartir algunas ideas de la Posmodernidad y el Socioconstruccionismo.

Finalmente cierro el capítulo 4 documentando las investigaciones sobre la aplicabilidad de la Terapia de Atención Inmediata. En el apartado para ese tema, menciono los estudios que se han realizado y que dan cuenta de su utilidad en diferentes lugares, situaciones y contextos.

Aunque en México, este tipo de servicio terapéutico es poco conocido, ya ha sido empleado en algunas instituciones educativas como la UNAM, sin embargo, la investigación sobre sus alcances es escasa sino es que nula.

El capítulo 5 está dispuesto para la construcción de la investigación, en el cual inicio señalando la colaboración que la Terapia de Atención Inmediata puede hacer para contrarrestar la deserción terapéutica y las barreras que impiden que las personas reciban atención psicológica en el momento en que lo solicitan, problemas que han sido señalados como los más comunes en el ejercicio de la terapia.

También menciono en dicho capítulo, que en la investigación, que enmarco dentro de un enfoque cualitativo basado en el diseño de estudios de casos múltiples con un marco referencial Posmoderno y Socioconstruccionista, los alcances de la Terapia de Atención Inmediata, constituyen la línea que direcciona la pregunta y los propósitos de la misma, e indico que para poder co-construir ese conocimiento, empleé como herramientas de recolección, análisis e interpretación de la información con los(as) seis personas que participaron en ella, una entrevista conversacional semiestructurada y un análisis de contenido. Asimismo muestro las características de mi postura ética, de la elección de los(as) participantes, del escenario y del proceso de investigación.

En el capítulo 6, que lleva por título Los Alcances de la Terapia de Atención Inmediata desde una mirada Posmoderna y Socioconstruccionista, presento lo que fue la co-construcción, el análisis y la interpretación de la información, derivado del trabajo colaborativo que realicé con las(os) seis participantes durante las conversaciones de la fase de entrevista, del trabajo documentado sobre este tema y de las ideas de la mirada de referencia que elegí para este viaje llamado “Doctorado”.

En dicho capítulo, a través de cuatro categorías temáticas que construí: 1) la llegada de la Terapia Atención Inmediata, 2) la utilidad de la Terapia de Atención Inmediata, 3) la satisfacción con el servicio de la Terapia de Atención Inmediata y 4) las mejoras a la Terapia de Atención Inmediata, distinguí lo que les significó a las y los participantes la asistencia a este servicio terapéutico, lo que desde mi perspectiva, también dio sentido y significado al propósito general de investigación que fue conocer los alcances de esta modalidad de terapia.

El último capítulo lo he destinado para las reflexiones. En ese espacio establezco un diálogo “final” con el texto de este estudio. Desde una postura de transparencia, manifiesto en este momento la expectativa de que esta investigación, además de sumar al conocimiento que se ha documentado en otros estudios sobre la Terapia de Atención Inmediata, que en nuestro país todavía es poco conocida, pueda ser valorada como una alternativa terapéutica útil por los(as) participantes, por otros(as) terapeutas y lectores(as) interesados(as) en el tema y pueda contribuir también para futuras investigaciones.

Capítulo 1: La Terapia Psicológica

Para muchas personas, la terapia psicológica ha sido y es un espacio para solucionar sus problemas, pero también para otras tantas, ha representado un servicio costoso y/o de poca utilidad que ha motivado su deserción terapéutica, es decir, ya no regresar a la siguiente sesión, o incluso, un servicio de difícil acceso para recibir atención o que no está en sus posibilidades económicas. Ahora bien, ¿Qué puede participar para que diferencias como estas se establezcan? Diría que los principios teóricos y la metodología de trabajo de cada modelo terapéutico, -bajo los cuales nos adherimos los y las terapeutas-, que definen lo que es una terapia y condicionan cómo debe llevarse a cabo, así como todas las circunstancias “externas” al proceso terapéutico como tal, son factores que de alguna manera colaborarán para que la terapia sea significada o no como un espacio de solución.

Justo porque el tema de mi investigación es la propuesta de una modalidad de servicio de terapia, que al estar situada en una postura Posmoderna y Socioconstruccionista se distingue en muchos sentidos de otros enfoques, para dar contexto y espacio a esa distinción, en este capítulo abordo algunas de las características generales de las perspectivas terapéuticas que considero son las más utilizadas, siendo estas, la psicoanalítica, la conductual, la cognitiva, la fenomenológica o experiencial, la sistémica y desde luego la posmoderna y socioconstruccionista. A través de la descripción de dichas características refiero cómo cada una de ellas ha construido su particular forma de entender los distintos aspectos del acontecer humano, lo que se considera un problema, las supuestas causas y desde luego, los tratamientos para ello. Hago mención también del lugar y papel que suele otorgársele al o la terapeuta, el tiempo probable que según algunos enfoques puede llevar un proceso terapéutico así como algunos condicionantes que se han llegado a establecer para el inicio de este.

Asimismo, con el propósito de mostrar las diferencias que también se han construido en relación al concepto de terapia psicológica, he incluido en este capítulo algunas definiciones de esta, las cuales, desde mi perspectiva, nos permiten dar cuenta de cómo los y las terapeutas nos posicionamos en la praxis y cómo nos relacionamos con los(as) consultantes a partir de la identificación que tengamos con una u otra definición. Por último, cierro este capítulo señalando algunos aspectos de la deserción terapéutica, fenómeno que subraya algunas circunstancias que pueden obstaculizar el acceso y la asistencia de muchas personas a un servicio de terapia y que en muchas ocasiones no son consideradas por los(as) terapeutas ni por algunas instituciones de salud.

Perspectivas Terapéuticas

Después de esta breve introducción, comenzaré por decir que cada perspectiva terapéutica representa una particular manera de entender la vida y los eventos que ocurren en ella, y con base en lo anterior, en consenso con quienes comparten o estén de acuerdo con esa forma de inteligibilidad, se construye una o más teorías sobre distintos aspectos del acontecer humano (que después pueden ser definidos como “patología”, “enfermedad” o conducta “anormal”), así como también serán construidas, las palabras o actividades que serán denominadas como terapia psicológica, los papeles, roles o posiciones que tendrán los(as) participantes en ella, entre muchos otros conceptos más, tales como tratamiento, efectividad, cambio, conocimiento, verdad, etcétera (Benito, 2009; Gómez, 2010).

Para ilustrar lo anterior, demos un vistazo histórico. Por ejemplo, mientras que Phillippe Pinel consideraba como tratamiento terapéutico la reclusión temporal de las personas en lugares específicos (hospitales psiquiátricos) para que pudiesen modificar hábitos “poco saludables” por unos con mayor “adaptabilidad”, James Braid utilizaba la hipnosis como técnica de intervención terapéutica para el tratamiento de diversos “padecimientos” y Berheim la sugestión directa, a la

cual nombró después como psicoterapia. Así, cada uno de estos personajes empleaba las estrategias que en ese momento y contexto creía que eran las “curas” para las “enfermedades” de tipo psicológico y/o mental. Sin embargo, no fue sino hasta Freud que con el desarrollo de su teoría y método de tratamiento llamado Psicoanálisis se estableció uno de los abordajes psicoterapéuticos con mayor dominancia durante el siglo XX (Benito, 2009).

La perspectiva Psicoanalítica, -en mi opinión-, llegó a ser en un primer momento un cuestionamiento al discurso médico, concretamente al de la Psiquiatría, que se adjudicaba (quizá con mayor fuerza que ahora) poseer el conocimiento “verdadero” y el procedimiento “adecuado” para el tratamiento de las enfermedades mentales. Dentro de un contexto en el que lo que predominaba eran lo orgánico y lo biológico, las premisas teóricas y el método del Psicoanálisis parecían un disparate. Cómo algo psicológico podía ocasionar un “trastorno” (como una convulsión o una parálisis) y cómo algo que no fuera dentro de los márgenes de la medicina podía “curarlo”. Pues bien, sin profundizar en ello, el Psicoanálisis fue cobrando fuerza en la medida que otras personas compartían y replicaban en su práctica profesional las ideas y procederes de esa perspectiva y conforme a que varias personas más afirmaron haberse beneficiado de ese abordaje terapéutico.

Las premisas de la perspectiva Psicoanalítica que llegaron a causar tanta conmoción en el siglo XX fueron construidas con una lógica determinista. Esto quiere decir que las conductas de las personas están determinadas por factores intrapsíquicos, es decir, por impulsos, fantasías y deseos inconscientes que habitan en el ser humano. La cuestión aquí relevante es que algunos de esos habitantes, en su búsqueda e intento frustrado de gratificación en contra de las prohibiciones y límites socioculturales, ocasionarán un conflicto de tipo psicológico que se manifestará a través de diversos síntomas físicos y trastornos emocionales y conductuales (Bados, 2008; Zegers, 2001).

Según esta perspectiva, las conductas “disfuncionales” o “inmaduras”, algunas enfermedades y también algunos síntomas físicos que presentan las personas en el aquí y ahora, están relacionadas con situaciones ocurridas en su pasado, principalmente en la infancia, que al no haberse resuelto “debidamente” en esa etapa de la vida y ocultarse en el inconsciente, son representadas en el presente a través de dichas conductas, enfermedades y/o síntomas (Bados, 2008; Zegers, 2001).

Hacer consciente lo inconsciente se vuelve así el punto central de trabajo en la terapia. Luego entonces, aunque las personas, -a las que se les llamará pacientes-, puedan llegar a consulta por un problema en específico, la terapia con perspectiva Psicoanalítica, cuasi arqueológicamente, se orientará -mediante diferentes técnicas basadas en el lenguaje y la interpretación- a la búsqueda y elaboración de los conflictos inconscientes arraigados en la psique de las personas como producto de su pasado. Pero este proceso de elaboración no será sencillo, ya que el conflicto inconsciente, de acuerdo a las premisas psicoanalíticas, se resistirá de diversas maneras a emerger a la conciencia, de ahí que resulte necesario que los(as) pacientes tengan que asistir a sesiones tres o cuatro veces a la semana durante años (Compas & Gotlib, 2003).

Ahora bien, como los(as) pacientes no están al tanto de los significados ni de la importancia de lo que dicen, el o la terapeuta, con su experticia, será el o la encargado(a) de dirigir la sesión y de entender e interpretar la información que proporcionan los(as) pacientes, trabajando al mismo tiempo con sus resistencias, las cuales, a decir del Psicoanálisis, son las responsables de que estos(as) dejen la terapia de forma prematura (Compas & Gotlib, 2003).

Estas son sólo algunas distinciones sobre la perspectiva Psicoanalítica, desde luego que existe toda una teoría construida que explica con mayor detalle toda su línea de pensamiento. Hoy en día se pueden apreciar algunos enfoques como el método de Lacán, la tradición neofreudiana de Adler y Jung, la tradición analítica del yo, que incluye la teoría de las relaciones

objetales de Klein y otros más (Bados, 2008), que aunque siguen basándose en esta visión, han hecho ciertos cambios conceptuales en algunas de sus premisas.

Desde mi punto de vista, las principales contribuciones que hizo este paradigma, es que a través de sus premisas y metodología terapéutica vino a introducir una manera distinta de repensar en los problemas y en la salud física y mental, considerando para su estudio, ya no sólo lo orgánico y biológico, sino también un mundo psicológico construido a partir de las experiencias personales y los aspectos subjetivos de la vida social que están en interrelación con lo anterior. El uso de la palabra y la interpretación como medios para acceder y resolver los “conflictos” en ese mundo psicológico, también fueron ideas que revolucionaron la práctica terapéutica.

No obstante estas valiosas aportaciones, en mi opinión hay aspectos cuestionables a la lógica determinista de las premisas psicoanalíticas, que posiciona al inconsciente como el gobernador del comportamiento humano y señala que las personas no pueden “darse cuenta” por sí mismas de los “conflictos internos” escondidos en sus “psiques”. Considerando lo anterior, me pregunto: ¿Qué posibilidades brinda la perspectiva Psicoanalítica para poder resolver los problemas o conflictos psicológicos en un corto plazo o sin un proceso psicoanalítico?, ¿Será entonces que las personas, además de ser “dependientes” de sus “deseos inconscientes” y sus pasados, también lo serán de un tratamiento que puede durar años?

Continúo preguntándome: ¿Cuántas personas en nuestro país y en otros, estarían en condiciones de pagar más de una sesión a la semana y por cuánto tiempo? Y en el supuesto de tener todas las condiciones para asistir a un proceso de análisis, ¿el abandono de este sólo sería adjudicado por la resistencia del o la paciente?, ¿en dónde queda la responsabilidad del o la psicoanalista sobre su trabajo?, ¿cómo puede estar segura(o) el o la psicoanalista de que la

interpretación que está haciendo corresponde a la parte “inconsciente” de su consultante sin que se mezcle o intervenga su propia parte “inconsciente”?

Así como yo he planteado estas preguntas y quizá usted lectora o lector tendrá otras, varias personas desde distintos enfoques han hecho ciertos cuestionamientos a esta perspectiva. Uno de los más conocidos, que aborda la eficacia sobre el tratamiento psicoanalítico, fue el realizado por Hans Eysenck en 1952, que señaló que después de una evaluación de los resultados de más de 7000 pacientes, la tasa de recuperación de la psicopatología para los(as) pacientes sin psicoterapia no era peor que la tasa de mejoría para los que sí recibieron una intervención psicoanalítica (Benito, 2009; Compas & Gotlib, 2003).

Como este, otros cuestionamientos no tardaron en hacerse presentes. Recordemos que si bien en un principio el Psicoanálisis comenzó como un conocimiento incipiente, después se convirtió en otro discurso dominante, ante el cual, muchos investigadores(as) se mostraban inconformes con sus premisas y practicas terapéuticas, rechazando principalmente los aspectos subjetivos, introspectivos y mentales. Esta inconformidad alentó el desarrollo de otras propuestas teóricas-metodológicas para llevar a cabo una intervención terapéutica con cambios radicales de entendimiento sobre muchos conceptos (Benito, 2009; Compas & Gotlib, 2003).

Una de esas propuestas fue la perspectiva Conductual, que desde una mirada ambientalista que buscaba posicionar a la Psicología como una ciencia del comportamiento, planteó que la patología es definida como una forma de comportamiento aprendido que resulta desadaptativo. En ese sentido, las terapias con este enfoque, como lo son, el análisis conductual aplicado, el neoconductista mediacional y análisis conductual clínico, van a estar dirigidas hacia el reaprendizaje, es decir, a la modificación, disminución o eliminación de la conducta. El énfasis no estará puesto en lo innato o hereditario, ni en el estudio de la conciencia, sino en los determinantes ambientales presentes que colaboran en la permanencia de las conductas

problemáticas y bajo ese supuesto, comprender la etiología de un problema psicológico no es esencial ni útil para producir un cambio conductual (Bados, 2008; Benito, 2009; Smith, 2000).

Considerando las premisas anteriores, en la terapia de tipo conductual, los efectos del tratamiento serán evaluados a través de modalidades de respuesta que sean medibles y observables, y cuando de lo que se hable sea de emociones, sentimientos, pensamientos y/o sensaciones, lo que se hará en este enfoque terapéutico será operacionalizar esto en conductas, de tal manera que puedan ser medidas y observadas. Por ejemplo, sentirse desolado(a) no es algo que pueda verse a simple vista como lo es el movimiento de una parte del cuerpo, luego entonces, en la terapia lo que se investigará, se observará y se intervendrá, serán los efectos de ese sentir en la conducta (Bados, 2008).

En esta idea de convertir a la Psicología en una ciencia del comportamiento, el empleo de procedimientos experimentales para estudiarlo permeó en el ámbito de la terapia. En relación al papel del/la terapeuta con perspectiva Conductual, este será metódico, como la de un o una científico(a). De forma activa y en colaboración con los(as) pacientes (como también se les llama a las personas que acuden a consulta), los(as) terapeutas desarrollarán un plan de tratamiento sistematizado, con objetivos o metas claras y procedimientos para alcanzarlos. Es posible decir incluso que la relación entre la evaluación y la terapia se aprecia más fuerte para esta orientación que en otras. Muchos(as) terapeutas -bajo esta orientación- dirán que no es posible empezar una terapia sin una evaluación conductual global o un análisis funcional de las dificultades de los(as) pacientes (Bados, 2008; Compas & Gotlib, 2003; Smith, 2000).

En resumen, la perspectiva Conductual señala una forma muy distinta de mirar y de llevar a cabo una terapia. Ahora el foco está puesto principalmente en las conductas, en el aprendizaje y en el presente, y en contraste con la Psicoanalítica, el estudio de la conciencia no resulta significativo como tampoco lo es centrarse en el pasado para localizar los asuntos inconclusos

que quedaron en alguna etapa de la vida. La solución de las conductas problemáticas actuales está relacionada con un proceso de reaprendizaje que, para su realización, conlleva la observación y el registro del contexto en el cual estas se desarrollan.

Los aspectos que puntúo de mayor contribución de la perspectiva Conductual, -por estar más cercanos a mi postura terapéutica-, es su posicionamiento en el presente para la realización de un cambio y la colaboración entre terapeutas y consultantes para la planeación de metas en la terapia. Posiblemente, al situarse en la problemática actual y tener claro los objetivos, el proceso terapéutico pueda ser de corto plazo, lo cual, si fuese el caso, le otorgaría diversos beneficios a los(as) consultantes al no tener que disponer para esta actividad de más tiempo y dinero.

Ahora bien, los puntos en los que discrepo son, por una parte, el proceso evaluativo requerido para iniciar una terapia, lo cual hablaría del tiempo en la sesión que bien podría aprovecharse para comenzar a construir posibilidades y soluciones. En el supuesto de que se requiera mínimo una sesión para realizar una evaluación, ¿Qué tanto esto podría desalentar a los(as) consultantes para regresar a la siguiente sesión?

La otra discrepancia que tengo es con lo que me parece una forma cuasi mecánica de operacionalizar los pensamientos, emociones, sentimientos, etcétera, en conductas. Al respecto reflexiono: ¿Cuánta riqueza de información podría quedar excluida por no ser considerada “importante” durante el proceso de operacionalizar? Y si los(as) consultantes desean manifestar su sentir con llanto u otra expresión, ¿Valdría la pena construir en ese momento un espacio de alivio si eso es lo que las personas necesitan en ese momento?

Como sucedió con la mirada Psicoanalítica, las inconformidades hacia la mirada Conductual no se hicieron esperar. Muchas voces posicionadas en una perspectiva Cognitiva y/o Experiencial/Humanista cuestionaron la consideración del aspecto conductual por encima de

otros y señalaron además que las premisas y métodos del Conductismo no captaban la complejidad de la vida y de la experiencia humana (Smith, 2000).

Para la perspectiva Cognitiva, por ejemplo, son los procesos de pensamiento los que permiten dar cuenta de nuestras conductas; la cognición es lo que lleva a la acción y no una simple asociación de estímulo y respuesta como lo dice el Conductismo. Desde esta mirada se distingue que el centro de los problemas radica en nuestros procesos cognitivos y en cómo estos afectan la manera de comprender el mundo, lo que puede originar después, dificultades de tipo emocional y conductual (Benito, 2009; Compas & Gotlib, 2003).

Como puede deducirse, la terapia con perspectiva Cognitiva, como la de Aaron Beck y otras, pondrán énfasis en la identificación y modificación de pensamientos o cogniciones distorsionados, con la creencia de que los cambios que se produzcan en ellos llevarán a la reducción de síntomas y/o conductas que provocan un malestar o problema. Para realizar dicha modificación, los(as) terapeutas utilizarán, entre otras técnicas o estrategias de tratamiento, la reestructuración cognitiva, la cual consiste en un cambio de esquemas o creencias que ocasionan la interpretación equivocada de la realidad (Benito, 2009; Compas & Gotlib, 2003).

Como en los enfoques anteriores, considero que el o la terapeuta tenderá a ser directivo(a); su papel será el de enseñar a los(as) pacientes (también aquí se utiliza este término) a ser capaces de identificar, evaluar y reemplazar los pensamientos negativos por otros positivos, además de instruirle con algunas estrategias conductuales de afrontamiento que le permitan adquirir habilidades para la solución de problemas, lo cual, según este enfoque, limitará el tiempo de la terapia, que rara vez excederá las 30 sesiones, una por semana (Compas & Gotlib, 2003).

Estas son sólo algunas generalidades de la perspectiva Cognitiva, que no explican por supuesto toda la teoría y metodología construida para llevar a cabo un tratamiento terapéutico. Por lo tanto, considerando sólo lo aquí descrito, el desarrollo de habilidades y estrategias para la

solución de problemas es el punto que considero de mayor utilidad de ella, dado el alcance que puede tener para que las personas fortalezcan una postura de agencia en su vida, visibilizando al mismo tiempo que dicho proceso de construcción de habilidades y estrategias puede ser factible en cualquier momento.

Si bien la idea de limitar el tiempo de terapia por parte de este enfoque es, desde mi visión, propositiva, en el sentido de que las personas no tengan que disponer de diversos recursos para su asistencia, posiblemente podría aprovecharse aún mejor cada sesión para que puedan beneficiarse lo más pronto posible de ese desarrollo de habilidades y estrategias para solucionar las situaciones que les acontecen.

El aspecto en el que difiero de forma significativa con esta perspectiva, es el papel directivo de los(as) terapeutas, colocándose como los(as) expertos(as), instructores(as) o evaluadores(as) de la vida de las personas, aspecto que también es compartido por las otras perspectivas. Me parece que -desde un lugar de horizontalidad-, el espacio terapéutico tendría que funcionar para que los(as) consultantes den cuenta de que son ellos(as) mismos(as) su principal recurso. Me pregunto: ¿Qué trascendencia tendría en la manera en que se entiende y ejerce la terapia si la postura de los(as) terapeutas fuese de reconocimiento y respeto hacia los conocimientos, experiencias, historias y discursos de las personas y por tanto de los(as) consultantes, considerándolos con la misma importancia y valor que los saberes de los(as) terapeutas?

Justo en esta diferencia expuesta sobre la postura del o la terapeuta, la perspectiva Fenomenológica o Experiencial -marco referencial de la terapia centrada en el cliente, la gestáltica, el análisis transaccional, el psicodrama y la terapia existencial- hizo un cambio radical. Desde esta mirada, las personas son las expertas en su propia experiencia, en el problema y en la forma de solucionarlo, de ahí la elección de utilizar la palabra cliente en lugar de paciente. A

diferencia de los otros enfoques, la relación terapéutica es considerada como una experiencia de crecimiento, más que una relación en donde uno(a) educa o sana al otro(a). Por lo anterior, en este tipo de terapias se le concede poca importancia a la historia del/la cliente y al papel de experto(a) del/la terapeuta (Bados, 2008; Compas & Gotlib, 2003).

Las personas, de acuerdo a esta línea de pensamiento, son vistas como buenas, con una tendencia hacia el logro de metas. Esto se concibe así porque se considera que el/la ser humano posee de forma innata el potencial de autorrealización, es decir, es capaz de dirigir su propio desarrollo, tomar decisiones y ser responsable de sus actos. La idea que se tiene del comportamiento es que es determinado por la percepción que se tiene de sí mismo(a) y del mundo, lo cual significa que las realidades son creadas a partir de percepciones idiosincrásicas. Bajo estas premisas, no hay una verdad única y válida para todo el mundo, ya que cada uno(a) de nosotros(as) tiene su propio punto de vista (Bados, 2008; Compas & Gotlib, 2003).

Ahora bien, ¿Qué sucede entonces cuando las personas presentan algún problema y llegan a terapia? La explicación que la perspectiva Fenomenológica o Experiencial ofrece es que los problemas surgen por bloqueos en el crecimiento, por perder contacto con las experiencias y las emociones, pero una vez que se tome mayor conciencia de estas (insight), el crecimiento positivo ocurrirá sin ninguna dificultad. En ese sentido, la terapia de tipo fenomenológico o experiencial estará centrada en que las propias personas hagan conciencia sobre sus emociones, su estado físico y necesidades para que desbloqueen los obstáculos que están impidiendo dicho crecimiento (Benito, 2009; Compas & Gotlib, 2003; Gómez, 2010).

Sin duda, de las perspectivas o miradas que he descrito hasta este momento, las nociones de la Fenomenológica o Experiencial, que no representan a detalle toda su teoría, son las más próximas con mi postura terapéutica. El nombrar a las personas que asisten a terapia como clientes(as), reconociendo que son estos(as) los(as) que mejor conocen sus vidas y lo que

acontece en ellas, así como las ideas de que todos(as) tenemos una tendencia hacia el logro y que somos capaces de dirigir nuestra vida, tomar decisiones y ser responsables de nuestros actos, me parecen puntos que, además de brindar una posibilidad magnífica para reflexionar y resignificar nuestra labor como terapeutas, muestran una posición política que cuestiona los statu quo de la terapia.

De igual forma y para concluir con la perspectiva Fenomenológica, las premisas de que las realidades son creadas y que no hay una verdad única y válida para todo el mundo me parecen ideas posibilitadoras, que visibilizan, por una parte, la capacidad que tenemos para poder construir múltiples maneras de conocer y entender el mundo en el que vivimos, y por otra, el poder diferir con las formas en que otras personas construyen sus conocimientos sin que estos valgan más o menos que otros. Significaciones constructivistas y una postura de horizontalidad se asoman y diluyen las ideas de jerarquizar el conocimiento.

Hasta ahora he presentado algunas generalidades de cuatro perspectivas terapéuticas: la Psicoanalítica, la Conductual, la Cognitiva y la Fenomenológica. Aunque es posible decir que entre estas líneas de pensamiento se pueden apreciar amplias diferencias en sus conceptos teóricos y en su metodología de trabajo, hay un punto en el cual -a mi parecer- todas coinciden, esto es, su visión lineal. Esta visión hace referencia a un modelo de causa-efecto unidireccional: algo que suele ser una conducta, variable o factor, afecta, provoca o causa algo en otro lugar, referido comúnmente como otra conducta o variable (Sánchez y Gutiérrez, 2000; Umbarger, 1983).

Esto significa que en el escenario terapéutico, el problema, circunstancia o situación de motivo de consulta, es decir, el conflicto inconsciente del psicoanálisis, la conducta desadaptativa aprendida referida por el conductismo, los esquemas de pensamiento distorsionados que señala el enfoque cognitivo o los bloqueos en la conciencia del fenomenológico, son focalizados en lo

individual y generados por una determinada causa, luego entonces, el tratamiento y el proceso de cambio también lo será de forma individual (Sánchez y Gutiérrez, 2000; Umbarger, 1983). La persona que asista a terapia, de manera personal, tendrá que modificar, resolver o desbloquear aquello que le está afectando o ser medicada o recluida en una unidad de salud mental por no poder resolver por sí misma lo que le acontece.

Desde mi postura, las implicaciones que pueden tener el uso de una visión lineal en la terapia, es excluir o no darle la suficiente atención en la forma en que los contextos social, económico, cultural, político, comunitarias, familiares, etcétera, se interrelacionan y participan en la vida de las personas, en la construcción de sus circunstancias, sus creencias, costumbres y prácticas cotidianas.

Por ejemplo, ¿Qué tanto valor le otorgan las perspectivas terapéuticas basadas en una visión lineal a los procesos de comunicación y relación presentes en la familia en la conducta “desadaptativa” o en los esquemas de pensamiento “distorsionados” de alguno de sus miembros? ¿Consideran que los aspectos comunitario, político, económico y/o cultural tienen alguna participación en el bloqueo de la conciencia o en el conflicto inconsciente? Lo más probable es que poca importancia -sino es que nula- sea otorgada a la participación de los aspectos de la comunicación y la relación familiar de las personas en lo que es señalado como un problema y mucho menos se contemplarán la colaboración que pudiese tener los contextos más amplios.

Si bien se identifican diferencias entre las miradas terapéuticas sobre lo que “causa” un problema, la metodología de tratamiento basado en lo individual, considerando solamente un factor causal, ha sido y todavía sigue siendo la forma regular de estas de ejercer la terapia. Sin embargo, un giro epistemológico vino a señalar y a posibilitar una manera distinta de pensar y hacer la práctica terapéutica, al centrar el interés en los procesos interaccionales y de

comunicación, en lugar del énfasis que se da a lo individual, creándose así, un paradigma Sistémico (Sánchez y Gutiérrez, 2000; Umbarger, 1983).

Los tipos de terapia con perspectiva Sistémica, como lo son la escuela interaccional del Mental Research Institute (MRI), la terapia estructural, la terapia estratégica y la escuela de Milán, establecen que todas las personas son y forman parte de varios sistemas (familia, pareja, comunidad, sociedad, etcétera) y que estos son entidades vivas y dinámicas compuestas de elementos o miembros que se interrelacionan, es decir, el proceso de relación no sólo ocurre dentro de un sistema sino también con el medio circundante, entiéndase otros sistemas sociales, tales como instituciones educativas, la cultura, la iglesia u otras organizaciones (Sánchez y Gutiérrez, 2000; Umbarger, 1983).

Estas premisas permitieron construir una concepción circular de los problemas y los tratamientos. Cabe puntuar que la idea de la circularidad hace referencia a que cada elemento de un sistema (por ejemplo una familia) retroalimenta a los otros elementos del mismo y recibe retroalimentación también por parte de estos (Sánchez y Gutiérrez, 2000; Umbarger, 1983). Así, la terapia de corte Sistémico -que suele enfatizar el presente y ser breve, con una postura directiva del/la terapeuta-, tendrá como objetivos terapéuticos, la modificación de los patrones de interacción entre las personas. El problema -sea cual fuere- es causado por la forma de relación establecida entre las/los miembros de un sistema (Bados, 2008; Benito, 2009). Esto significa que la/el miembro de una familia o de una pareja u organización, visto como un “problema”, no es otra cosa que la expresión de la disfunción de todo el sistema. En consecuencia, la solución implica cambios en la totalidad del mismo y no sólo en una o uno de sus miembros (Gómez, 2010).

En resumen, estos entendimientos sistémicos permitieron resignificar algunos conocimientos en la terapia, principalmente los que hacen referencia a la causalidad de una

situación y a las intervenciones terapéuticas. La comprensión y el tratamiento de lo que es definido como un problema serán ahora desde una visión multifactorial y relacional. Las personas, sean miembros de una familia, pareja, comunidad, etcétera, no son consideradas como entes separados del contexto en el que viven y por tanto tampoco lo que les sucede. En ese sentido, cada vez que una persona, pareja o familia llegue a terapia, desde una mirada Sistémica, se conversará sobre las relaciones y circunstancias contextuales que sean referidas por estas como significativas y parte de sus sistemas.

Como terapeuta con formación Sistémica construida durante la Maestría, puedo decir y dar cuenta de la utilidad de esta epistemología en la práctica terapéutica. La noción de que los comportamientos, creencias, costumbres, hábitos, formas de sentir y expresar, etcétera, son generados en la interacción y comunicación, ha posibilitado que muchas personas en terapia reconozcan y asuman el grado de responsabilidad que ha tenido su participación en lo que creían que era individual y ajeno a su persona, es decir, el problema del otro(a) u otros(as). Esto ha significado que muchos niños y niñas, adolescentes, miembros adultos de una familia o pareja, dejen de ser etiquetados(as) como un problema y se abran espacios al cambio en la manera de relacionarse y comunicarse.

Si bien la perspectiva Sistémica, al cuestionar la linealidad causal de los eventos o fenómenos que ocurren en la vida e introducir las ideas de circularidad para dar explicación de estos contribuyó a un cambio conceptual y metodológico en la terapia, hay ciertos aspectos que merecen mayor atención. Decir que todos los elementos de un sistema son responsables de lo que generan con sus interacciones, ciertamente es distinto a decir que una sola persona lo es, sin embargo, me parece que se requiere reflexionar, profundizar y considerar dentro de un abordaje terapéutico, las inequidades de poder, derechos y privilegios que puede haber dentro de cualquier sistema.

Siguiendo en esta línea de pensamiento, habrá que tener presente si todos los elementos de un sistema -entre ellos el sistema terapéutico, es decir, el formado por los(as) consultantes y los(as) terapeutas-, pueden participar cualitativa y cuantitativamente en términos de equidad e igualdad, en la toma de decisiones y en las actividades que se realizan o se vayan a realizar, con el fin de evitar que se produzcan, reproduzcan o invisibilicen cualquier práctica de poder autoritaria o violenta. En ese sentido, considero que la postura directiva de los(as) terapeutas, -que suele ser ejercida en la mayoría de los modelos de terapia de las distintas perspectivas aquí presentadas-, puede ser un punto cuestionable y hasta peligroso si los(as) terapeutas no están al pendiente de la manera en que a través del lenguaje, construyen conversaciones y discursos que pueden silenciar o marginar las voces de muchas personas dentro de una familia, pareja o comunidad, como las de los(as) niños(as), adolescentes, personas que han sido diagnosticadas con alguna enfermedad, mujeres u hombres en situación de violencia, etcétera.

No obstante estas importantes puntualizaciones, las ideas relacionales y de comunicación introducidas por la perspectiva Sistémica fueron un punto de inflexión que colaboró significativamente para ampliar y nutrir el campo conceptual y metodológico de la terapia. Pero esto no fue privativo del pensamiento sistémico, la Posmodernidad y el Socioconstruccionismo también sirvieron y han servido como un motor de transformación para muchos(as) terapeutas, entre ellos(as), yo. Sus nociones sobre el lenguaje, lo dialógico y lo relacional como constructores de nuestra vida social se convirtieron en ideas tan poderosas que alentaron la construcción y el desarrollo de muchos servicios y enfoques terapéuticos, como la terapia colaborativa, la terapia narrativa, los equipos reflexivos, el modelo de terapia enfocada en soluciones, la terapia de atención inmediata y la sesión única, que terminarían por resignificar de nueva cuenta la práctica terapéutica (Tarragona, 2006).

Como una breve introducción, ya que en los siguientes dos capítulos ahondaré en las ideas de la Posmodernidad y el Socioconstruccionismo y en cómo estas han sido adoptadas en la práctica terapéutica, diré que desde estas miradas, la terapia es entendida como un proceso discursivo-conversacional, en el que los(as) consultantes y las(os) terapeutas pueden co-construir en el diálogo nuevos significados, historias alternativas, posibilidades y soluciones. La relación vertical o jerárquica en la que el/la terapeuta sabe y le dice al que tiene frente a él o ella (consultantes) lo que le conviene pensar, decir, hacer o sentir queda diluida en estas perspectivas. En su lugar, la relación terapéutica significada en términos de igualdad cobra importancia y se posiciona de tal manera que todo lo que acontece en la terapia se construye a partir de la colaboración entre los(as) consultantes y terapeutas. En ese sentido, la labor del/la terapeuta es prestar atención a lo que va aconteciendo en la conversación, en lugar de imponer una determinada idea a las personas que asisten a consulta (Tarragona, 2006; Wilson, 2017).

Es posible distinguir cómo la postura dialógica-conversacional así como la horizontalidad relacional entre terapeutas y consultantes, son un alejamiento y un cuestionamiento hacia los enfoques de terapia tradicionales. Cabe señalar que diversos(as) autores(as) han coincidido con este cuestionamiento, como John Shotter, -quien situado en una postura Socioconstruccionista y Posmoderna-, considera que no se puede lograr un buen tipo de entendimiento de lo cotidiano y de las otredades si sólo se utilizan ciertas teorías o métodos basados en las mismas teorías, que sólo reproducen discursos de déficit e incapacidad en lugar de generar relatos de posibilidades y de agencia personal. Para este autor, la idea de nosotros(as), capaces de crear diversas formas de relacionarnos y expresarnos como humanidad, es regularmente ignorada como algo importante en muchas tradiciones terapéuticas e investigaciones que se dicen científicas, obstaculizando otras formas de pensamiento y acción (Anderson, 2017).

A diferencia de las terapias psicoanalíticas, conductuales, cognitivas y fenomenológicas, así como de algunos modelos terapéuticos sistémicos, cuyos marcos referenciales están asentados dentro de la modernidad, paradigma que representa la objetividad, la certeza, el dualismo, entre otros conceptos (Gómez, 2013; Lyotard, 1984), en las terapias Posmodernas y Socioconstruccionistas, se considera que los conocimientos, las identidades, las realidades y los significados que se dan a las experiencias y vivencias se construyen en lo social. Bajo estas perspectivas, cabe decir que un mismo evento puede ser vivido y significado de diferentes maneras, en consideración también, a los distintos contextos culturales, relacionales y lingüísticos (Tarragona, 2006).

En relación a lo anterior, incluso, esta breve exposición, en donde he viajado desde la perspectiva psicoanalítica, que desafió en un principio el statu quo del discurso médico y resignificó algunas ideas sobre la terapia y la salud mental, pasando después por la conductual, la cognitiva y la fenomenológica, que además de cuestionar las premisas psicoanalíticas, crearon sus propias teorías y métodos para realizar un abordaje terapéutico, hasta llegar al pensamiento sistémico, cuyo giro epistemológico vino a aportar más cambios en la terapia, ejemplifica una mirada Socioconstruccionista. Esto significa que lo que he escrito fue generado por una mirada -la mía-, atravesada por conocimientos que he construido con otras voces (autores(as), profesores(as), etcétera) y también significa que todas y cada una de las perspectivas terapéuticas fueron creadas en lo social por otras tantas voces conversantes.

Así, es posible decir entonces, que las múltiples diferencias construidas en los procesos de interpretación y significación entre los distintos enfoques terapéuticos, desde lo que se considera como un problema o una patología, un objetivo, una solución o un cambio, hasta el tiempo y la forma de llevar a cabo la terapia psicológica o psicoterapia, no hubiesen sido posibles sino es mediante el lenguaje, las relaciones y las conversaciones entre las personas. De ahí que lo que

para una línea de pensamiento, determinadas ideas y acciones pueden ser una terapia o una terapia “buena” o un resultado “eficaz”, para otra u otras no lo es y de igual manera sucede con lo que es un problema, un trastorno o una enfermedad.

Sin embargo, sea para alcanzar metas, resolver problemas ubicados en el inconsciente, aceptarse a sí mismo(a), encontrarle a la vida un significado, modificar esquemas negativos, lograr comportamientos adaptativos, modificar patrones de interacción o co-construir otras posibilidades de significar los eventos de la vida, lo que atraviesa a todos estos objetivos que han sido mencionados por las perspectivas terapéuticas, es la asistencia a una terapia, psicoterapia o proceso terapéutico (sea la forma en que cada escuela o enfoque lo nombre o signifique). Ahora bien, cabría preguntarse ¿qué se entiende por terapia psicológica o psicoterapia?

Definición de Terapia Psicológica

El propósito de este apartado es presentarle a usted lectora/lector algunas definiciones sobre la terapia psicológica e invitarle a reflexionar sobre las diferencias entre ellas y las posibles implicaciones de cada una en la práctica. En mi opinión, dependiendo de cómo nos posicionemos, de la definición que hagamos de esta actividad, elegiremos la manera en que serán establecidas las condiciones para llevarla a cabo, entre ellas, la relación entre consultantes y terapeutas.

Históricamente, la terapia psicológica o psicoterapia ha sido significada -generalmente- como una actividad que “sana” o le “resuelve” los problemas a las personas, sin embargo, hay muchas más formas de pensarla. Habrá algunas personas que la definan como un método de tratamiento llevado a cabo por un(a) terapeuta, quizá otras la consideren como una actividad que tiene como objetivo específico el apoyo a una o más personas para solucionar alguna situación, y otras tantas, posiblemente, la vean como un lugar en el que se arreglan o componen las mentes y las emociones (Gómez, 2010).

En lo personal comparto que yo he manejado conceptos diferentes en distintos momentos. Antes de cursar la licenciatura en Psicología, recuerdo haberla pensado como la labor de los(as) psicólogos(as), es decir, reducía la disciplina a la ayuda que estos(as) daban a las personas. Posteriormente la consideré como una especialización de conocimientos, que posicionaba a los(as) terapeutas como los(as) sabedores(as) de las causas, consecuencias y tratamientos de los problemas. Hoy en día, aunque sigo construyendo y construyéndome en y dentro de ese constructo, diría que es una conversación colaborativa y de posibilidades.

Así, en esta línea de diferencias conceptuales, cada terapeuta definirá la terapia psicológica de acuerdo a su perspectiva teórica o a los conocimientos de los que disponga y en base a ello, hará o no ciertas acciones, tendrá una idea sobre el tiempo para lograr un cambio, adoptará un determinado rol o papel y posiblemente también esperará que sus consultantes se comporten de determinada forma.

Por ejemplo, según Bernstein y Nietzel (1980 y 1988, citados en Bados, 2008), la terapia psicológica o psicoterapia, consiste en una relación interpersonal entre al menos dos personas, en la cual una de ellas (terapeuta), tiene un entrenamiento y experiencia en el manejo de problemas psicológicos, y la(s) otra(s) persona(s), señalada(s) como cliente(s)/clientas(s), presenta(n) algún problema emocional, conductual o interpersonal. Estos autores entienden la relación terapéutica como una alianza de ayuda, que conlleva la utilización de alguna teoría y un método de intervención que explique y resuelva lo que le aqueja a la persona que asiste a terapia.

En tanto que para la Ley de Salud Mental del Distrito Federal, publicada en el 2014, la psicoterapia es definida como el conjunto de métodos y recursos utilizados para el tratamiento psicológico de las personas, mediante los cuales se crea una interacción entre la persona usuaria y el/la psicólogo(a), con el propósito de promover una adaptación al entorno, la salud física y/o

psicológica, la integridad, el bienestar y el mejoramiento de la calidad de vida de las personas (Asamblea Legislativa del Distrito Federal, 2014).

Detengámonos un momento en estas definiciones sobre la terapia, principalmente las que hacen referencia a un método de tratamiento que sana o resuelve los problemas de las personas realizado por un(a) terapeuta especializado(a) en el comportamiento humano. La primera pregunta que me surge es: ¿de qué manera se tiene significada desde estas miradas y definiciones la relación terapéutica? Apegándome a lo referido, dicha definiciones me remiten a algunas de las perspectivas terapéuticas explicadas anteriormente, aquellas que señalan que los(as) terapeutas, desde una postura directiva y de experto(a), le dirán a sus clientas o clientes lo que “tienen” o les “pasa” y también les enseñarán el “mejor” camino para “dejar de tener” los problemas emocionales, conductuales o interpersonales.

El rol de los(as) clientes(as) en estas definiciones, -desde mi visión-, lo considero descrito en términos de recepción, sin que se dé valor a los conocimientos que tienen sobre su propia experiencia. Pareciera que los(as) clientes(as) son aprendices de la sabiduría de los(as) terapeutas dado que estos sí poseen una teoría y un método de intervención que ofrece las explicaciones sobre los acontecimientos de la vida. Me pregunto: ¿Hasta qué punto esa concepción de terapia psicológica colabora para que las personas crean que no tienen la agencia o la capacidad para solucionar por sí mismos(as) las situaciones que consideran como problemas?

Como lo señalan Anderson (1999) y Tarragona (2006), la psicoterapia es una construcción social del modernismo y los enfoques terapéuticos ubicados en esa tradición, conciben a la terapia psicológica o psicoterapia como un proceso en el que la/el terapeuta, además de ocupar un lugar de experto(a) y observador(a) objetivo(a) de las situaciones de sus clientes(as) o pacientes, determina un diagnóstico con el cual establece las intervenciones y/o estrategias a seguir. De acuerdo a esta última autora, en este tipo enfoques se suele utilizar un

lenguaje de déficit y de patología, definiendo a los procesos terapéuticos, como espacios para componer a personas defectuosas.

A diferencia de lo anterior, la terapia desde una perspectiva Posmoderna y Socioconstruccionista, en la que yo me posiciono, es definida como una sociedad colaborativa entre terapeuta y consultantes, responsables y constructores ambos(as), de posibilidades, de nuevas historias y significados, en donde se valora también el conocimiento local y la multiplicidad de voces. Esta polifonía, al mismo tiempo que es un recurso en la terapia, es un cuestionamiento a tantos discursos universalizadores que otros modelos terapéuticos llegan a emplear (Tarragona, 2006).

En consonancia con algunas de las ideas Posmodernas y Socioconstruccionistas, Morales (2009), considera a la terapia psicológica o psicoterapia, como una conversación que puede construir posibilidades que emancipen a los(as) clientes(as) de sus problemas. Tanto terapeuta como clientes(as), son participantes activos en la co-creación de nuevas realidades y alternativas de relación y de acción. Desde la perspectiva de Morales, es la propia conversación, la herramienta principal de transformación en la terapia.

Finalmente y de acuerdo a Hoyt (citado en Slive & Bobele, 2011), para los procesos terapéuticos breves, la terapia es una alianza positiva entre terapeutas y consultantes, en la que se enfatizan, además de las fortalezas, competencias y capacidades de las personas, la expectativa de que el cambio está al alcance inmediato. La determinación de objetivos alcanzables y la sensibilidad al tiempo para aprovechar al máximo cada sesión, son elementos significativos para estas perspectivas terapéuticas.

Como se puede puntuar, son notables las diferencias que hay entre estas definiciones. Mientras que, por ejemplo, la de Bernstein y Nietzel y la de la Ley de Salud Mental del Distrito Federal comparten la idea de que la terapia psicológica es un conjunto de métodos de

intervención realizados por el o la terapeuta para el tratamiento de los problemas psicológicos de las personas, para las miradas Posmodernas y Socioconstruccionistas, en las que coincide la de Morales y la mía, la terapia psicológica es un equipo de responsabilidad compartida cuyo trabajo es -mediante la conversación-, construir posibilidades que transformen nuestro diario vivir.

Considerando lo anterior y valiéndome de un pensamiento Sistémico (me llama la deformación académica), ¿Qué relación e implicaciones podría tener la elección de cualquier de estas definiciones en el tiempo de asistencia de las personas a terapia, en el reconocimiento de la agencia de cada una de ellas, en las ideas que se tengan sobre el cambio y en la flexibilidad terapéutica para considerar otros enfoques con una perspectiva distinta? Porque en mi opinión, ninguna definición está separada de una postura política que transparenta nuestras creencias y prácticas no sólo en la terapia sino en la vida en general, valdría la pena reflexionar de dónde vienen o a qué voces hacen referencia los conceptos que tenemos. Y para usted lectora o lector: ¿qué es la terapia psicológica?

No obstante las diferencias que hay entre las definiciones sobre la terapia psicológica o psicoterapia por distintos(as) autores(as), organizaciones e instituciones y las que existen entre las teorías y metodologías de cada perspectiva terapéutica con sus respectivas implicaciones, la terapia psicológica sigue siendo, según Gómez (2010), la herramienta o método que más se utiliza en la psicología para la atención de diversos aspectos, que puede llevarse a cabo de forma individual, de pareja, familiar, grupal o comunitaria y que puede durar desde una o unas pocas sesiones hasta varios años (Bados, 2008).

En relación a esto último, la mayoría de los modelos terapéuticos suponen que se requiere de un cierto tiempo de terapia para poder alcanzar las metas planeadas o generar los cambios buscados, entendiéndose esto, como un determinado número de sesiones, por lo menos más de una sesión (Benito, 2009). En muchas ocasiones, inspirados desde un modelo médico, es el/la

terapeuta quien decide el tiempo del tratamiento y cuándo debe dar por terminada la terapia (Tarragona, 2006), sin considerar los múltiples y distintos factores que pueden participar para que las personas dejen de asistir a ella, o incluso, no puedan siquiera iniciarla.

Sobre este tema de la asistencia a terapia y el tiempo de la misma, el hecho de que las personas dejen de acudir, regularmente es interpretado por la mayoría de las perspectivas terapéuticas como una resistencia o una falta de compromiso del/la paciente, cliente(a) o consultante para cambiar. Sin embargo, hay múltiples factores que pueden participar para que una persona decida ya no regresar a la siguiente sesión, los cuales han sido señalados en algunas investigaciones sobre la deserción terapéutica. Por su importancia, a continuación abordaré este tema y valdría la pena que como terapeutas tengamos presente en cada sesión lo que puede implicar para una persona llegar a un consultorio psicológico y no dar por sentado que todos(as) los(as) consultantes pueden asistir a un determinado número de sesiones aún habiéndose acordado con ellos(as).

Asistencia y Deserción Terapéutica

La terapia psicológica es una actividad que no es ajena a los contextos que conforman una determinada sociedad, por lo que para su asistencia se requieren de ciertas circunstancias que o bien, pueden facilitar que algunas personas tengan acceso a ella u obstaculizar su asistencia o la posibilidad de contar con este recurso. Según Bobele et al. (2008), muchos(as) terapeutas, tanto en el consultorio privado como en servicios de psicología en instituciones de salud, trabajan con poblaciones de escasos recursos económicos que pueden tener dificultades tanto para acceder a los servicios de salud mental como para asistir a la siguiente sesión una vez iniciada la terapia.

Tomando en cuenta lo anterior, en este apartado abordaré el tema de la asistencia y la deserción terapéutica desde distintos(as) autores(as), los(as) cuales a través de los estudios que han hecho al respecto, han presentado y ampliado algunas ideas sobre los motivos por los que las

personas deciden interrumpir la terapia o no pueden recibirla. Estos aspectos son considerados importantes por la Terapia de Atención Inmediata debido a que afianzan algunas de sus premisas, entre ellas, la conveniencia de un tratamiento breve y de una mentalidad de sesión única.

La deserción terapéutica es referida por algunos(as) autores(as) como uno de los problemas más comunes en el ejercicio de la psicología clínica. Mahoney (1991, citado en Velasco & Hernández, 2016), distingue que la deserción terapéutica puede ser llamada abandono, terminación prematura, incumplimiento de citas, no adherencia o discontinuidad terapéutica, pero en cualquier caso, se hace referencia a la interrupción de la asistencia a un proceso terapéutico sin previa notificación.

De acuerdo a Rondón et al. (2009), el índice de abandono en la terapia psicológica ha sido reportado en diversas investigaciones entre el 25 y 50% a nivel mundial, considerablemente superior a la de otras disciplinas de la salud, exceptuándose los servicios de psiquiatría y de salud mental en los cuales también se reportan datos semejantes. Chen (1991, citado en Rondón et al., 2009), que también ha investigado sobre este tema, ha señalado que entre el 26 y el 50% de los(as) consultantes abandonan la atención psiquiátrica después de la primera sesión y del 33 al 75% de los(as) consultantes remitidos por medicina general, no acuden al especialista en psiquiatría y psicología.

Siguiendo en esta misma línea, Barret et al. (2008), han documentado que el 50% de las personas que tienen citas a la terapia no llegan, en tanto que las listas de espera siguen creciendo, y que de aquellas que completan el proceso de admisión, aproximadamente el 35% no asiste a la primera sesión y el 40% asiste a menos de tres. Por su parte, Bados et al. (2002), en su estudio sobre la eficacia y la utilidad clínica de la terapia psicológica, reportaron que entre un 25 a un 40% de las personas no acepta el tratamiento propuesto o no se presenta a la primera sesión de

terapia, mientras que para Hoyt et al. (1992, citados en Slive & Bobele, 2011), la probabilidad es que entre el 30 y el 55% de los(as) clientes(as) asistan sólo a una sesión de terapia.

Es de llamar la atención la coincidencia en los porcentajes reportados en las investigaciones a pesar del tiempo transcurrido. Centrándonos sólo en esta información, estamos hablando de que en algunos servicios, la mitad de las personas que asisten a consulta psicológica o psiquiátrica sólo lo hacen a una sola sesión y que el porcentaje de personas que no llega a la primera consulta puede alcanzar hasta el 75%. Estos datos me parecen reveladores y me llevan a reflexionar en dos puntos:

El primero es en relación a los motivos que tuvieron esas personas para decidir no volver a la siguiente sesión. ¿Será que no encontraron lo que buscaban?, ¿Podría ser que para algunas de esas personas fue suficiente una sola sesión?, ¿Qué ideas habrán tenido de la terapia? Me pregunto si como terapeutas nos hacemos de forma constante estas y otras preguntas de nuestro ejercicio y hasta qué punto estaríamos dispuestas(os) a implicarnos en un cambio a partir de las posibles respuestas. Por ejemplo, si las(os) terapeutas hubiesen considerado la posibilidad de que quizá esa sesión iba a ser la única, ¿Hubiesen hecho algo distinto? Usted lector(a): ¿Qué piensa?

Durante los inicios de mi práctica terapéutica di por sentado que las personas iban a acudir de forma constante a las sesiones, sin reparar en las implicaciones que conlleva la asistencia a una terapia psicológica ni en la manera en que mi participación podía o no facilitar el tiempo destinado para tal actividad. La postura que mantenía en aquel entonces, situada en el paradigma Moderno, estaba centrada en la realización de evaluaciones diagnósticas y métodos de tratamientos sistemáticos, sin darle el suficiente valor a los tantos factores que sistémicamente pueden facilitar o no que una terapia psicológica se lleve a cabo.

El segundo punto es en relación a las personas que no acuden siquiera a la primera sesión. Los posibles motivos para dar explicación a esto pueden ser muchos y diferentes, van desde lo

estigmatizada que todavía es vista la asistencia a terapia, por considerarse que quien lo hace está “disminuido(a)” en sus capacidades y habilidades o “enfermo(a)” o “loco(a)”, lo cual puede desalentar a cualquier, hasta la falta de disposición de tiempo y dinero para realizar dicha actividad. Según Kliff (2012, citado en Bloom & Tam, 2015), en un artículo en el Washington Post, se mencionó que los tratamientos costosos, el miedo al estigma y el difícil acceso a los servicios de salud mental, disuade a muchos(as) estadounidenses a buscar atención psicológica.

Trayendo un poco de la experiencia que viví en el tiempo que laboré en el Hospital General de México, comparto lo significativo que resultó para mí el dar cuenta, a través de las conversaciones con los neurólogos y las neurólogas, de la manera en que algunos(as) de ellos(as) hacían la referencia de sus pacientes al servicio de Psicología, esto es, sin explicarles para qué y cuál podría ser la utilidad de su asistencia. Incluso recuerdo que algunos(as) de estos(as) neurólogos(as) se quejaban de un comportamiento “oposicionista” por parte de sus pacientes porque no querían “obedecerles”. Sin que pueda significarse esto como la causa única de que algunos(as) pacientes elijan no presentarse a la primera sesión, valdría la pena reflexionar hasta qué punto esta forma de relacionarse entre médico-paciente, que también está presente entre terapeuta-consultantes, como ya mencioné sobre la postura que tuve durante algún tiempo, colaborará o no para que alguien decida no utilizar algún servicio de salud.

Como lo señalan Fisher et al. (citados en Bobele et al., 2008), en ocasiones, los objetivos que los(as) terapeutas tienen para sus pacientes, consultantes o clientes(as) no concuerdan con las expectativas que estos(as) últimos(as) tienen de la terapia y quizá dicha disparidad, en parte, puede motivar a que las personas busquen otras fuentes de apoyo. Incluso en algunas investigaciones, cuando se ha llegado a contactar con algunos(as) de los(as) consultantes, se han reportado índices de decepción debido a que la sesión no ofreció la utilidad que se esperaba.

Según Alcázar (2007), aunque no existe una única respuesta que explique la falta de asistencia a terapia psicológica, la cual, según el autor, en promedio es de tres sesiones en México, las expectativas no cumplidas que el/la consultante tiene respecto a la primera sesión, posiblemente están relacionadas con el hecho de decidir no asistir a las próximas sesiones, en tanto que el factor tiempo podría ser una de las causas que dificulten mantenerse en el tratamiento. Este autor señala que en un estudio realizado por Lorentzen en 1986, para indagar las causas de la deserción en un centro de servicios psicológicos, se registró que algunas de las razones para dejar de asistir fueron el tiempo prolongado en la espera y la falta de tiempo por parte de los(as) usuarios(as).

En un estudio más reciente, Velasco y Hernández (2016), en la investigación que realizaron para conocer los motivos de abandono psicoterapéutico en 22 mujeres víctimas de violencia (con un rango de edad de 17 a 56 años), en el Hospital de la Mujer de la ciudad de Puebla, determinaron entre las causas principales: problemas familiares, actividades en el hogar, cuidado de los hijos(as), problemas económicos, trabajo fuera del hogar y obligaciones para con los padres u otro familiar cercano. También señalaron la falta de sensibilidad, de atención adecuada e inmediata, así como los trámites tardados y complicados en las instituciones de salud.

En relación a la información proporcionada por Velasco y Hernández, reflexiono que si la asistencia a terapia -en circunstancias libres de violencia- requiere de diversos esfuerzos que conlleva entre otros factores, la disponibilidad de tiempo y dinero, no es de extrañarse que las mujeres que viven en una situación de violencia les pueda resultar un tanto más complicado asistir y luego mantenerse de manera continua en una terapia al considerar el contexto de vulnerabilidad (económica, social, de agencia, riesgo de vida, etcétera) en el que muchas se encuentran. Me parece que en muchas instituciones y consultorios privados, las posturas situadas

en algunos modelos tradicionales de terapia de largo plazo y la falta de perspectiva de género de quienes ejercen la terapia, poco colaboran para que las mujeres puedan acceder a este recurso.

Moreno et al. (2012), que también han mostrado interés en el tema, en su estudio sobre la permanencia y abandono terapéutico en un centro de servicios psicológicos, reportaron como las principales causas de este último, la falta de tiempo y las razones económicas para desplazarse al centro de atención, las cuales concuerdan con una de las tres categorías de la clasificación de Pekarik (1992). En el estudio de este autor, con una muestra de 182 personas, señaló que los motivos de abandono podían clasificarse en: 1) el problema fue resuelto o mejoró en un nivel aceptable, 2) obstáculos externos relacionados con presiones familiares, dificultades entre los horarios de trabajo y la asistencia a terapia, el costo de las sesiones es demasiado alto, la distancia de la clínica es lejana y/o problemas de transporte y 3) por problemas o disgusto con la terapia y/o terapeuta.

Por su parte, en la investigación realizada por Labrador et al., en el 2010, con el objetivo de analizar la relación entre los tratamientos y los resultados obtenidos en una Clínica Universitaria de Psicología (CUP) de la Universidad Complutense de Madrid, señalaron que un 20.05% de su muestra, compuesta por 1325 pacientes, fueron dados(as) de baja debido a que, aunque demandaron la atención terapéutica, no iniciaron el tratamiento. Asimismo, un 19.47% de la misma muestra abandonó el tratamiento en contra de la recomendación del/la terapeuta y un 3.85% no lo había recibido (al momento de la realizarse la investigación) por encontrarse en proceso de evaluación, que puede llevar hasta 14 sesiones.

Al analizar la información, uno de los aspectos que llamó más la atención a estos autores y que significaron como problemático dentro de la práctica clínica, fue el proceso de evaluación, del cual plantearon que las cuatro sesiones que en promedio se utilizaron para realizarlo, supone mucho tiempo para comenzar un proceso terapéutico. También señalaron que el porcentaje de

bajas podría ser atribuido al tiempo en lista de espera (de uno a tres meses) y que los cambios de residencia, el descontento con el tratamiento o la consideración de que ya se logró un cambio suficiente podrían ser la explicación para el abandono de tratamiento.

Retomando algunas de las ideas de Slive y Bobele (2011), sobre lo burocrático que puede ser la atención de muchos centros de salud, el hecho de que se requieran de varios pasos previos para que una persona pueda comenzar una terapia psicológica, como lo son un proceso de admisión y otro de evaluación, que lleva desde unos días hasta muchos meses, puede desanimar a cualquiera. Estos servicios -incapaces de flexibilizar algunas de sus prácticas- más que ser una posible solución para muchas personas, se convierten -para mí- en parte de un problema, al no cumplir con la función por la cual fueron creados, esto es, la de brindar atención psicológica.

Bados et al. (2002), que también han investigado sobre la deserción terapéutica, plantearon como causas de esta, la mejoría, la falta de coincidencia entre lo que el/la paciente esperaba y recibió, el costo económico y el tiempo de los tratamientos. Para estos autores, los(as) clientes(as) esperan recibir tratamientos breves que les ayuden a solucionar problemas concretos. En mi opinión, las personas cuentan con un arsenal de saberes para construir en poco tiempo otros escenarios en sus vidas, que vayan más con sus intereses, valores y aspiraciones, sin tener que estar asistiendo a una terapia por años, gastando recursos (de todo tipo), que bien podrían ser utilizables de manera distinta.

Como lo plantea Porcel (2005), el fenómeno de la deserción terapéutica, de forma general, se produce por concebir a la terapia psicológica o psicoterapia como una ceremonia médico-biológica, esto es, el proceso terapéutico debe seguir un curso de síntomas-diagnósticos-tratamientos-curación, lo cual hace que sea sumamente facilitador para su abandono, al esperar que sea el/la terapeuta, el o la responsable del “alivio” de las personas. Este autor reflexiona en torno a que las terapias que siguen estos lineamientos tan protocolarizados y formales, dificultan

la posibilidad de que tanto terapeutas como consultantes adquieran roles activos que impulsen posturas de responsabilidad para construir de manera constante rutas alternativas de solución.

Cameron (2007), señala que conforme se implementan modalidades de terapia breves en algunos servicios de salud, como la Terapia de Atención Inmediata y la Sesión Única, se van desafiando las nociones de que los procesos terapéuticos deban ser largos y laboriosos para promover un cambio duradero. Cada vez más, las intervenciones de tiempo ilimitado van dando paso a las de tiempo limitado. En consonancia con Porcel, Cameron refiere que en los modelos tradicionales de terapia a menudo se atribuye el cambio de las personas a la experiencia de los(as) terapeutas, situación que no sucede en estas modalidades breves, por lo que las personas, si acaso necesitan ayuda, esta será por cortos periodos de tiempo.

En esta revisión y presentación de la información que he hecho sobre la asistencia y la deserción terapéutica, me parece necesario distinguir -sin descuidar los otros aspectos mencionados y algunos otros que no fueron contemplados en las investigaciones que referí-, que las expectativas no cumplidas en la terapia, los aspectos relacionados con el tiempo (sea de lista de espera o de tratamiento) y los económicos, se apuntalan como los factores recurrentes en la presencia de este último fenómeno, de ahí que tenerlos presentes tendría que ser una especie de “motorcito” para colaborar con nuestros(as) consultantes de manera distinta desde el inicio de la primera sesión.

Por ejemplo, en relación al aspecto económico, vale la pena indicar que en México, según la Secretaría de Salud (2014), el 46.2% de la población vive en condiciones de pobreza y el 10.4% vive en condiciones de pobreza extrema. Estamos hablando que casi la mitad de los(as) habitantes de nuestro país no tienen los suficientes recursos para gozar de una vida en condiciones de calidad, sobreviven con los pocos recursos económicos que llegan a tener, y

aproximadamente 12 millones de personas, viven aún peor, es decir, en situaciones deplorables, sin acceso a lo básico que es la alimentación.

Luego entonces, imaginemos -bajo estas condiciones económicas-, lo que puede representar para la mayoría de las personas que llegan a necesitar un servicio psicológico, saber que para resolver su problema tendrán que disponer, además de tiempo (factor que puede complicar la asistencia), de parte de sus recursos económicos -de por sí insuficientes- para pagar una terapia de largo plazo (no porque sea necesario sino porque así lo dictamina el o la terapeuta o una institución adheridos(as) a una determinada perspectiva terapéutica) cuando bien podría ser mucho más breve y efectiva. Ligándose esta combinación complicada de tiempo y dinero con las expectativas no cumplidas, es fácil pensar que muchas personas desertarán de la terapia, a pesar de su necesidad y deseo por resolver sus problemas porque no esperaban lo insostenible que puede o resulta ser en lo económico realizar esta actividad.

Como lo señalan Slive y Bobele (2011), las poblaciones referidas de escasos recursos económicos o en situación de vulnerabilidad, probablemente tendrán una mayor tasa de abandono de terapia y un menor acceso a servicios de salud mental. Según estos autores, en muchas comunidades, además de que algunas personas no tienen los recursos económicos, los servicios de salud son insuficientes y los que hay, suelen estar saturados con largas listas de espera.

Al respecto, de acuerdo a la Secretaría de Salud (2014), en referencia al Atlas de Salud Mental 2011 de la Organización Mundial de la Salud (OMS), existe una escasez de recursos en los países para atender las necesidades de salud mental, señalando además, una distribución inequitativa y un uso de recursos de forma ineficiente. Según la OMS, el 67% de dichos recursos económicos son asignados de manera exclusiva a hospitales psiquiátricos, sin importar que algunos de estos lugares estén asociados a malos resultados sanitarios y a violaciones de los derechos humanos.

Simplemente, en Estados Unidos, según Schleider et al. (2019), se gasta más dinero en servicios de salud mental que en cualquier otro país sin que sigan siendo efectivos los servicios psicológicos que se proporcionan. Un 80% de niños(as) y jóvenes estadounidenses con necesidad de salud mental no recibe ningún tipo de servicio. Por lo que, para estas autoras, si se quiere hacer frente a este desafío, cualquier camino que se tome tendrá que ir más allá del sistema tradicional de los servicios psicológicos que hasta ahora no han podido solucionarlo.

En resumen y considerando la información documentada en este apartado, si bien en México como en otros países existen instancias para la atención psicológica, muchas personas no accederán a ese servicio por no contar con él en su comunidad o por estar saturados con largas listas de espera, y otras tantas que ya pudieron acceder y asistir a las primeras sesiones, dejarán de hacerlo por diversos factores relacionados con el contexto familiar, laboral, social y/o cultural, por cuestiones de tiempo, distancia y costo para asistir a los servicios psicológicos, así como por aquellos aspectos que conciernen al trabajo, uso del lenguaje, actitudes, orientación teórica y política del/la terapeuta (Alcázar, 2007; García & Rodríguez, 2005).

En ese sentido, la propuesta de Terapia de Atención Inmediata de mi proyecto doctoral, basada en las ideas de Slive y Bobele (2011, 2012), se presenta como una opción que podría colaborar en la solución de los distintos motivos que ocasionan la deserción terapéutica, así como en las barreras relacionadas con la accesibilidad en algunos servicios psicológicos, al ofrecer la ventaja de que las personas puedan asistir a terapia en el momento en que lo elijan conveniente, sin tener que pasar por listas de espera, evaluaciones, procesos de admisión previos o tratamientos largos y costosos. Este tipo de servicios invitan a los(as) consultantes a volver con la frecuencia que deseen y en sus propios horarios. Al ser un servicio que no requiere cita, las personas pueden recibir terapia en un momento de crisis.

En la Terapia de Atención Inmediata, no hay manera de producir deserción terapéutica porque no se trabaja con una mentalidad de largo plazo como en la mayoría de los enfoques tradicionales, que consideran, entre otras premisas, que un cambio requiere de varias sesiones programadas en los términos del o la terapeuta. Por el contrario, mediante una escucha sensible a las expectativas y necesidades de las personas y tomando en cuenta los contextos de la sociedad en la que vivimos, en la Terapia de Atención Inmediata se colabora con los(as) consultantes para que cada sesión sea efectiva y útil desde las voces de estos(as), teniendo presente que cada una de ellas puede ser la única y/o la última.

La invitación que hace la Terapia de Atención Inmediata como la que aquí propongo, es a mirar cada sesión como una terapia completa. Se trata de comprenderla como una modalidad de prestación de servicios, que bien podría influenciar a distintas perspectivas para una revisión de sus prácticas terapéuticas, si tan sólo consideraran los hallazgos descritos por diversos autores(as), entre ellos(as), los de Talmon, Bloom y Campbell, que hacen referencia a dos puntos: el primero es que todas las personas que inician una terapia pasan por la primera sesión, independientemente del diagnóstico, complejidad o gravedad del problema, y el segundo, es la imposibilidad de predecir qué persona asistirá a una sola sesión y quién lo hará más veces (Young & Dryden, 2019).

En conclusión y como lo plantean Young y Dryden (2019), si tan sólo los(as) consultantes y terapeutas contemplaran que la primera sesión también puede ser la última, se tendría un contexto para hacer lo más posible en el tiempo disponible, es decir, la sesión se centraría en lo que las personas quieren lograr y en las alternativas que tienen para hacerlo, reconociendo y valorando sus recursos y fortalezas. Esto no significa restringir la posibilidad de más sesiones, las cuales pueden ser solicitadas por los(as) consultantes a su consideración, sino dar cuenta que una

sola sesión para muchas personas puede ser suficiente, útil y significativa y que la decisión sobre el número de sesiones tendría que ser tomada por los(as) consultantes y no por los(as) terapeutas.

Capítulo 2: La Mirada Posmoderna y Socioconstruccionista

Por constituir el marco referencial en el cual estoy posicionada tanto personal como profesionalmente, en este capítulo presento lo que considero que son las ideas principales de la mirada Posmoderna y Socioconstruccionista. De la mano de ellas, muestro cómo son comprendidos desde estas perspectivas, algunos conceptos como son el lenguaje y la realidad, el yo y la identidad, así como la investigación, que generalmente han sido y siguen siendo conocidos, entendidos y utilizados desde una perspectiva: la Modernidad. Por lo anterior, retomaré y expondré a lo largo de este texto, algunas de las premisas que esta tradición representa para poder distinguir y comprender la postura de reflexión y cuestionamiento que la Posmodernidad y el Socioconstruccionismo muestra hacia ellas.

De acuerdo a Anderson (1999), la Modernidad, como discurso monovocal, -construido por una tradición filosófica occidental-, ha representado desde su inicio conceptos de objetividad, certidumbre, continuidad, verdad, dualismo y jerarquía y ha estado en conflicto, según Lyotard (1984), con otros relatos. Desde entonces, quienes siguen y se posicionan en estas nociones lógico positivistas, están convencidos(as) en una separación entre sujeto y objeto de la observación, en la existencia de una realidad fija hecha a priori y separada del observador(a), que es susceptible de ser conocida de manera objetiva, así como de una verdad que también puede ser descubierta y conocida a través de un método científico (Colmenares, 2008; Gómez, 2013).

A lo largo del tiempo, estos y otros conceptos modernos y positivistas han sido la base de creación y fundamento para el ejercicio de muchas disciplinas, entre ellas, la Psicología y la Psiquiatría, las cuales han aportado en muchos sentidos y momentos, bienestar para las personas. Sin embargo, al amparo de dichos conceptos, también se han construido discursos y prácticas que diferencialmente han sido utilizados por cada disciplina para dictaminar (y aún lo siguen haciendo) lo que es bueno, valioso, normal, correcto, real, funcional, verdadero, sano, etcétera

sobre muchos temas, que después, -a mi parecer-, son utilizados(as) como un “deber ser” o como conocimientos “válidos” y “confiables” que terminan marginando o invisibilizando cualquier otro conocimiento y/o forma de hacer algo que no se apegue a ellos.

Pero ¿cómo es que la Psicología y la Psiquiatría así como otras disciplinas pueden llegar a normar la vida de las personas? En mi opinión, el mecanismo principal que utilizan y que se encarga de emplear a través de muchas manos, los conceptos de objetividad, real, verdad y otros más, para luego difundir una cantidad considerable de “deber ser” y/o de conocimientos normativos, es lo que conocemos como Ciencia. Es en nombre de la ciencia que en cada disciplina se dice que tal o cual cosa es de determinada forma porque ya fue investigado con un rigor metodológico que lo hace “ser” un conocimiento “válido” y “confiable”. Basta con revisar algunos artículos “científicos” para analizar qué ideas sobre normalidad, verdad, funcionalidad, salud, etcétera, representan, sin que sean reconocidas ni transparentadas, en la mayoría de las veces, las inclinaciones teóricas, la ideología política o los intereses de quien escribe.

Dando cuenta de lo anterior, la Posmodernidad y el Socioconstruccionismo, como movimientos filosóficos -con los cuales me identifico-, además de señalar que la epistemología moderna y positivista en donde la ciencia está posicionada es limitada para estudiar y comprender las experiencias de las personas, han hecho fuertes cuestionamientos hacia las creencias y certezas que esta muestra de que los conocimientos que se producen desde sus premisas, como son los conocimientos supuestamente científicos, son superiores a otros modos de conocer, de considerar e imponer que la ciencia sólo se piense y se haga de una única forma, empleando para ello, una mirada lineal y lógica para explicar los fenómenos en la vida y las supuestas relaciones entre ellos y de concebir al conocimiento como algo que pueda estar separado del lenguaje y lo social (Gómez, 2013; Tarragona, 2006).

Desde esas perspectivas, se ha señalado que uno de los problemas más complejos que se ha heredado de la Modernidad, es la tendencia a designar términos como si fuesen naturales, es decir, afirmar que tales cosas, personas, situaciones, etcétera, son per se de una manera y seguirán siéndolo así, lo cual puede llegar a ser nocivo o limitante para cualquier sociedad. Es en contra de esta tendencia, que el Socioconstruccionismo ha enfatizado que las formas de decir las cosas son sólo construcciones, discursos emergentes con los cuales se significan y relatan los eventos que vivimos y no hechos ni realidades inmutables (Gergen, 1996).

Es por estos planteamientos y muchos más, que a los movimientos Posmodernos y Socioconstruccionistas se les considera como una crítica, como una práctica polifónica discursiva que busca transitar hacia una multiplicidad de miradas para el análisis de temas como el conocimiento, la verdad, el lenguaje, la realidad, la historia, el sí mismo y el poder. Lo que han buscado estos movimientos es romper o alejarse de las metanarrativas fijas, de los discursos privilegiados y de los criterios científicos, que defienden las verdades universales, los conocimientos objetivos y la utilización de un lenguaje representacional con el cual se cree que se puede retratar la supuesta “realidad”, para dar paso a la incertidumbre, la impredecibilidad, lo desconocido y el cambio (Anderson, 1999).

Así, para el pensamiento Posmoderno y Socioconstruccionista, no existe tal pensamiento universal con un lenguaje propio interno, ni tampoco un fundamento último de todo conocimiento posible, y de igual forma, no hay un conocimiento lineal y progresivo que nos pueda llevar a “descubrir” todas las “verdades” ni a responder a todas las interrogantes. Como lo señala Kuhn (citado en Gergen, 1996), el enfoque científico utilizado para buscar la verdad es un espejismo, del cual vendría bien que los(as) científicos(as) que creen que a través de este están más cerca de la verdad, se soltaran de vez en vez, para avanzar hacia una pluralidad de narrativas más locales y contextuales, haciendo más útil y más fuerte nuestra sensibilidad ante las

diferencias y nuestra capacidad de soportar lo ilimitado o incontable, reconociendo que nuestras descripciones y el conocimiento que tenemos del mundo son construidos en lo social (Anderson, 1999; Lyotard, 1984).

Con esta breve introducción presento a la Posmodernidad y el Socioconstruccionismo como miradas que invitan a la reflexión y al cuestionamiento de lo que consideramos acabado, dicho y establecido, ofreciéndonos al mismo tiempo, una perspectiva de posibilidades y construcciones, de lo que está por decirse, de diversidades y de voces que han sido silenciadas, así como de múltiples significados y conocimientos locales, en donde el lenguaje, como lo explicaré a continuación, tiene un lugar preponderante.

El Lenguaje en la mirada Posmoderna y Socioconstruccionista

Es a través del lenguaje que podemos comunicarnos con los(as) demás; con él podemos expresar lo que pensamos y sentimos, lo que somos y lo que nos ha pasado, cómo es nuestra familia y nuestra comunidad y cuando se trata describir lo que existe, también lo utilizamos para situarlo. Gracias al lenguaje, es posible conocer y explicar cómo es la realidad, cómo son los objetos que nos rodean, la cultura en la que vivimos y los acontecimientos que suceden en el mundo. Así podemos decir certeramente que tal cosa, persona o situación es de una determinada forma.

Estas ideas que acabo de enunciar y que posiblemente son compartidas por muchas personas, forman parte de las nociones que la Modernidad tiene del lenguaje. Para el pensamiento moderno, este es un instrumento de transmisión y comunicación de información, es sólo un medio para representar la realidad que ya existe y que es independiente de nosotros(as), la cual, según la ciencia, es factible de conocer si cualquier persona al investigarla utiliza una postura y un lenguaje neutral y objetivo e instrumentos válidos y confiables para hacer la descripción de esta. Desde esa perspectiva, es posible generar y compartir conceptos que son válidos para todo el mundo (Anderson, 1999; Gergen, 2006).

Si bien este modo modernista de concebir al lenguaje es el que comúnmente se conoce, muestra y utiliza en la vida cotidiana, en la ciencia y en diversas disciplinas, entre ellas, la Psicología y dentro de esta, en algunos modelos de terapia, es importante decir que hay otra forma de mirarlo y significarlo. En este apartado comparto las ideas que la Posmodernidad y el Socioconstruccionismo nos ofrecen en relación al lenguaje, las cuales han sido incorporadas por los enfoques terapéuticos que son utilizados en los servicios de la Terapia de Atención Inmediata y la Sesión Única, como lo son la Terapia Colaborativa, el Enfoque de Terapia Centrado en Soluciones, los Equipos Reflexivos y la Terapia Narrativa, quienes, a partir de dichas ideas, resignificaron la manera de pensar la terapia, las relaciones, la vida social y muchos conceptos más.

Contrario a la visión y a la tendencia de la Modernidad de esencializar al lenguaje, es decir, tratar a las palabras como si fuesen réplicas de la realidad, para el Construccionismo Social o Socioconstruccionismo, que se ocupa de entender en cómo participamos en lo que vivenciamos y describimos, el lenguaje no es un instrumento de comunicación sino un dispositivo pragmático de relación, con el que, en colaboración con otras personas, construimos y damos forma a lo que llamamos realidad, así como a nuestras ideas y experiencias, por lo tanto, las palabras no son un reflejo de algo que ya exista (Anderson, 1999; Gergen, 2006).

Destaco que la idea de que somos constructores(as) de nuestras realidades, ideas y experiencias a partir del lenguaje y de las relaciones fue un giro epistemológico de 180° que transformó en su momento mi noción del conocimiento y puso en duda un sin número de saberes que creía ciertos. Por mucho tiempo concebí el lenguaje desde la perspectiva Modernista, es decir, sólo como un instrumento de comunicación, como una cámara fotográfica que retrataba la “realidad” ya establecida. Neutralicé las características de la cámara y le di validez a muchas “fotos”, a supuestas verdades sobre muchos temas. Di por sentado que per se, la “realidad”,

dícese personas, objetos, situaciones, experiencias, etcétera, ya poseía atributos fijos y constantes, sin reflexionar ni mucho menos cuestionar, en cómo colaboran la cámara, los(as) que hacemos uso de ella y nuestro entorno para que salgan “fotografiadas” determinadas cosas.

Justo a esa tendencia modernista de querer esencializar al lenguaje creyendo que las palabras pueden replicar una supuesta realidad, es a la que diversos(as) autores(as) han hecho una fuerte crítica. Gergen (1996), en su reflexión sobre las obligaciones que de forma tradicional se le asignan al lenguaje, ha cuestionado a quienes lo consideran como un medio de representación, si este puede soportar la responsabilidad de reflejar cómo son las cosas, si es posible tener la seguridad de que es el vehículo que puede transmitir la verdad y sobre qué razones pueden sustentarse estas creencias. Como dice este autor, la duda aparece cuando se realizan descripciones cotidianas hacia las personas, tales como “inteligente” o “deprimida” mientras sus cuerpos están en estado de movimiento continuo. Es curioso que a pesar de que las acciones son cambiantes, las descripciones sigan siendo estáticas.

A diferencia de los discursos de la Modernidad que defienden y apuestan por la existencia de conocimientos universales e incuestionables, la Posmodernidad y el Socioconstruccionismo nos invitan a una actividad reflexiva y de cuestionamiento constante, a desarrollar y mantener conversaciones en todas partes para generar comprensiones, conocimientos y valores colectivos, y a poner en tela de juicio saberes autoritarios e hipótesis que se dan por sentadas (Gergen, 2006).

Por ejemplo, otro de los saberes e hipótesis que la Posmodernidad y el Socioconstruccionismo han puesto en tela de juicio, además de que el lenguaje es el medio de representación de la realidad, son que el saber, la razón, la emoción y la moralidad residen en la mente de las personas (Gergen, 2006). Sobre esto último, John Shotter (citado en Billig, 2017) y Bajtín (citado en Schueller, 1993), argumentan que nuestra mente o conciencia no es individual sino lingüística-social. Nuestro procesamiento de información no lo hacemos en lo individual

sino a través de la acción conjunta en nuestras interacciones sociales. En ese sentido, la persona ya no es la creadora del sentido, ni el entendimiento es el creador de la significación, sino que es el contexto interaccional y comunal, mediante el lenguaje, lo discursivo y lo dialógico, lo que produce la significación (Gómez, 2013).

Estas distinciones muestran un posicionamiento distinto de la Posmodernidad y el Socioconstruccionismo en relación a la significación del pensamiento, el conocimiento y el lenguaje. La noción que teníamos de “poseer” un pensamiento individual, propio e interno, se diluye y le da lugar a un pensamiento colectivo. Ahora son las personas en conversación, en relación y en lo colectivo, las productoras o constructoras de aquello que llamamos conocimiento y en ese sentido, estas perspectivas se distancian por completo de la visión racional lógico-individualista de la Modernidad, que sólo considera a las personas como sujetos aspirantes a conocer una supuesta realidad que es verdadera, única e independiente de nosotros(as), sin posibilidad de participación activa en su creación y transformación.

Anderson (1999), menciona que todo lo que sabemos o creemos saber, los significados de las palabras, los que atribuimos a los acontecimientos y experiencias en nuestra vida, los construimos al conversar e interactuar con otras personas y también con nosotros(as) mismos(as) y por tanto, pueden ser susceptibles de una variedad de interpretaciones en tanto sigamos conversando e interactuando. De ahí que el lenguaje ocupe un papel central. Cada una de nuestras experiencias no resulta significativa hasta que encuentra un hogar en él; nacemos en un lenguaje y con él, heredamos y creamos historia, cultura, tradiciones, sociedad, etcétera.

Para Bajtín (citado en Schueller, 1993), justo por su capacidad constructora de vida social, es que considera al lenguaje como un producto comunitario y no un sistema gramatical abstracto o una posesión que le pertenezca de forma total al o a la hablante, ya que en todas las áreas de la

vida, el discurso de cada uno(a) de nosotros(as) está construido con las palabras de otras personas, por lo tanto, las palabras no pueden separarse de su inserción social.

Esta postura de considerar al lenguaje como producto social, también es compartida por Alvarado (1993), quien considera que las diferentes formas que existen de comunicación discursiva, como la oral o escrita, son algo más que modos lingüísticos; son formas de interacción social. Lo que conocemos y nombramos como tejido social y cultura, los configuramos a través del intercambio de discursos y de símbolos lingüísticos, o como dice Lyotard (1984), a través de juegos de lenguaje; es ahí donde tiene lugar el proceso de construcción y negociación de significados atribuidos a los mundos sociales. Para este autor, la sociedad se construye relacionamente en juegos de lenguaje.

Considerando estas reflexiones, subrayo que no habría forma de que pudiésemos compartir con otras personas ciertos valores, tradiciones, creencias, costumbres, “realidades”, etcétera, o que yo pudiese estar escribiendo y compartiendo con usted lector(a) este texto, si no contáramos con un lenguaje provisto -por acuerdos colectivos- de sentidos y significados para las palabras, que aunque sigue abierto a la construcción y resignificación constante de estos, nos permiten lograr ciertos entendimientos. Gracias a un amplio catálogo de sentidos y significados compartidos, podemos, además de ponerle nombre a lo que nos pasa, conversar de ello y ser de alguna manera comprendidos(as) por los(as) demás.

Ahora bien, es importante que señale que contar con un lenguaje y con un catálogo de sentidos y significados, no garantiza per se el entendimiento o la comprensión. Por ejemplo, es posible que quienes vayan a leer lo aquí escrito le den a las palabras un significado y un sentido distinto al mío. Esto es porque desde la perspectiva Posmoderna y Socioconstruccionista, no se da por sentado el entendimiento de las palabras ni que este quedará estático aún “teniéndolo” en

algún momento, ya que es en el dinamismo de las conversaciones e interacciones en donde el lenguaje, las palabras, los sentidos y significados cobran vida.

Como lo señala Gergen (1996), las palabras o textos en sí mismos no llevan significado y no logran comunicar hasta que ocupan un lugar dentro de las interacciones humanas ya que cada término en el lenguaje es polisémico con una multiplicidad de significados. Esto quiere decir que no podemos significar en el aislamiento sin la existencia de otra persona que complemente la acción significadora y todo complemento, que ahora es temporal y anulable, se vuelve una invitación a la siguiente complementación. De esta manera, el lenguaje es significativo como producto de la interdependencia social, ya que hasta que no existe un acuerdo mutuo sobre el carácter significativo de las palabras, estas no logran constituirse en lenguaje.

Al respecto, para Alvarado (1993), toda la amplia gama de significados y sentidos que producimos emerge del contacto social en una arena discursiva, en donde el intercambio dialógico es el espacio en el que desarrollamos y confrontamos diferentes sistemas de valores, conformamos nuestras actitudes y expectativas y ponemos de manifiesto nuestras diferencias sociales y culturales a través de una variedad de puntos de vista, de modos de ver y de construir la realidad. Incluso nuestras formas dominantes de interacción comunitarias (orales, escritas u otras) son producto de un proceso dialógico-discursivo dentro de un momento social, histórico y cultural que las identifica y distingue de la de otras comunidades.

Es por lo anterior que entre personas, familias, grupos y comunidades se pueden compartir algunas creencias y estilos sobre la forma de relacionarse y expresarse, así como algunas costumbres y maneras de mirar e interpretar los acontecimientos que vivimos y al mismo tiempo, diferir completamente en otros aspectos de la vida. Son los acuerdos que tenemos en lo colectivo, en las conversaciones e interacciones o como refiere Alvarado, en las arenas

discursivas-dialógicas-sociales, lo que posibilita esas coincidencias y divergencias que bien pueden mantenerse, modificarse o disolverse en cualquier momento.

Baste como ejemplo lo que describí sobre los modelos o enfoques de terapia en el primer capítulo; las personas que participaron en un inicio en la construcción de cada uno de ellos, acordaron en las conversaciones, es decir, en lo social, ciertos significados para conceptualizar lo que sería para sus propios modelos, una terapia, una relación terapéutica, un problema, un tratamiento y muchos conceptos más, algunos de ellos parecidos a los de otros modelos y otros muy distintos e incluso ya resignificados al paso del tiempo por otras personas.

Desde mi visión, -atravesada por la Posmodernidad y el Socioconstruccionismo-, no es que exista una realidad o una verdad acabada, -como suele defender el discurso de la Modernidad-, ni un inconsciente o un condicionamiento, ni tampoco un sistema disfuncional o un bloqueo en el pensamiento o en la conciencia a los cuales se les tenga que “descubrir, observar, estudiar, manipular, tratar o intervenir”. Todos estos términos, como muchos otros, fueron contruidos en lo colectivo, en las negociaciones de sentidos y significados que se tienen al conversar y al dialogar. Si a alguien más o a muchas(os) más no le(s) hubiese hecho sentido las ideas sobre que se tiene un “inconsciente” o que se funciona “sistémicamente”, estos no formarían parte de la vida social y yo no estaría escribiendo sobre ellos.

Cada afirmación que hacemos sobre la naturaleza y el funcionamiento de las cosas procede desde una perspectiva teórica. Por ejemplo, para una postura realista de la salud, serán significativas las categorías diagnósticas y los grados de patología para describir las enfermedades, patologías o trastornos que supuestamente existen y desde esa postura, el lenguaje será visto como un medio representacional de la realidad y se justificará la distinción entre hechos objetivos y opiniones subjetivas aunque no exista una disposición de palabras y oraciones

que estén hechas a la medida del mundo tal como es, y también se justificará el uso de dichas categorías aunque terminen marginadas muchas personas de la vida social (Gergen, 2006).

En un ejercicio de responsabilidad, Anderson (1999), menciona que muchas personas, entre ellas, las autoras feministas posmodernas Belenky, Clinchy, Taruel y Gergen, ya han denunciado las limitaciones y los riesgos del uso del lenguaje y de los conocimientos supuestamente objetivos, universales y generalizables de la Modernidad, principalmente las metanarrativas, que terminan por ignorar y obscurecer, entre otras cosas, la diversidad familiar, cultural, histórica, racial, étnica, generacional existente entre las personas.

Según Hirschkop (1993), uno de los precios de la Modernidad ha sido la pérdida del diálogo, produciéndose a partir de ello, la construcción y el mantenimiento de discursos autoritarios, opresivos y de desigualdad. Por lo tanto, si el dialogismo, como se ha mencionado anteriormente y como lo afirma este autor, recrea un tipo de intercambio lingüístico que incorpora el lenguaje como vida social, entonces en la medida que el diálogo y las conversaciones sean consideradas como bienes políticos y sociales, la participación de la diferencia debe ser requerida a través de personas y grupos con diferentes posturas.

En ese sentido y atendiendo a la invitación que la Posmodernidad y el Socioconstruccionismo nos hace de adoptar una postura de reflexión y de cuestionamiento constante, valdría la pena considerar y tener presente las implicaciones del uso del lenguaje en todas las esferas de la vida de las personas, es decir, dar cuenta de lo que construimos con las palabras que elegimos utilizar (y sus posibles significados) cada vez que conversamos y nos relacionamos y las consecuencias de ello, y de igual forma preguntarnos si eso que construimos fue acordado por todos y todas, si todas las voces fueron escuchadas y tomadas en cuenta en el diálogo y en las conversaciones en términos de equidad e igualdad.

El compromiso que la Posmodernidad y el Socioconstruccionismo muestran al ofrecer una mirada distinta del lenguaje a la que se tenía acostumbrada de la Modernidad, es que a través de esa manera diferencial de concebirlo, puedan contrarrestarse los discursos autoritarios que silencian cualquier idea u opinión distinta y que hacen creer que ya existen verdades establecidas, las cuales curiosamente suelen ser convenientes sólo para algunas personas. Se trata de reflexionar y de detenernos en la tendencia de objetivar el lenguaje y considerarlo como si fuese el mapa de un mundo real. No hay manera de ser neutral en el lenguaje, como ya lo mencioné, cada afirmación que hacemos y escuchamos de otras personas, instituciones, disciplinas, etcétera, es una afirmación desde una determinada posición teórica y no una verdad absoluta ni acabada.

El lenguaje como constructor de vida social abre paso a la diversidad, a las múltiples voces y perspectivas, a los conocimientos locales y a los discursos emergentes, al valor del contexto y de lo colectivo. Desde una postura Posmoderna y Socioconstruccionista, es en la acción conjunta entre las personas, en el diálogo y en las conversaciones, donde el lenguaje cobra vida en su función creativa y transformadora de todo conocimiento (Gergen, 2006; McNamee, 2001).

La Realidad entendida desde la Posmodernidad y el Socioconstruccionismo

Por su vinculación con el lenguaje, en el apartado anterior esboqué algunas ideas que desde la Posmodernidad y el Socioconstruccionismo se tienen de la realidad. Sin embargo, por significar, al igual que el lenguaje, otro giro epistemológico, en este apartado ampliaré y profundizaré en el tema.

Para dar contexto a ese giro epistemológico, comenzaré por decir que la noción que comúnmente se tiene de la realidad es la que proviene del pensamiento moderno. Para este enfoque, hay un mundo real que permanece como es y que existe con independencia de nosotros(as), por lo tanto, sólo aspiramos a ser descubridores(as) de dicho mundo ya que este no

acaba o termina con nuestra presencia (Gergen, 1996). Posiblemente usted lectora o lector ha escuchado frases como: “así son las cosas”, “esa es la realidad”, “esto es así, aquí y en China”. Pues bien, estas frases coloquiales, que podrían no dárseles mucha importancia, son parte de la creencia de que sólo hay una realidad. De ahí que para muchas personas, en diversos temas, esta ya esté establecida y no se pueda cambiar, provocando con ello, una serie de implicaciones en todos los ámbitos de la vida.

Diferencialmente, para el Socioconstruccionismo, que cuestiona el amor incondicional por lo unitario, es decir, por las ideas de que existen sólo una realidad, una verdad, una manera de hacer las cosas o una forma de entender y vivir la vida, afirma que aquello que llamamos realidad, es sólo una construcción de una comunidad de interpretación particular (Gergen, 2006). Somos, a decir de Anderson (1999), agentes intencionales que nos creamos y creamos nuestras realidades y contextos en el curso de una continua interacción comunicativa con otras personas.

Pero para decir que la realidad la construimos comunitariamente en una continua interacción comunicativa para luego compartirla y ser parte de ella, Shotter (2001), reflexiona y considera que las personas que pertenecen a una determinada comunidad o sociedad, sólo pueden sentir que pertenecen a la realidad de esa comunidad, si quienes los y las rodean están en disposición a responder a lo que las personas hacen y dicen, es decir, si participan en el diálogo y son tratadas como participantes en la autoría de dicha realidad y no excluidas en alguna forma.

Desafortunadamente y esta es una de las herencias de la Modernidad, desde hace mucho tiempo, según Gergen (2006), múltiples discursos han funcionado para señalar la existencia de supuestas realidades y para definir, a partir de estas, la posición que ocupan las personas en una sociedad, aislando o desacreditando a muchas de ellas a través de sellos de disfuncionalidad o inferioridad. Para Thomas Szasz y Rose (1970 y 1985, citados en Gergen, 2006), algunos conceptos, además de funcionar como mitos sociales, llegan a crear realidades que sirven a los

intereses de una mayoría dominante como medio de control social. Como lo señala White (2002a), pocas veces se atiende a los discursos y a las relaciones de poder de la cultura, la clase, la orientación sexual, la edad, el género, etcétera, que de alguna manera u otra, permean en diversos contextos.

Diversas disciplinas, entre ellas, la Psicología, con el propósito de justificar un lenguaje “superior” al que se utiliza en lo cotidiano, han creado definiciones técnicas, establecido escalas de evaluación y procedimientos diagnósticos y publicado estudios para un sinnúmero de experiencias y situaciones. Un ejemplo de ello, fue construir e introducir el concepto de depresión para sustituir algunas expresiones de las personas. Los términos como sentirse triste, afligido(a), con el ánimo decaído, entre otros, que para muchas personas eran significativos y con los cuales se sentían cómodas para poder conversar, dejaron de tener un uso en algunas disciplinas, teniendo como consecuencia que el lenguaje común pierda su potencial pragmático. Esto ha significado que las múltiples realidades que existen y que permiten que distintos grupos se entiendan, queden desacreditadas y con mínimas posibilidades de poner en tela de juicio la realidad que ahora el discurso dominante ha construido (Gergen, 2006).

A mi parecer, suele otorgársele poco valor a cualquier realidad (conocimiento) que no provenga de las disciplinas llamadas “científicas” y a las personas que creen y utilizan otras formas de saberes, muchas veces se les tacha de ignorantes. Los remedios hechos con plantas que se emplean en muchas comunidades para curar algunas dolencias, son desacreditados como conocimientos útiles y por supuesto que las personas que los elaboran y utilizan, están muy lejos de ser vistas y reconocidas como sí se hace a los(as) “especialistas” de la salud. Lo mismo sucede con las conversaciones entre las personas dentro de una comunidad, en las cuales se comparten realidades, experiencias de vida y algunos consejos para los problemas que se llegan a tener. A estas conversaciones, por ejemplo, en la Psicología, se les llega a considerar como pláticas

casuales sin ningún valor terapéutico, ya que los(as) psicólogos(as) son los(as) que “sí” saben de los “problemas” de la vida y los pueden diagnosticar y tratar “eficazmente”.

Como lo menciona White (2002a), en la cultura de las disciplinas profesionales, las realidades, es decir, las maneras de conocer el mundo que se vinculan con los discursos y los conocimientos populares y locales de muchas comunidades, entiéndase por estos, según Anderson (2012, citado en Campero et al., 2014), las competencias, significados, comprensiones, verdades, valores, costumbres y lenguaje creados dentro de cada una de ellas y que suelen ser relevantes para su vivir, son marginadas y descalificadas por dichas disciplinas al considerarlas extrañas o ingenuas.

Siguiendo con White (2002a), en dicha cultura, hay estructuras y procesos, -relaciones de poder-, algunos(as) explícitos(as) y otros(as) solapados(as), que refuerzan poderosamente esa marginación y descalificación, y que incluso, llegan a alcanzar a muchas voces dentro de las mismas disciplinas, provocando que en ellas se instauren ideas que son consideradas como realidades absolutas. Por ejemplo, suele ser común que las supervisiones hechas por profesores y profesoras hacia los(as) estudiantes estén lejanas de ser procesos respetuosos de colaboración y construcción de conocimientos; algunas son realizadas con imposiciones de ciertos conocimientos y posturas, acompañadas de descalificaciones y desconfianzas hacia las competencias de estos(as). Así, pueden llegar a quedar establecidas de manera incuestionable, la “realidad” de algún modelo de terapia, la de un(a) profesor(a) sobre un tema, la de tener “mayor” experiencia o cualquier otra.

Recuerdo que siendo estudiante de la licenciatura, cursando el último año de la misma, dos profesoras y un profesor propusieron que los(as) alumnos(as) que nos encontrábamos en esa circunstancia, evaluáramos a los(as) que estaban en el segundo y cuarto semestre. Esto con el propósito de elaborar un “perfil” y para decidir si los(as) alumnos(as) “contaban” con las

“aptitudes” para la especialidad al inicio del séptimo semestre. La negativa por parte del alumnado evitó que tal situación se llevara a cabo. Se hizo un fuerte cuestionamiento hacia las intenciones de esa propuesta, señalando que constituía un acto discriminatorio. También se cuestionó la postura de quienes la hicieron, es decir, la de colocarse por encima de otras personas y creer que pueden calificarlas.

Asimismo, no resulta ajeno ni extraño para muchos(as) terapeutas en “formación”, tener que someterse como parte de un “entrenamiento”, a procesos terapéuticos que suelen, en varios de ellos, diagnosticar y patologizar las relaciones que se tienen o se han tenido. De esta manera, se vuelve casi como un paso obligado para la mayoría de los(as) que estudiamos Psicología y otras disciplinas, que nuestras experiencias, relaciones, costumbres, valores, familias, etcétera, transiten -en algún momento- por un catálogo de diagnósticos que se creen reales. Al final, las asociaciones y construcciones conceptuales de las culturas de psicología y la psicoterapia sustituyen las asociaciones diversas, históricas y locales de las vidas personas (White, 2002a).

Al respecto, McNamee (2001), refiere que el debate sobre el uso de procedimientos diagnósticos y de vocabularios psicológicos, pocas veces se legitima en relación a las necesidades de las personas. De manera frecuente, se trata en lo abstracto como un tema social, en el cual participan únicamente los(as) “profesionales” que adoptan ciertas posiciones, sin considerar la posibilidad de reflexionar y preguntarse qué pasaría si este tema comenzara con la presencia y las historias de los(as) consultantes, sus familias y comunidades, y qué sentido le darían estos(as) a distintos conceptos tales como normal, anormal o diagnóstico desde sus circunstancias locales.

Difícilmente se reflexiona sobre qué clase de pautas sociales facilitan los vocabularios deficitarios y cómo los términos de las especialidades de la salud mental funcionan dentro de la cultura, y menos aún se piensa, que cuanto mayor es el número de criterios sobre el bienestar mental, mayor es el número de caminos por los que las personas se vuelven “inferiores” en

comparación con los(as) demás. Llega a ser un desafío “alcanzar” dichos criterios; parece que todos y todas terminamos siendo “anormales” en algún aspecto de nuestra vida. Esto es porque los vocabularios de déficit que llegan a infiltrarse en el lenguaje cultural y en algunos modelos de terapia, contribuyen a crear una realidad en muchas sociedades en términos de incapacidad, desplazando con ello, los conocimientos y comportamientos cotidianos. Situaciones que antes pasaban desapercibidas y/o acciones que eran consideradas como buenas y adaptadas, ahora se convierten en focos de interpretación e intervención. (Gergen, 1996, 2006; White, 2002a).

Como consecuencia de lo anterior, las relaciones de muchas comunidades pueden llegar a resignificarse y quedar rotas, ya que las situaciones que de otro modo exigirían la participación de toda una comunidad, quedan descontextualizadas o eliminadas de su nicho ecológico. Esto puede llevar a reducir la oportunidad de que las personas se unan con otras para conectar y compartir sus experiencias de vida, sus valores y creencias, así como acordar sobre posibles soluciones para algunos “problemas” que resultan significativos para cada comunidad y sociedad. Además, puede provocar que la participación de alguna(s) persona(s) quede(n) marginada(s) de la vida social, al ser esencializada(s) por esos vocabularios de déficit, lo cual implica que una circunstancia o situación no está circunscrita en un tiempo y espacio limitado, sino que es vista como algo absolutamente general y perdurable (Gergen, 1996, 2006; White, 2002a).

Son por todas estas consecuencias y muchas más, por los actos y posturas de marginación, desvalorización, discriminación, aislamiento, etcétera, hacia muchas personas, que pueden derivarse de adoptar la noción de la realidad de la Modernidad, que la Posmodernidad y el Socioconstruccionismo la cuestiona y establece límites y fronteras alrededor de lo que se considera “lo real” (Gergen, 1996).

Tanto la Posmodernidad como el Socioconstruccionismo proponen que cada vez que se nos pregunte sobre el mundo, podríamos hacer el esfuerzo de contarle cómo es bajo uno o

diversos marcos de referencia. Si las concepciones que tenemos de lo real son construcciones culturales, entonces nuestras prácticas pasan a ser emergentes y en ese sentido, todo lo que consideramos natural, normal, racional, real y necesario está abierto a modificarse (Gergen, 1996). Así, en el compromiso y esfuerzo de utilizar y multiplicar diferentes perspectivas y puntos de vista, las personas podemos dar cuenta del carácter construido de las realidades en las que vivimos (McNamee, 2001).

Pero si decidimos considerar que la realidad se construye y nos comprometemos a utilizar distintos marcos de referencia para explicar cómo es algo, como nos invitan estas perspectivas, la pregunta que regularmente surge es: ¿la pobreza, la enfermedad y la muerte, entre otras situaciones, sólo son construcciones sociales y no hay un mundo afuera?

Esta pregunta que de forma usual emplea la orientación empirista para cuestionar el concepto de realidad del Socioconstruccionismo, tendría como respuesta por esa misma perspectiva, que no niega la pobreza, la muerte o la existencia de un mundo exterior, como tampoco hace afirmación alguna al respecto, ya que su postura es ontológicamente “muda”, es decir, cualquier cosa que sea, sólo es. La cuestión que plantea el Socioconstruccionismo es que al articular lo que hay, se ingresa al mundo del discurso, dando inicio con ello al proceso de construcción y significación, que de forma inevitable, está relacionado con lo social, la historia y la cultura (Gergen, 1996).

Pongamos como escena la muerte. Para muchas personas, la muerte quizá sólo sea un paso o transición a otro lugar, a otra condición, y para otras signifique el final de la vida, aunque para una de mis amigas, que es cirujana, es que el organismo ha dejado de funcionar como unidad, pues de otra manera, no habría trasplantes con órganos que preservan su capacidad funcional. Ahora bien, si una persona eligió terminar con su vida, es común que en nuestra cultura, la muerte sea significada como un suicidio y con ello, es probable que los comentarios

hagan alusión a una depresión como la causante de dicho acto y no a una elección libre de hacer con la vida lo que se quiera, porque cómo alguien va a decidir tal cosa sin estar “enfermo(a)” o “anormal”. Pero para la cultura japonesa, si hablamos de los kamikazes o unidades de ataques, -como lo aprendí en la secundaria-, estos no son suicidas, ni deprimidos, sino personas comprometidas en la defensa del honor de su país.

Y qué sucede si alguien le quita la vida a otra persona en un asalto, entonces la muerte será vista como producto de un acto indignante, de injusticia y de maldad pero si se aplica la eutanasia a una persona que ha estado en coma o en otra condición, lo más probable es que la muerte sea significada como el alivio de un sufrimiento y el acto como una demostración de respeto a la dignidad de la persona. Así, podría yo seguir significando sobre la muerte desde diversas perspectivas. Desde mi entendimiento, es a esto a lo que se refiere Gergen (1996), cuando señala que al articular lo que hay, resulta necesario acudir al mundo del discurso, de la construcción y significación desde un marco contextual.

Para muchas personas, estas descripciones que referí como otras tantas que se pueden hacer son “realidades”, porque dentro del contexto en el que fueron construidas así se significaron. Como lo distingue Anderson (1999), para el pensamiento Posmoderno y Socioconstruccionista, todas las descripciones y todo el conocimiento, incluyendo el psicológico derivado de la investigación, parecen realidades porque son el resultado de un consenso lingüístico y porque son consideradas útiles por un grupo de personas en una determinada situación o momento, no porque sean verdaderas.

En conclusión y más allá de las discrepancias que puedan darse entre las diferentes perspectivas, se trata de gozar y compartir todos y todas, de “realidades” que nos ofrezcan “buenas” condiciones de salud y de trabajo, de justicia, de ejercicios de libertad, en general, de calidad de vida. Siguiendo a Gergen (2006), en lugar de dar énfasis a las realidades construidas

que disminuyen posibilidades y atrapan a las personas en callejones sin salida, el Socioconstruccionismo y también la Posmodernidad, nos invitan a centrarnos en aquellas que multiplican las alternativas y que ofrecen perspectivas amigables, en donde todas las voces puedan ser escuchadas y tomadas en cuenta, como lo creo que son las nociones que ambas perspectivas nos presentan de los conceptos del yo e identidad que a continuación abordaré.

El concepto del Yo y la Identidad en la mirada Posmoderna y Socioconstruccionista

El yo y la identidad son posiblemente de los conceptos que más se utilizan tanto en el escenario terapéutico como en la vida en general. Son con los que nos damos a conocer ante el mundo; con ellos mostramos y posicionamos las ideas, valores, costumbres, creencias, etcétera, que nos identifican. Por lo anterior y puntuando que, generalmente, el entendimiento que se tiene de ellos es el que proviene de la Modernidad, en este apartado, abordaré, además de la visión modernista, la postura que la Posmodernidad y el Socioconstruccionismo tiene respecto a ellos.

La Modernidad ha construido y nos ha ofrecido una narrativa de que como personas somos seres únicos, consistentes y en disposición de ser conocidos(as) por nosotros(as) mismos(as) y por otras personas. Esta noción, planteada por esta tradición, sugiere que en nuestro yo y en nuestra identidad, existen una esencia y una entidad duradera que poseen ciertos rasgos o características que se mantienen de forma constante y que nos definen y diferencian de los demás (Anderson, 1999; Gómez, 2013). De ahí que se diga que tal persona es agresiva, bondadosa, trabajadora, inteligente, irresponsable, etcétera, y seguirá así sin importar las circunstancias. Incluso se han hecho pruebas “válidas” y “confiables” capaces de “predecir” el comportamiento de acuerdo al estudio de la “personalidad”.

Desde la perspectiva modernista, así como se considera que la realidad existe, está terminada y no se puede transformar, estos conceptos del yo y la identidad implican también creer que las personas tienen pocas posibilidades sino es que nulas de poder cambiar y que el

contexto no importa ni colabora en la manera en que “somos”, vivimos y nos relacionamos. Quizá sobre esta forma de asumir el yo y la identidad es que la terapia se concibe como un proceso “muy complejo de largo plazo”, en donde se tiene que “evaluar y analizar adecuada y profundamente a las personas” para poder “intervenir” o “ayudarles a cambiar”. Imagino que pensar que alguien puede hacerlo por sí mismo(a), es decir, cambiar en cualquier momento con o sin terapia es un atentado contra estas ideas.

A diferencia de esta visión moderna, para la Posmodernidad y el Socioconstruccionismo, nuestro yo así como nuestra identidad, no son entendidas como algo único ni acabado, por el contrario, están continuamente construyéndose a través de las relaciones que mantenemos con otras personas (Anderson, 1999; Gómez, 2013; Tarragona, 2006). Lo que creemos que somos, es decir, la autopercepción, no es una estructura cognitiva privada ni personal sino un discurso del yo. Es a través del lenguaje y de las diversas formas de interacción discursiva donde se construyen las identidades y las alteridades (Alvarado, 1993; Gergen, 1996).

Anderson (1999), refiere que nuestras identidades cambian constantemente a medida que también lo hace el contexto social, y que nuestro yo o sí mismo, es un ser narrativo, una construcción lingüística, es decir, una expresión de la capacidad del lenguaje y la narración. El sí mismo que cuenta una historia, se forma, informa y reforma a través del proceso de contar y recontar dicha historia. Asimismo, la identidad no se sustenta en la continuidad o discontinuidad psicológica de la personalidad, sino en la constancia de una narrativa en progreso. La relación precede a la identidad; somos tantas identidades como los sí mismos que están insertos en nuestras conversaciones y creadas por ellas. Somos las historias que construimos en las relaciones y conversaciones que tenemos.

Gergen (1996, 2006), que también ha escrito sobre el concepto del yo, señala que el yo de las personas está engarzado con el de otras a través de los relatos, los cuales permiten

identificarnos con ellas. Así, las diversas partes de una persona pueden relacionarse con determinadas partes de los(as) demás, ya que el hecho de tener un yo es definido en lo relacional. McNamee (2001), que concuerda con Gergen, refiere que llevamos con nosotros(as) a otras personas y que por tanto, nuestro yo como nuestra identidad es relacional.

A mi parecer e identificándome con las posturas de la Posmodernidad y el Socioconstruccionismo, somos la construcción participativa de muchas voces que no se detiene en tanto estemos vivos(as). Somos, entre muchas otras más, las voces de la familia y las relaciones que hemos tenido y que están por venir, las de la comunidad y la cultura -con sus tradiciones y creencias- a las que pertenecemos y colaboramos de diversas maneras con su existencia, las del lenguaje y el idioma que nos permite generar y compartir ciertos significados, las de las y los profesoras(es) con sus respectivas miradas que han acompañado nuestro andar, las de algún credo que se profese y las de las posturas políticas que hemos elegido, las de los medios de comunicación que utilizamos, los libros que hemos leído y la música que escuchamos. En pocas palabras, somos puntos suspensivos, es decir, seres en construcción.

Cabe mencionar que estas formas de distinguir y puntuar los conceptos del yo y la identidad por parte de la Posmodernidad y el Socioconstruccionismo han sido criticadas fuertemente. Anderson (1999), expone que para muchas personas posicionadas en la Modernidad, el considerar al yo como seres múltiples contruidos socialmente se traduce en mirarlo como un yo fragmentado y difuso. Por ejemplo, autores como Glass (1993, citado en Gergen, 2006), han señalado que el verdadero problema de la personalidad múltiple es una fragmentación del yo, lo cual impide una identidad afirmada. Sin embargo, Gergen (2006), menciona que estas afirmaciones de que existen personas con personalidad múltiple sin identidad afirmada, no sólo sirven para objetivar estos términos como enfermedad, sino también, para implicar que es mucho mejor tener un yo unificado y coherente.

Al respecto, la Modernidad pierde de vista que hay muchas otras formas de dar sentido al concepto de personalidad múltiple que no pasan por clasificarla de manera imperativa como un trastorno. Las personas variamos de acuerdo a los cambios de los contextos (familiar, social, cultural, político, económico, etcétera), de las comunidades a las cuales pertenecemos y de las conversaciones que tenemos con otras personas, por lo cual, resulta complicado pensar que se pueda lograr una estabilidad y coherencia. Para las miradas Posmoderna y Socioconstruccionista, esta forma de conceptualizar al yo en la multiplicidad nos abre las posibilidades al cambio y a la continuidad sin ningún conflicto, lo que significa que somos capaces de transformar cualquier significado de las experiencias, historias o eventos de nuestras vidas (Anderson, 1999; Gergen, 1996, 2006).

Desde mi perspectiva, esta idea de coexistencia del cambio y de la continuidad en un yo que se vive en la multiplicidad, es poderosamente liberadora de etiquetas, de esos adjetivos que nos cosifican y nos hacen creer que sólo somos de ciertas formas. Esas creencias hechas frases como “yo no soy así”, “yo siempre he sido...”, “yo no puedo hacer eso”, etcétera, que llegan a atrapar a muchas personas, se diluyen y ahora el campo de las posibilidades de un yo que puede “ser” y dejar de “ser” de muchas maneras, nos permite movernos y mostrar la postura que más convenga a nuestros intereses, es decir, ante ciertas circunstancias y contextos, podemos mostrar actitudes “agresivas”, “amorosas”, “vulnerables”, “fuertes”, “generosas”, etcétera, sin que estas nos definan. Para mí, esta forma de mirar al yo es un ejercicio de libertad.

Como lo señala McNamee (2001), la posibilidad de pensar en muchos yoes o sí mismos amplía la capacidad de las personas para la multivocalidad, lo cual posibilita que una persona pueda traer una voz que represente sus dudas respecto a un determinado aspecto o situación, y al mismo tiempo, considere otra que sugiera una alternativa distinta que convenga explorar. De esta manera, las personas pueden encontrar formas distintas de entrar y salir de varias identidades y

acciones al relacionarse, porque han creado un sentido en que cada uno de sus roles e identidades es legítimo y útil de acuerdo al contexto.

Es importante mencionar que muchas personas han significado a estas nociones Posmodernas y Socioconstruccionistas del yo y la identidad como una pérdida de la moralidad, de los derechos individuales y de las responsabilidades (Anderson, 1999), sin embargo, valdría la pena reflexionar en primera instancia, si existe una forma definida y aceptada por todos y todas del concepto de moralidad y si es deseable tener un patrón fijo de lo que es el bien o de lo que es justo que impida o no valore otras posibilidades. También cabría preguntar quién y con qué derecho alguien puede establecer lo que es bueno o justo para todo el mundo en todo momento. A menudo, puntos de vista considerados “virtuosos” también resultan problemáticos si terminan convirtiéndose en un código hegemónico que sólo fomenta la alienación, además que nada hay en un compromiso con una teoría de moralidad que termine produciendo acciones o una vida moral (Gergen, 1996).

Siguiendo a Gergen, me pregunto, por ejemplo, quién y con qué derecho alguien puede decidir que un aborto está bien o mal. ¿Se ha analizado de qué manera el contexto colabora para su existencia? ¿Han sido tomadas en cuenta las voces de las mujeres, la manera en que viven y las necesidades que tienen? Que una mujer muera por una práctica clandestina, ¿está bien? Asimismo, quién y con qué derecho alguien puede decidir que el uso de la marihuana está bien o mal y en qué es distinto del consumo de alcohol o tabaco que sí está permitido. ¿Estaría mal su uso en alguien que presenta convulsiones o dolor? Al no poder utilizarlo en beneficio de la salud, ¿podría estarse violando un derecho individual? A mi parecer y más allá de las respuestas, se trata de abrir el diálogo y cuestionarnos si nuestra “moralidad” da cuenta de nuestro contexto, de sus cambios, de las necesidades de las personas y de los problemas en una comunidad.

Lo que pretende la Posmodernidad y el Socioconstruccionismo no es decirnos lo que está bien o mal, sino abrir nuevas vías para entender la moralidad y para llevar a cabo prácticas mejor adaptadas a la vida en común en un mundo de diferencias. Para estas perspectivas, la acción moral no es un subproducto de un estado mental o un acto privado de la psique, sino un acto público inseparable de las relaciones en las que participamos. Por consiguiente, una vida moral es una forma de participación comunitaria; el ser moral no es un proyecto completo en tanto continúen las conversaciones de una cultura. Situados fuera de una mirada individualista, que castigaría a la persona “inmoral” o buscaría quién es “culpable”, las preocupaciones ahora se desplazan hacia las formas de interacción que hacen que una acción determinada sea inteligible, deseable o posible (Gergen, 1996, 2006).

Incluso las emociones, que suelen ser consideradas por la Modernidad como algo que nos sucede de manera interna, para la Posmodernidad y el Socioconstruccionismo, son sociales. De acuerdo a Gergen (1996), las emociones son consideradas como acontecimientos dentro de pautas relacionales, es decir, son acciones sociales que derivan su significado e importancia dentro de rituales de relación. Las comunidades generamos mediante el lenguaje, modos convencionales para designarlas, estando sujetas por dichas pautas tanto su creación como su erosión, así como la variabilidad entre las culturas y los momentos históricos. A través de estas prácticas, las palabras que habitan emociones, que tienen un determinado significado, pueden aperturar espacios para construir una nueva historia, un significado distinto o un sentir diferente (Campero et al., 2014; Gergen, 1996).

Así como hace muchos años se utilizaba la palabra melancolía (en desuso actual) y muchas personas sabían a qué se referían cuando la mencionaban, hoy en día no sabríamos lo que “es”, por ejemplo, en términos generales, la tristeza y cómo se suele mostrar, si no fuese porque en lo social se han construido (y se seguirán construyendo) conceptos con un conjunto de

significados que utilizamos para dar sentido a algo. Sin embargo, tanto la tristeza como la melancolía no son nada sin el discurso y sin un contexto cultural. Es en el momento en que los significados bailan en nuestras conversaciones que esas emociones como otras adquieren vida y podemos conocer y comprender que alguien las está “sintiendo”. Yo podría ver ahora mismo las lágrimas en una persona pero por sí mismas estas no me dicen mucho hasta que no sean puestas en una narrativa las palabras que me hagan saber que son las acompañantes de un sentirse triste.

McNamee (2001), utiliza el término de inteligibilidad relacional para señalar que todo lo que adquiere sentido y/o está dotado de significado, emerge -tornándose inteligible o comprensible- en las relaciones, y una vez situada en esta comprensión, es posible desplazar el interés en lo que sucede entre las personas y no dentro de cada una de ellas. Dicho desplazamiento revitaliza además del sentido comunal, el de responsabilidad y el de compromiso, al otorgarle amplia significación social y cultural incluso a las acciones más limitadas o reducidas. Para esta autora, las personas no podemos elegir entre emociones “buenas” o “malas”, o acciones “morales” o “inmorales” sin haber adquirido antes, las inteligibilidades de nuestra comunidad. Es a través de nuestras narrativas como devenimos agentes y obtenemos un sentido de lo social y por tanto, de la moralidad, lo emocional, la responsabilidad, etcétera (Anderson, 1999).

Coincidiendo con McNamee y Anderson, para White (2016), asignamos significados a nuestras experiencias al situarlas en marcos de inteligibilidad, siendo la estructura narrativa la que nos brinda el principal medio para la construcción de estos en la vida diaria. Bajo esta premisa, nuestra identidad es construida en el ir y venir de nuestras historias de vidas así como las de otras personas. Vivimos como lo señala Gergen (1996), mediante narraciones, por lo que, tanto la identidad como el yo, es el resultado de muchas narrativas. No sólo contamos nuestras

vidas como relatos sino también nuestras relaciones con otras personas se viven de forma narrativa.

En ese sentido, la perspectiva Socioconstruccionista, como posicionamiento discursivo que pone énfasis en lo relacional, nos exhorta a ampliar el número de voces que hablan de los asuntos en una sociedad o comunidad, con el propósito de que lo que es visto como un problema se aprecie a través de muchos lentes que enriquezcan las comprensiones así como las posibles consecuencias, y de igual manera nos alienta a explorar una variedad de formulaciones narrativas, sin compromisos con cualquier verdad del yo o de la identidad en particular (Gergen, 1996). McNamee (2001), señala que cuando se extienden las conversaciones y se multiplican los discursos, considerando creencias sociales más amplias, se pone en práctica la responsabilidad relacional, es decir, el problema de una persona deja de ser visto como una posesión individual para ser considerado ahora desde una perspectiva colectiva.

Si bien el énfasis está puesto en las relaciones y no en los procesos individuales, esto no significa que se tenga que objetivar el dominio de lo relacional. No es necesario abandonar el estudio del yo o de la identidad, ni dejar de hablar sobre nuestras emociones, recuerdos y deseos (Gergen, 2006). Se trata, como lo sugiere Anderson (1999), que a través de nuestras narrativas podamos transformar nuestras identidades en otras, de tal forma que nos permita, además de entender las relaciones, los acontecimientos y las emociones que vivimos, abrirnos a otras posibilidades de ser, sentir y actuar en cualquier momento y/o circunstancia y expresar nuestra creatividad y sentido de autonomía.

La Posmodernidad y el Socioconstruccionismo, sin ninguna ambición de destruir las tradiciones, sólo nos invitan a considerar que el enfoque centrado en el yo es una tradición cultural como cualquier otra y sin la pretensión de revelar una nueva verdad o establecer nuevos fundamentos, se presenta como una mirada a través de la cual se pueden enriquecer las prácticas,

los puntos de vista, los enfoques y las maneras de hablar. En síntesis, como corrientes de pensamiento, lo que buscan es crear un diálogo (Gergen, 2006).

La Investigación a la luz del pensamiento Posmoderno y Socioconstruccionista

Mi estudio, al estar posicionado en un marco epistemológico Posmoderno y Socioconstruccionista, se distingue por mostrar una postura que se aleja de las premisas que la Modernidad ha establecido sobre la ciencia y la investigación. Transparento que a partir del momento en que decidí llevar a cabo este proyecto doctoral, la mayoría de los cuestionamientos hacia este (que posiblemente seguirán), han venido desde dichas premisas. Por lo anterior, decidí incluir este apartado para señalar, a través de algunas ideas que tomaré prestadas de distintos(as) autores(as), cómo se significa la investigación desde la Posmodernidad y el Socioconstruccionismo y cuál es la posición que se adopta en relación a los saberes que se dicen científicos.

Cuando escuchamos que, según la ciencia, algo es de tal o cual manera porque ya fue investigado, llega a suceder que frecuentemente muchas personas le otorgan a esa afirmación un carácter de verdadero. Con toda confianza se cree que eso que se dijo es cierto, que “así es”. Difícilmente se cuestiona lo que dice la ciencia y los conocimientos que a su nombre se producen. Por el contrario, a estos conocimientos llamados “científicos” se les coloca en un lugar superior a otras formas de conocer. Esto es parte de lo que la Modernidad ha generado. Como consecuencia de la creencia construida de que existe una realidad que es posible de descubrir, la Modernidad se encargó también de construir la idea de que estudiándola de manera “racional” y “objetiva”, siguiendo una serie de pasos sistemáticos (creados por ella), a los cuales les dio el nombre de “método científico”, era posible acceder a dicha realidad, de conocer “la verdad”.

Sin embargo, desde la Posmodernidad y el Socioconstruccionismo se tiene una perspectiva muy distinta en relación a lo que se dice en nombre de la ciencia. Para Lyotard

(1984), el saber científico no es todo el saber sino sólo una clase de discurso, un subconjunto de conocimientos. La ciencia, si bien algunas veces mejora las hipótesis y en otras las refuta, probarlas es una cuestión que está lejos de producir. Aunque en ocasiones digamos que si se dan tales supuestos, entonces tal o cual cosa podría pasar, esto no significa que las predicciones sean verdades definitivas, por ende, la ciencia sólo indaga, no prueba (Bateson, 1982).

Como Lyotard y Bateson, otros(as) autores(as) también han fijado su postura en relación a la forma tradicional en que se concibe la ciencia, por ejemplo, Feyerband y Mitrof (citados en Gergen, 1996). Para el primero, la mayoría de las veces, los criterios de racionalidad científica son irrelevantes para los avances científicos, y para el segundo, los juicios científicos están más relacionados con el prestigio y lo emocional, que con la neutralidad u objetividad que supuestamente dice tener la ciencia. De igual manera, los sociólogos Barnes y Bloor (citados en Gergen, 1996), han señalado que las exposiciones científicas están determinadas por intereses sociales de orden político, económico y profesional, por lo que eliminar lo que hay de social en lo científico, se dejaría sin algo que pudiese valer como conocimiento. Así, el rigor objetivo o científico es sólo una intersubjetividad de los(as) que lo aplican, que lleva incluido sus valores y preferencias (Campero et al., 2014).

En mi opinión, estas ideas significan que todo lo que se investiga es una elección que se hace desde un lugar, desde una posición que incluye intereses, posturas y preferencias de todo tipo, entre ellas las teóricas, y que por tanto, los resultados -de alguna forma- también irán de la mano de ello. No hay conocimientos verdaderos ni superiores a otros, son nuestras creencias las que nos hacen producir ciertos resultados, que después convenientemente denominamos como conocimientos científicos.

Me parece que muchos investigadores(as), situados en una línea de pensamiento modernista, se valen de términos como neutral, objetivo, válido, confiable, etc., para no

transparentar sus preferencias sobre lo que investigan y el modo en que lo llevan a cabo, ya que hacerlo, implicaría dar cuenta de muchas cosas, por ejemplo, del control social que se puede hacer al investigar algo y luego escribir y publicar un artículo sobre ello, de los lugares de privilegio y poder que tienen muchas personas con determinados discursos “científicos” o al decir que son parte de la ciencia y de lo conveniente que puede ser económica y políticamente investigar unas cosas y otras no.

Al respecto, Gergen (1996), apunta que, muy pocas veces, los criterios de validez que operan en las comunidades científicas se autoevalúan, ni mucho menos se evalúa el impacto que tienen las afirmaciones que hacen en la vida de las comunidades relacionadas con lo que investigan. Esto es porque los lenguajes de la ciencia sirven de dispositivos pragmáticos para favorecer ciertas formas de actividad mientras se disuaden otras. Sea aceptado o no, el o la científico(a) es un(a) abogado(a) moral y político, así que afirmar la neutralidad respecto a los valores, es cerrar los ojos a los modos de vida cultural que una investigación puede o no apoyar.

Coincidiendo con Gergen en el aspecto político de la ciencia, para Lyotard (1984), la legitimación en la ciencia está relacionada con la legitimación de la voz legisladora, en donde el derecho a decidir lo que es verdadero está ligado al derecho a decidir lo que es justo. Este autor plantea que hay un hermanamiento entre el tipo de lenguaje que se llama ciencia y otros que se llaman ética y política, procediendo todos de una misma perspectiva que se llama Occidente. El cuestionamiento que Lyotard le hace a la ciencia de la Modernidad es: cómo puede probar lo que dice probar, quién decide lo que es saber y quién sabe lo que conviene decidir, ante lo cual plantea, que no hay prueba, verificación de enunciados o verdad sin dinero.

Los juegos del lenguaje científico se convierten en juegos de dinero y poder, en donde los(as) que más tienen y en mejor posición están, poseen más oportunidades de “tener la razón” (Lyotard, 1984). Sucede con frecuencia que la regulación hecha por foros de reconocimiento de

distintas disciplinas profesionales, construida por un conjunto de convenciones y reglas, bloquea las expresiones informales, comunes y espontáneas de conocimiento, restringiendo con ello, las opciones para que las personas experimenten lo válido de sus conocimientos. Se niega el derecho legítimo de igualdad de acceso y participación a personas y profesionales que, desde esos foros de reconocimiento, tienen un estatus “inferior” en comparación a otros(as) que tiene una jerarquía “mayor” (Campero et al., 2014; White, 2002a).

Baste como ejemplo este proyecto doctoral, que es evaluado de forma constante por un foro de reconocimiento y validación y por el cual yo recibo una beca económica para su realización. Aunque he subrayado que mi estudio es cualitativo con un marco epistemológico Posmoderno y Socioconstruccionista, la mayoría de los señalamientos que me han hecho vienen de los criterios que la Modernidad ha marcado. Entre otras cosas, me han dicho que a mi investigación le falta “seriedad” y “bases científicas de sustento”. Esto significa que para muchos(as) doctores y doctoras, compañeros y compañeras, los estudios cualitativos no tienen el mismo valor que los cuantitativos y que las voces de las personas no son lo suficientemente significativas como creen que sí lo es un instrumento. Como lo refiere Lyotard (1984), quien está en posición de ejercer el poder es que el tiene más oportunidad de expresar que lo que piensa es la “verdad”, por lo que, si yo no diera cuenta de estos juegos del lenguaje científico, daría por cierto tantas cosas que me han dicho.

De esta manera, queda establecida una relación entre riqueza, poder, eficiencia y verdad (Lyotard, 1984). Inevitablemente estamos enclavados en juegos de lenguaje que construyen realidades y participamos en cierta medida y en alguna manera en dichos juegos, aunque en muchas ocasiones no los compartamos (Campero et al., 2014). Por lo anterior, desde el pensamiento Socioconstruccionista y Posmoderno, tener ataduras teóricas y metodológicas puede

limitar el potencial tanto de la ciencia como de la cultura, al favorecer el mantenimiento de ciertos modelos y pautas entre los(as) científicos(as) (Gergen, 1996).

Un modo diferente de mirar la ciencia desde el Socioconstruccionismo es posible, si quienes nos dedicamos a ella podemos llegar a convenir y aceptar que, en determinadas ocasiones, llamaremos a diversos aspectos de tal o cual forma por resultarnos útil y de interés, no porque sean una realidad o una verdad existente, ya que no hay ninguna teoría o metodología que proporcione una garantía absoluta y libre de ataduras contextuales para afirmar que determinadas descripciones y explicaciones son superiores a otras. Así, el grado en que un dar cuenta del mundo se sostiene a través del tiempo no depende de la validez objetiva de una exposición sino de las vicisitudes del proceso social (Gergen, 1996).

En lugar de separar los propios compromisos profesionales, la Posmodernidad y el Socioconstruccionismo nos invitan a una vida profesional expresiva en relación a las teorías, métodos y prácticas que utilizamos y realizamos, desafiando las realidades dominantes y las formas de vida asociadas a estas. Si de vez en vez nos alejamos de la investigación de los fundamentos, de las visiones únicas del saber y del funcionamiento humano que pretenden superar a otras y de cualquier certeza moral y científica, el campo de elecciones posibles se extiende para mirar y hacer investigación con otros enfoques. Esto no significa poner fin a la investigación de los resultados, sino transparentar que todo resultado representa una tradición, una manera de vivir y unos valores. Se trata de extender el repertorio de observaciones y diálogos para discutir valores y resultados opuestos (Gergen, 1996, 2006).

Ahora bien, es importante establecer que si todas las inteligibilidades o formas de comprender son construidas socialmente, el Socioconstruccionismo también lo es, por lo que, sin ningún compromiso con una verdad o con una teoría en particular, lo que esta mirada busca es funcionar como una fuerza transformadora que, sin eliminar formas de lenguaje o de vida, provea

medios conceptuales y prácticos para que las personas puedan coordinarse entre sí con mayor plenitud. De esta manera, voces que de otro modo serían silenciadas, alcanzan a tomar parte en la conversación permitiendo que el diálogo se ensanche una vez más (Gergen, 1996).

Desde una mirada Posmoderna y Socioconstruccionista, cuando se realiza investigación, esta es vista como un proceso colaborativo de construcción de conocimientos de quienes participan en ella, es decir, de los(as) investigadores(as) y personas a quienes comúnmente se les nombra como participantes. Son en las conversaciones en donde como equipo colaborativo construimos eso que denominamos como hallazgos o resultados, que no es otra cosa que un discurso emergente que puede transformarse en cualquier momento. No hay verdades, ni realidades que se pretendan descubrir o demostrar, sino sólo significados que esperan ser puestos en voces y relatos, que no pueden desprenderse de un contexto lingüístico, histórico y cultural determinado (Losantos et al., 2016).

En ese proceso colaborativo y constructivo de investigación, las teorías que utilizamos son consideradas como producto sociales dentro de tradiciones culturales, que tienen el poder de etiquetar la vida, las condiciones, las costumbres e incluso a las propias personas que son descritas. De ahí la importancia de reflexionar en nuestros lentes teóricos ya que estos colaborarán en nuestra participación investigativa y en lo que terminemos escribiendo a partir de ella. La investigación es un modo de acción social que puede posibilitar o no que las personas tengan escenarios distintos para elegir de acuerdo a sus intereses y necesidades (Losantos et al., 2016).

Por ello, cada vez más procedimientos alternativos de investigación estimulan una transformación en las prácticas científicas, que además de favorecer otros enfoques, posibilitan y fomentan nuevas formas de relación. Desde una perspectiva Posmoderna y Socioconstruccionista, mirar la rigurosidad como una práctica intersubjetiva y de colaboración,

refiere tomar en cuenta lo que cada quien opina y no sólo lo que la ciencia dice como habitualmente lo hace el rigor científico de la Modernidad. Investigaciones cualitativas, investigaciones con metodología dialógica, investigaciones apreciativas, el análisis narrativo, la investigación como intervención social y la línea feminista como investigación vivida, son algunas de las prácticas de investigación que visibilizan otras formas distintas de vida cultural (Campero et al., 2014; Gergen, 1996).

Es importante mencionar que la postura crítica y las ideas propuestas por las miradas Posmodernas y Socioconstruccionistas, no sólo han impactado en la investigación sino también en la Psicología, especialmente en la terapia psicológica, al considerarse, como lo expondré en el siguiente capítulo, que todo lo que miramos, entendemos, describimos y explicamos en cada una de las sesiones, lo hacemos a través de una lente, es decir, de las teorías que tenemos, de la cultura y del momento histórico en el que vivimos (Colmenares, 2008).

Para Shotter (citado en Wilson, 2017), que también cuestiona la creencia de que la ciencia pueda ofrecer todas las respuestas requeridas para la comprensión de todas las complejas cuestiones de la experiencia humana, en lugar de estar a la caza de verdades definitivas después de un hecho y a utilizar métodos, manuales y prescripciones repetitivamente que amenazan con deshumanizar nuestra labor tanto en la investigación como en la terapia, vendría mejor dar prioridad a la inmediatez de la conexión y a las posibilidades que surgen de los intercambios conversacionales cotidianos.

En conclusión, en el interior de una subcultura como es la ciencia, en donde se pueden elaborar investigaciones y teorías que pretenden detentar la verdad y la precisión, resulta necesario entonces que todo lo que se produzca en ella, sea tratado como un artefacto de procesos locales que nada tienen de universales. Para el Socioconstruccionismo y la Posmodernidad, es más útil que consideremos los valores, las lógicas, los fines y los hallazgos de lo que

investigamos como opiniones en una conversación, ya que sólo poniendo todas las realidades entre paréntesis, es posible evitar prácticas que deriven en una tendencia de presentar lo que son unas realidades como algo bueno y necesario en toda ocasión y como algo indispensable y beneficioso para cualquiera, para siempre y para todo lugar (Gergen, 2006).

Capítulo 3: La Terapia Psicológica desde una mirada

Posmoderna y Socioconstruccionista

La terapia es una de las formas que la gente utiliza para resolver sus problemas y también para promover el cambio. Por mucho tiempo, fue conceptuada por distintas teorías terapéuticas desde una perspectiva modernista, es decir, en términos unidireccionales, con pretensiones globales de verdad sobre la naturaleza de la vida y con una orientación hacia el pasado, dedicada a localizar el problema o la causa “real” de las dificultades, así como las fuerzas y estructuras que actúan y determinan el comportamiento, sin embargo, la terapia familiar abrió el espacio para un cambio paradigmático, permitiendo que la terapia se pensase como una práctica centrada en la comunicación, el lenguaje y las creencias. A partir de esos cambios han venido presentándose otras formas de entenderla y practicarla (Anderson, 1999; Gergen, 2006; White, 2002a).

Entre esas otras formas de entendimiento y práctica terapéutica, las perspectivas Posmodernas y Socioconstruccionistas han construido y compartido diversas ideas que presentaré a través de los cuatro apartados de este capítulo. Para ambas perspectivas, la condición psicológica ya no está en el centro de las preocupaciones, ahora el interés lo ocupan las posibilidades y las realidades distintas que se pueden construir en la terapia cuando se elige, como postura ética, que la manera de conversar, de relacionarnos y de emplear el lenguaje con nuestros(as) consultantes, sea desde una postura colaborativa (Anderson, 1999).

Las personas que acuden a terapia, lo hacen en calidad de participantes en una red de relaciones que se extiende hacia el exterior, la cual incluye la cultura y tradiciones. En ese sentido, la terapia, como coordinación relacional, estará interesada en establecer un espacio para el diálogo y la conversación, que tenga como propósito, como lo abordaré en el siguiente apartado, el crear en colaboración con los y las consultantes, alternativas distintas para cada situación (Anderson, 1999; Gergen, 2006).

La Terapia como espacio de Posibilidades y Realidades

Este apartado lo dedicaré para presentar lo que desde mi perspectiva es la terapia: un espacio de posibilidades y realidades. Situándome en una mirada Posmoderna y Socioconstruccionista, ahondaré en la importancia que tiene para el trabajo terapéutico concebirla de esa manera, es decir, como un lugar en el que todas las realidades, voces, saberes, ideas y opiniones puedan ser escuchadas y tomadas en cuenta, para que de forma conjunta, -terapeutas y consultantes-, construyan un mundo de posibilidades que sume a la tranquilidad, a la confianza, a la seguridad y a la calidad de vida de las personas. Asimismo, mostraré cuál es mi posición respecto a las prácticas terapéuticas llevadas a cabo desde una postura moderna.

Sobre esto último, para la Posmodernidad y el Socioconstruccionismo, que como ya señalé en el capítulo anterior, se destaca que la construcción social de la realidad, las pautas, las categorías diagnósticas y las narraciones son producto de las relaciones humanas y de las interacciones comunicativas, por lo tanto, ningún supuesto explicativo o teoría se tendría que aceptar sin discusión como una realidad absoluta, permanente y estática (Anderson, 1999). En ese sentido, refieren que la aplicación de diversas polaridades como las de verdadero-falso, normal-anormal, etcétera, resulta intrascendental, proponiéndonos en lugar de ello, además del continuo cuestionamiento, privilegiar y aperturar el juego de las posibilidades para saber en qué sentido determinados discursos contribuyen o no a nuestro bienestar (Gergen, 1996).

Gergen (2006), menciona que la patología no existe antes de que los instrumentos psicológicos transformen en patología las palabras y las acciones de las personas. La invitación que nos hace este autor es a reflexionar y preguntarnos a quién beneficia el concepto de patología, de qué manera las categorías diagnósticas son útiles para las personas, quién decide qué es un buen resultado, qué personas y qué terapeutas resultan favorecidos(as) o marginados(as) por una determinada concepción de terapia o de resultado y qué voces están

autorizadas a participar en las conversaciones. Para Gergen, no hay criterio que defina la descripción más inteligible y precisa, ya que todas ellas son construcciones de la cultura. La fuerza de la comunidad terapéutica está en la riqueza de comprensión y en la capacidad de redefinirla de manera continua.

Me parece que pocas veces nos detenemos a hacernos estas y otras preguntas y mucho menos a reflexionar sobre las implicaciones que tienen en nuestra práctica terapéutica y en la vida de las personas, nuestro sistema de creencias y posturas políticas, así como los modelos terapéuticos que hemos elegido. Muchos(as) terapeutas, con perspectiva modernista, que se empeñan en darle prioridad y valor a la realización de un diagnóstico, suelen emplear las primeras sesiones para aplicar una serie de pruebas, en lugar de escuchar y conversar sobre lo que esperan y necesitan las personas de la terapia, de una primera sesión. Las ideas de “hacer buenos diagnósticos” y “lograr resultados exitosos” son tan seductoras, que con tal de seguirlas, son capaces de entrar a sesión buscando encuadrar todo lo que escuchan con sus premisas teóricas-metodológicas, que según creen, van a llevarlos a ese “buen diagnóstico” y al “resultado exitoso”, sin reparar, como dice Gergen, si todo eso es útil para las personas.

Por lo anterior, Gergen (2006), nos invita a que como terapeutas, no abordemos a los(as) consultantes con un conjunto de teorías, suposiciones o métodos rutinarios que pueden funcionar como orejeras, ya que como Anderson (1999) refiere, hay tantas descripciones y explicaciones de causas y soluciones para lo que se considera un problema como personas que conversan sobre el mismo. Lo que para mí es un problema, alguien más puede percibirlo o referirlo de forma distinta o no considerarlo como tal. De esta manera, cada suceso o experiencia significada como única realidad o verdad, es sólo un relato de una historia dentro de una gama diversa de verdades y realidades.

Aquí haré una pausa para traer una experiencia de mi práctica terapéutica durante la Maestría. Recuerdo que en una sesión, una consultante compartió lo bien que le estaba funcionando un curso que estaba tomando para sentirse mejor, comentario que fue recibido en la supervisión como una desvalorización al trabajo de terapia que se estaba haciendo. Desde luego que las opiniones no se hicieron esperar. Mientras que algunos(as) compañeros(as) señalaron que al trabajo terapéutico le estaba faltando mayor dirección y posicionamiento, otros(as) opinábamos que era valioso que la consultante pudiese construir sus propios recursos para sentirse mejor, que el propósito no era posicionar la terapia sino colaborar con las personas en lo que necesiten. Finalmente, en la terapia como en la vida en general, cada quien mira lo que sus teorías, sus creencias, sus posturas, sus ideologías y su contexto le permiten mirar.

Para el enfoque Posmoderno y Socioconstruccionista, que cuestiona la estandarización de las prácticas terapéuticas que no dan cuenta de las necesidades específicas de las personas, la terapia es comprendida como un espacio que reúne a personas multifacéticas, con diferentes perspectivas y conocimientos, en una relación y conversación colaborativas para la construcción conjunta de posibilidades y realidades. Asimismo es referida como un espacio libre para que los y las consultantes se resistan y cuestionen tanto la palabra del o la terapeuta como las condiciones políticas alrededor de la terapia (Anderson, 1999; Campero et al., 2014).

Dentro de la práctica terapéutica con perspectiva Posmoderna y Socioconstruccionista, es bienvenida la existencia de una multiplicidad de voces, lo cual significa la asunción de que las personas tenemos opiniones diversas sobre diferentes temas y experiencias de la vida, y puesto que los significados son producto de las interacciones sociales a través del tiempo, se asume que no son inamovibles, sino transitorios y en proceso constante, por lo cual, resulta pretensioso que como terapeutas planeemos con precisión lo que se hará en el transcurso de un proceso terapéutico (Campero et al., 2014; Colmenares, 2008).

Esta forma de concebir la terapia por parte de la Posmodernidad y el Socioconstruccionismo, que como alternativa a la tradición Moderna de psicoterapia, se mueve y avanza desde el repensar en las posibilidades y soluciones en lugar de los problemas y trastornos, hasta una postura de colaboración que reemplaza la dominación y la jerarquía de varios modelos terapéuticos (Slive & Bobele, 2011), cada vez más es retomada y puesta en práctica por muchos(as) terapeutas, que con sus aportaciones, siguen abonando para que esta se siga construyendo y resignificando de manera continua.

Por ejemplo, Jakko Seikkula (1995, citado en McNamee, 2001), desde un enfoque relacional, propone que en el trabajo terapéutico, el énfasis se sitúe en lo que las personas hacen juntas y en que todas las voces que tienen conocimiento de una situación o problema puedan exponer su realidad, de tal manera que todo lo que se construya sea una verdad o realidad conformada por todos(as) los(as) participantes que además siga abierta al diálogo y a la transformación. Por su parte, el interés de Goolishian y Anderson se ha centrado en crear un espacio conversacional terapéutico de escucha y comprensión, en donde el o la terapeuta y los(as) consultantes puedan crear y desarrollar ideas inesperadas o inadvertidas, así como habilidades de cambio (Anderson, 1999; Gergen, 1996).

En tanto que Andersen, con su equipo de reflexión, y White y Epston, con el empleo de la terapia narrativa a través de cartas, documentos escritos y formas distintas de conversar, han construido prácticas terapéuticas no normativas que muestran la postura política que tienen respecto a las relaciones de poder dentro del escenario terapéutico. Al generar ambos enfoques la posibilidad de que se aprecien múltiples realidades y al ofrecer una variedad de recursos para proceder, han reducido la autoridad del/la terapeuta, permitiendo con ello, que la relación terapéutica se equilibre y se signifique desde un lugar de colaboración (Gergen, 1996; White, 2002a).

Asimismo, están los trabajos de Penn y Frankfurt y de O'Hanlon y Wilk, los cuales han resaltado la importancia que los procesos dialógicos y los medios conversacionales tienen para que las personas puedan disolver sus problemas. Si en las relaciones, las conversaciones y en el lenguaje construimos la realidad, entonces también pueden disolverse en esos mismos escenarios lo que consideramos como una dificultad, o bien alentarse, como lo sugiere De Shazer, que las conversaciones sean sobre soluciones. Finalmente, también están Friedman y Fanger, que enfatizan las posibilidades positivas y Lipchik, que busca equilibrar los pros y contras en las alternativas (Gergen, 1996).

Lo que distingo de esta variedad de prácticas terapéuticas con perspectivas Posmoderna y Socioconstruccionista, es que, con sus diferencias, significan como importante los saberes y las competencias de las personas, así como que en las conversaciones y el diálogo en las sesiones, esté presente la participación de todas las voces en la construcción de soluciones y posibilidades para las situaciones que vivimos y que la relación terapéutica sea desde una postura de colaboración. Sin duda que estas formas diferenciales de pensar y hacer terapia han permitido romper diversos paradigmas respecto a muchas nociones que se creían inamovibles, como el considerar que los cambios requieren de mucho tiempo o que los(as) terapeutas son los(as) que saben y deben dirigir la terapia.

Posiblemente, para muchos(as) terapeutas, todas estas ideas propuestas por la Posmodernidad y el Socioconstruccionismo, pueden resultar una afrenta y quizá cuestionen, válidamente, entonces de quién es la terapia, quién está a cargo ahí y cómo se puede resolver algo si sólo se asiste a pocas sesiones o sólo a una (Slive & Bobele, 2011). Diría que desde las perspectivas arriba mencionadas, no hay un interés de jerarquizar la terapia, es decir, de posicionar a una persona por encima de otra para poder construir un cambio o aquello que se

conoce como resultado “positivo”, como tampoco se considera que muchas sesiones sean necesarias o una garantía para solucionar los problemas.

Para Gergen (2006), por ejemplo, resulta más importante saber si los recursos y posibilidades generados en la relación terapéutica pueden ser puestos en práctica fuera de ese contexto, es decir, si las metáforas, narraciones, deconstrucciones, reenfoques, múltiples facetas del yo, capacidades de expresión, etcétera, que se han construido en el curso del o los encuentros terapéuticos, pueden ser exportadas a otras relaciones de modo que las transformen útilmente. Agrega que cuando los y las consultantes pueden establecer un vínculo entre lo que se conversa en la terapia y lo que sucede en el exterior en su vida, la terapia tiene mayores posibilidades de resultar significativa.

Desde mi perspectiva, considerar a la terapia como un espacio de posibilidades y realidades es mirar la diversidad de la vida; es permitir que todas las ideas, creencias, experiencias, opiniones, perspectivas y formas de sentir tengan cabida sin etiquetas ni juicios, dejando la puerta abierta para que, como lo abordaré en el siguiente apartado, puedan a través del lenguaje, las conversaciones y las relaciones, resignificarse las veces que sean necesarias. En ese sentido, todas las posibilidades y realidades que construyamos en cada sesión albergan la disposición al cambio. Son un “mientras tanto”, es decir, mientras otras posibilidades y realidades se sumen, las transformen o reemplacen.

Finalmente, ningún relato comunicativo está acabado, claro y unívoco ya que toda comunicación porta sentidos y posibles interpretaciones nuevas. Así, la terapia colocada en una postura Posmoderna y Socioconstruccionismo, como lo señala Anderson (2012, citado en Campero et al., 2014), es un espacio de transformación mutua para todas las personas que ahí participan, un proceso de formar, decir y expandir lo no dicho a través del diálogo para que puedan emerger nuevas descripciones. No hay límites. En lo todavía no dicho, en el contar y el

recontar, hay infinitas posibilidades y realidades que aún no han sido nombradas y que pueden colaborar para movernos y cambiar los aspectos de nuestra vida que ya no queremos (Anderson, 1999).

Lenguaje, Conversación y Relación en la Terapia: La Triada constructora de Significados y Resignificados

Dando continuidad a la idea de distinguir la terapia como un espacio de posibilidades y realidades, en este apartado, mencionaré la participación que en ello tienen, el lenguaje, la conversación y la relación. Estos tres elementos son los protagonistas con los cuales co-construimos un sinnúmero de significados y resignificados, que a su vez colaboran y hacen posible que en la terapia podamos reconfigurar aquello que consideramos como realidad.

Iniciaré señalando y aquí retomo a Anderson (1999), que la conversación, como fenómeno lingüístico, es uno de los aspectos más importantes de la vida. A través de las conversaciones y relaciones con otras personas, formamos y reformamos nuestras experiencias y creamos y recreamos las múltiples maneras con las cuales entendemos y damos sentido. Sin embargo, algunas conversaciones pueden aumentar las posibilidades para transformar el significado que damos a los eventos que vivimos mientras que otras puedan disminuirlas. Para Harlene Anderson como para Harold Goolishian (1988, citados en Tarragona, 2006), el modo en que se conversa, se conceptúa y se narra una historia a otros(as) y a uno(a) mismo(a), tiene un impacto en las posibilidades de cambio, y en ello, la forma en que se elige utilizar el lenguaje es diferencia que hace diferencia (Bateson, 1982).

Por ejemplo, el lenguaje en terapia basado en un discurso modernista, según Anderson (1999), es un lenguaje de representación de supuestas verdades y de deficiencia. A la persona se le considera defectuosa, fallida y/o disfuncional, y desde esa perspectiva, el papel del/la terapeuta es el de diagnosticar la disfunción en el sistema humano y devolverlo a un estado normativo. Así,

se etiquetan con diferentes conceptos, personas, familias, parejas, tradiciones, relaciones, conductas, etcétera. Me parece que la noción heredada de la Modernidad de que existe una realidad y que por tanto es posible “ser neutral” al mirar y conversar sobre algo, nos hace pensar que las palabras que utilizamos sólo son descriptivas, ajenas a nuestras creencias y perspectivas, lo cual, desde mi opinión, es un amparo para no responsabilizarnos de lo que decimos, de los términos que utilizamos y las implicaciones que estos tienen en la vida de las personas.

Diferencialmente, desde una mirada Posmoderna y Socioconstruccionista, el lenguaje nunca puede ser neutral dado que impone necesariamente una visión, un marco de referencia desde el cual se ven las cosas y una postura hacia lo que se ve. Los mensajes mismos pueden crear la realidad que están transmitiendo y predisponer a quienes los escuchan, a pensar de un determinado modo. Replanteando la relación modernista entre el pensamiento y el lenguaje, para la Posmodernidad y el Socioconstruccionismo, el pensamiento opera a partir del lenguaje, es decir, el lenguaje no sólo transmite y comunica sino que construye y reconstruye las realidades (Moya, 2008).

Siguiendo esta línea de ideas, Anderson (1999), menciona que al relacionarnos y conversar, el lenguaje opera como un constructor de significados y resignificados, por lo que aquello que consideramos un problema, se puede crear o diluir justo en el mismo lenguaje, en las conversaciones. Esta autora reflexiona que en el escenario terapéutico, nuestro lenguaje profesional puede llevarnos a comprensiones que se reduzcan a un concepto teórico estereotípico, perdiendo el contacto con la experiencia de las personas y con otras posibilidades de comprensión. Por lo anterior, habría que tener presente cuando dialogamos, que las definiciones que damos a una situación o que escuchamos por parte de otros(as) terapeutas y personas, no son una realidad o una verdad absoluta, sino sentidos atribuidos por alguien, posiciones que se toman o narrativas que alguien desarrolla, inseparables de las conceptualizaciones que se les otorgan.

Billig (citado en Bialostosky, 1993), que también se ha pronunciado sobre el uso del lenguaje, cuestiona la finalidad discursiva de las decisiones hechas por una audiencia autorizada en situaciones de contextos institucionalizados para detener el debate y producir supuestamente una palabra final socialmente útil. Agrega que, no obstante que las instituciones pueden limitar los debates y las conversaciones, utilizando instrumentos de poder para mantener el orden y el statu quo, no pueden impedir la multiplicidad de discursos y argumentos. Por lo que, en consonancia con Anderson, propone tratar el discurso oficial por muy poderoso que sea, como un tipo de discurso local y temporal.

En ese sentido, tanto Anderson como Goolishian, que a decir de Hoffman (citada en Anderson, 1999), fueron los primeros en considerar a la terapia como una conversación, como un acto de colaboración basado en un proceso conversacional y dialógico, rechazan la idea de utilizar el lenguaje y el espacio terapéutico para buscar la patología. Incluso, nos invitan a que como terapeutas, adoptemos una posición o postura de no saber, significada esta en términos de respeto y colaboración, para que todo lo que se construya en cada sesión mediante el lenguaje, la conversación y la relación, sea decidido con mutualidad, sin comprensiones superiores y unilaterales por parte del/la terapeuta, ya que conversar desde una postura de saber, al estilo modernista, obstruye el co-desarrollo de nuevos significados en las historias y narrativas generadas en la terapia.

Al respecto, Tarragona (2006), menciona que la postura de no saber bajo la cual se trabaja en la terapia, parte de la actitud y creencia de que como terapeutas no tenemos acceso a información privilegiada ni podemos entender de forma total a otra persona. Desde una perspectiva Posmoderna y Socioconstruccionista, el no saber se relaciona con la incertidumbre, con la imposibilidad de saber a priori hacia dónde conducirá una conversación ni dónde terminará

una sesión. Esto es entendido así, ya que como establecí anteriormente, el lenguaje es generador de significados y no un instrumento de causalidad en las interacciones humanas.

Esta postura de no saber es una alusión al aprendizaje de lo que no se ha dicho, de los conocimientos que están por construirse, lo cual no significa o sugiere que el conocimiento llamado “experto” por la cultura de la psicoterapia no resulte útil o válido en determinadas circunstancias o que el/la terapeuta no tenga conocimientos, pues son y se tienen, sin embargo, no se les considera superiores a otros, sino más bien, se asume la responsabilidad para crear con ellos, un espacio relacional-conversacional que invite al diálogo y a la colaboración conjunta para resolver o disolver los problemas mediante el lenguaje (Tarragona, 2006; White, 2002a).

A mi parecer, esta invitación de entrar a sesión con una postura o posición de no saber es una de las propuestas más interesantes y útiles para el trabajo terapéutico, ya que posibilita que en las conversaciones, los significados y resignificados puedan seguir co-construyéndose de manera constante sin “atarnos” a alguna teoría ni dar por terminado ningún discurso. Esto brinda la oportunidad para ejercitar y expandir nuestra escucha y comprensión a lo más importante, esto es, a las voces de los(as) consultantes, a sus historias y relatos y lo que estos significan.

Metafóricamente, diría que es convertir el espacio de la terapia como si fuese una liga, con la capacidad de ser flexible para conversar y relacionarnos desde distintas perspectivas, trayendo y llevando ideas que puedan ser colaborativas para el bienestar de las personas.

Como lo apunta Anderson (1999), lo que se propone es que dicha posición sea entendida como una disposición a ser informada(o), abandonando supuestos y estereotipos que pudiesen limitar las posibilidades o cerrar el diálogo en la terapia, y de igual manera se propone que sea vista como una respuesta sensible y de resistencia a la idea de que las voces profesionales designadas por la cultura de la psicoterapia, que por inclinarse hacia los discursos de las mayorías, sigan hablando por poblaciones que pueden estar en situación de marginación,

silenciando sus voces y decidiendo por ellas, si la terapia es necesaria, cómo y con qué finalidad tendría que hacerse.

Pollock (1993), indica que las palabras son campos de fuerza y que la heteroglosia, entendida como la variedad de expresiones y discursos que podemos generar con el lenguaje, contrabalancea las intenciones que tienden a querer fijarlo y limitar los significados. Por ello, como un recurso, la conversación y el diálogo aspiran a abrir espacios para nuevas descripciones y a activar a aquellas voces que han sido marginadas, encerradas o silenciadas por un lenguaje dominante (McNamee, 2001)

En resumen, lo que puntúo con todas estas ideas, es que, desde una mirada Posmoderna y Socioconstruccionista, la finalidad de la terapia es construir formas distintas de relacionarnos y conversar con los y las consultantes para crear, -mediante el lenguaje-, un mundo diverso de sentidos y comprensiones (Anderson, 1999). Es por medio del diálogo y la conversación que podemos aclarar nuestras ideas y considerar alternativas para todas las personas. Con una visión dialógica-conversacional de la terapia, es posible, además de valorar la pluralidad y la complejidad, reconocer la existencia de muchos y diferentes significados para cualquier evento de la vida (Tarragona, 2006).

Cabe destacar que esta visión dialógica-conversacional de la terapia es compartida por distintos(as) autores(as) y ha sido implementada en algunos lugares. Por ejemplo, Shotter (1995, 2001), menciona que vivir significa relacionarnos y participar en el diálogo, por lo tanto, el pensamiento está abierto a la consideración de ideas, creencias y opiniones distintas. Bajo esta noción, en la terapia, los(as) terapeutas tendríamos que ser capaces de construir y procurar que en cada sesión, haya la libertad de conversar sobre cualquier posibilidad. Cuando significamos una conversación o un diálogo como “estar con” en lugar de “hacer a”, practicamos una responsabilidad relacional, esto es, los entendimientos sobre una situación se construyen de

forma conjunta entre terapeutas y consultantes y se reflexiona también en cómo nuestras ideas, conductas y sentires están relacionadas con las de otras personas (McNamee, 2001; Olson et al., 2014).

Uno de esos lugares en donde, desde 1984, se ha concebido la terapia como un proceso dialógico-conversacional es el Hospital Keropudas en Tornio, Finlandia. La práctica dialógica implementada en ese lugar, conocida después en 1995 como Diálogo Abierto, posibilitó un cambio en la manera en que se manejaba la hospitalización de pacientes ingresados. Se transformó en un sistema psiquiátrico comprensivo con continuidad de cuidado dentro de un marco comunitario tanto para personas ingresadas como ambulatorias (Olson et al., 2014). A partir de ese cambio, tanto en Noruega como en Finlandia, el número de enfermedades mentales diagnosticadas y de camas ocupadas disminuyó considerablemente. En Finlandia, por ejemplo, se redujo de 320 a 63 el número de camas (Gergen, 2006; Seikkula, 1995, citado en McNamee, 2001).

En términos generales y tomando en cuenta el trabajo realizado en el Hospital Keropudas de Finlandia, considero que cuando introducimos en la terapia, además de una visión dialógica-conversacional, un marco comunitario, podemos transformar los sentidos que les damos al bienestar, al cuidado de la salud y a muchos conceptos más. Estos dejan de ser considerados como si fuesen una cuestión de responsabilidad individual para significarlos como una responsabilidad de tipo relacional-social, en donde todos y todas participamos y colaboramos de una u otra manera para que una persona pueda gozar o no de bienestar y de salud.

En ese sentido, los diálogos reduccionistas que suelen utilizar algunos enfoques terapéuticos, en los que se emplea el lenguaje para etiquetar a las personas como un problema, aislándolas y marginándolas de la vida social, dejan de tener sentido. En mi opinión, ahora los problemas son significados como situaciones que viven varias personas y no como algo que una

sola persona posee. Por lo tanto, en las conversaciones, el interés ya no está puesto en diagnosticar sino en que todas las voces estén presentes y contribuyan con sus ideas y experiencias en construir soluciones que puedan resolver las situaciones de toda una comunidad.

Es importante dejar claro que, de ninguna manera, esta postura de mirar la terapia como una práctica dialógica-conversacional significa estar en contra de los diagnósticos psiquiátricos. En múltiples ocasiones, estos posibilitan que las personas se sientan mejor al poder nombrar lo que les molesta, duele o estorba, además de que hay enfermedades que pueden tener una base neuroquímica, por lo que resulta necesario poner información al respecto que ayude a las personas a ampliar su perspectiva. La cuestión aquí, es estar alerta y evitar los usos y abusos de las etiquetas y las prácticas diagnósticas que oscurecen y limitan la inclusión de la otredad, es decir, las voces de tantas personas que no han sido tomadas en cuenta en el texto que se hace sobre ellas (Campero et al., 2014).

Para Olson et al. (2014), cuando escuchamos y respondemos en la terapia dentro de una práctica dialógica, damos cuenta de la co-existencia de voces y puntos de vista múltiples, diversos e igualmente válidos. En esta multiplicidad de voces, a lo que Bajtín ha nombrado como polifonía, hay lugar para cada voz, lo cual posibilita reducir significativamente el espacio entre los que supuestamente están enfermos y los que están bien. Lo que interesa en un espacio dialógico es que cada persona pueda compartir su perspectiva, incluso en aquellos temas donde puede haber tensión o contradicción. Ya no se trata de apresurarnos para llegar a conclusiones que terminan cerrando una conversación y con ello la posibilidad de generar otros significados, sino de seguir dialogando para construir cada día, otras maneras de pensar, de relacionarnos y de actuar en la vida.

Anderson (1999), distingue que esta práctica dialógica también incluye las conversaciones en silencio que tenemos con nosotros(as) mismos(as), las cuales son tan importantes como las

que tenemos con otras personas. La capacidad de hablarnos dialógicamente, expresada esta en los pensamientos, ideas y creencias que tenemos y en las preguntas que podríamos hacernos en relación a ellos, nos permiten cuestionar nuestras interpretaciones y contrastarlas con lo que hemos dicho y lo que podríamos decir, con lo que hemos hecho y lo que podríamos hacer. De esta manera, podemos repensar nuestras narrativas, expandirlas, reconsiderarlas, abandonarlas o entenderlas de manera distinta.

Como lo refiere Bajtín (citado en Bialostosky, 1993), para un contexto dialógico-conversacional no ha límites, es decir, no existe ni una primera ni una última palabra, ya que aún significados pasados no se finalizan ni se terminan de una vez por todas, sino que están continuamente en proceso de cambio. Para este autor, nada está totalmente muerto, cada significado puede ser convocado y vigorizado en un nuevo contexto, en una nueva conversación, por lo que, en cada sesión, consultantes y terapeutas podemos apropiarnos del lenguaje, esto es, significar cada palabra conforme la utilizamos, así, elegimos aquellas que están vivas para todos(as) los(as) que participemos de la conversación (Campero et al., 2014).

Para cerrar este tema, concluyo entonces que, desde una postura Posmoderna y Socioconstruccionista, son el lenguaje, la conversación y la relación, los que nos permiten significar y resignificar todo lo que vivimos. A través de este viaje de ideas, he puesto el acento en que estos tres elementos sean empleados colaborativamente en la terapia para poder co-construir con las personas mejores escenarios para sus vidas. Se trata de aperturar nuestra escucha y comprensión a los relatos de los(as) consultantes, a lo que les acontece, a sus pensamientos y sentimientos, con el propósito de crear con ellos(as), un mundo diverso de sentidos y significados que den voz a sus experiencias, haciéndolas no sólo más entendibles, sino también, factibles para fomentar nuevas posibilidades (Olson et al., 2014).

Terapeuta y Consultantes: Un Equipo Colaborativo

En otros apartados, he mencionado brevemente la manera en que la colaboración se significa en la terapia desde una postura Posmoderna y Socioconstruccionista, sin embargo, por su importancia, en este apartado, profundizaré en cómo los(as) terapeutas y consultantes, cuando trabajan como un equipo colaborativo, pueden hacer que el espacio terapéutico sea de utilidad, de cambio y de nuevas perspectivas. Como lo he hecho anteriormente, diferenciaré esta manera de concebir la relación terapéutica a la que la Modernidad usualmente tiene definida y de la cual señalaré a continuación algunas de sus nociones.

Comenzaré por distinguir que en la terapia psicológica de los modelos que se posicionan dentro de una tradición moderna, a los(as) terapeutas se les considera como observadores(as) objetivos(as) de la “realidad” de las personas y también como poseedores(as) de un conocimiento experto sobre la naturaleza humana, las personalidades individuales, así como de las conductas normales y anormales. Bajo estos supuestos y utilizando una autoridad otorgada por una comunidad científica-terapéutica y por la sociedad en general, suelen colocarse en la terapia frente a los(as) consultantes en una posición dualista y jerárquica, marginando, muchas veces, sus conocimientos al considerar que saben más que ellas(os) (Anderson, 1999; Colmenares, 2008). Desafortunadamente, en esa relación de poder, las vidas de las personas llegan a convertirse en receptoras, en objetos de conocimiento “profesional” (White, 2002a).

Gergen (2006), pone como ejemplo que las terapias conductistas, psicodinámicas, cognitivas y experimentales -y yo incluyo algunos modelos sistémicos-, contienen afirmaciones explícitas sobre la causa o raíz de las “patologías” o “problemas”, la localización de dicha causa y los medios para diagnosticarlas(os) y eliminarlas(os). En consecuencia, muchos(as) terapeutas entran a las sesiones con una narrativa bien desarrollada y a partir de dicha posición de autoridad,

el proceso terapéutico conduce a sustituir la historia de la persona imponiéndose la del/la terapeuta en turno.

Trayendo al texto otra experiencia terapéutica, recuerdo que, durante mi año de servicio social en el Hospital General de México, en las sesiones de “revisión” de casos clínicos, se comentó sobre la situación de una señora que estaba en terapia por el suicidio de su hijo. Mientras que un psicoanalista señaló que el suicidio era considerado como un acto de agresión hacia alguien, una especialista en tanatología refirió que la terapia tendría que centrarse en un trabajo de duelo y un psiquiatra apuntó a la medicación como tratamiento, sin embargo, de las necesidades de la consultante no se conversó. Ninguno(a) de los(as) que estábamos ahí preguntó o se interesó en lo que ella podría necesitar o esperar de la terapia. Como lo menciona Gergen, cada quien estaba, desde su modelo teórico, haciendo afirmaciones sobre la causa del problema o los tratamientos a seguir sin escuchar la voz de la consultante en el discurso.

Es por lo anterior que para las perspectivas Posmoderna y Socioconstruccionista, el concepto de objetividad como otros que ofrece la Modernidad, no resultan significativos en la terapia, ya que se tiene la consideración de que todas las personas, incluidas las y los terapeutas, tenemos valores personales, opiniones o preferencias teóricas que forman parte de nuestro estilo relacional. Por el énfasis que le dan al entrenamiento y a la ejecución de técnicas, muchos de los enfoques terapéuticos pasan por alto que la supuesta posición de neutralidad tiene consecuencias éticas y políticas, además de que muy pocas veces se transparentan las dudas o aspectos personales de los(as) terapeutas y en cómo estos participan en las conversaciones con los(as) consultantes (Campero et al., 2014; Gergen, 1996, 2006; Tarragona, 2006).

Dando cuenta de la relación que puede haber entre las construcciones terapéuticas y los valores sociales, Anderson (1999) y Gergen (2006), han enfatizado que privilegiar nuestras voces de terapeutas contribuye a perpetuar la desigualdad institucional al ignorar o apoyar diversas

generalizaciones. Gergen (2006), menciona que vivir en una tradición significa favorecer ciertos valores o un determinado modo de vida en detrimento de otros. En ese sentido y siendo sensible a ello, el Socioconstruccionismo busca retirar la autoridad suprema o el fundamento que pretende silenciar o eliminar la diferencia, haciendo un llamado, como lo señala White (2002a), a una relación de reciprocidad.

Así, en contraste a la forma jerárquica de concebir la relación terapéutica por parte de los modelos situados en la Modernidad, desde una mirada Posmoderna y Socioconstruccionista, los(as) consultantes(as) y terapeutas somos un equipo colaborativo, una sociedad conversacional. Las personas saben más sobre su vida que las explicaciones que una teoría puede dar, por lo cual, se valoran significativamente sus conocimientos, sus saberes y experiencias. La actitud terapéutica situada en una postura colaborativa muestra un interés por escuchar lo que las personas tienen y quieren decir. Tanto terapeutas como consultantes pretendemos generar conocimiento a través de una investigación compartida, en la que de forma conjunta, exploramos lo familiar y co-creamos lo novedoso. De esta manera, con una práctica y relación colaborativa, se disminuye el riesgo de explotar el poder social de la terapia (Anderson, 1999; Tarragona, 2006).

Para la Posmodernidad y el Socioconstruccionismo, cualquier perspectiva es importante, por lo tanto, los y las terapeutas que elegimos posicionarnos colaborativamente en la terapia, nos consideramos respetuosos(as) ante el o los predicamentos que puedan tener las personas. Alejándonos por completo de enfoques autoritarios que tienden a sugerir a los(as) consultantes lo que deben pensar o sentir, nos inclinamos hacia una oferta de ideas más igualitarias en donde se respeten las diferencias. Lo que se hace desde una postura colaborativa, es confiar en la capacidad de la conversación para liberar aquellas voces e historias que han sido silenciadas o ignoradas previamente. Para ello, se evita la utilización de un vocabulario deficitario, eligiendo

utilizar un lenguaje cotidiano que permita amplificar las habilidades, recursos y fortalezas que todos(as) tenemos (McNamee, 2001; Tarragona, 2006).

En esta visión de equipo colaborativo entre consultantes y terapeutas, se invita a que estos(as) últimos(as) muestren una postura pública de apertura y expresión de sus ideas, es decir, que estén dispuestos(as) a compartir sus conversaciones internas en vez de mantenerlas ocultas o veladas (Tarragona, 2006). Como lo señala Gergen (2006), los y las terapeutas contribuimos a través de nuestro quehacer a construir política, ideológica y moralmente la sociedad en la que vivimos, lo cual significa que las teorías con las cuales nos identificamos pasan a ser importantes o significativas no porque digan la verdad, sino porque llevan a resignificar y transformar las prácticas. Por ello, resulta cuestionable la idea de algunos modelos de terapia de que no se deban compartir los puntos de vista con los que se describe y explica lo que se hace en la terapia y lo que determina que un acto terapéutico sea legítimo.

Me parece que al compartir nuestras ideas, abrimos el diálogo para que los(as) consultantes puedan participar y construir con o a través de ellas algo que pueda resultarles de utilidad o no las tomen en cuenta y dejen de ser significativas para nosotros(as) como terapeutas. Esta invitación a una apertura y expresión pública de nuestras creencias, nociones o hipótesis la distingo como uno de los aspectos más significativos de la colaboración, que permite, además de lo anterior, contrarrestar que las teorías veladas u ocultas de muchos(as) terapeutas, -conocida como la agenda terapéutica-, guíen las sesiones o terminen en aplicaciones de técnicas sin que los(as) consultantes sepan el para qué de ellas. Al no colocar una teoría por encima de las voces de las personas ni dar por supuesto o por entendido lo que piensan o sienten o lo que pueden hacer o no hacer, se puede seguir colaborando y co-construyendo posibilidades.

En esta serie de invitaciones, Gergen (2006), nos invita a imaginar qué pasaría si se le dijese a un(a) consultante que tal vez existe algo más que un solo yo o realidad, más que una sola

explicación a una situación o un solo significado, y qué pasaría si se ampliaran las concepciones que se tienen de los conceptos de enfermedad, de los problemas y de la terapia, así como de aquellos relacionados con ella, como la ética, que es el tema del siguiente apartado. En mi opinión, vendría bien que este ejercicio reflexivo, dialógico y de cuestionamiento, lo hiciéramos de forma constante. Por ello, con la finalidad de que la participación y el diálogo sobre lo familiar y lo conocido puedan ofrecer nuevas perspectivas, nuevos significados, desde una postura colaborativa, se elige que tanto las preguntas como los comentarios que se realizan en las sesiones, sean desde la tentatividad y lo más parecidas a las que se dan en otras conversaciones cotidianas (Tarragona, 2006).

Cuando la relación entre consultantes y terapeutas deja de ser jerárquica y se transforma en una de colaboración, en donde ambos(as) se vuelven compañeros(as) en una conversación, es posible generar nuevos conocimientos, comprensiones y sentidos para cualquier situación. Al establecer un proceso colaborativo, se establece la oportunidad para que el diálogo fluya y para que los(as) consultantes, al narrar sus historias, puedan sentir y reconocer sus propias voces, su poder y autoridad. Es gracias a esta postura de relacionarnos y conversar colaborativamente en la terapia que el cambio puede construirse en una sola sesión, porque los(as) consultantes y terapeutas pueden trabajar como equipo para construir diferentes maneras de entender, explicar y dar sentido a las experiencias de la vida (Anderson, 1999).

La Ética en la Terapia desde una mirada Posmoderna y Socioconstruccionista

Por la importancia que se le otorga al ejercicio de la ética en la terapia y en la vida en general, finalizaré este capítulo ofreciendo una serie de ideas y cuestionamientos que la Posmodernidad y el Socioconstruccionismo tiene de ella y de la forma en que algunos modelos terapéuticos la aplican, teniendo como implicaciones principales, que muchas personas decidan sobre otras lo

que es mejor para sus vidas, sin que se tomen en cuenta sus necesidades, sus creencias e intereses, así como el contexto en el que viven.

Kaufhold (2001), menciona que, desde su inicio, la ética fue concebida y establecida para resolver los dilemas que pudiesen surgir de las interacciones entre las personas y que a través de un código, conformado por un conjunto de principios y reglas universales considerados por encima de cualquier contexto, se enmarcó y normó la práctica terapéutica. Distingo entonces que la ética, -supuestamente- se construyó para funcionar como un árbitro encargado de vigilar las praxis de las profesiones y desde luego de la terapia. Sin embargo, según Pérez (2003), ciertos planteamientos que forman parte de algunos modelos terapéuticos, al llevarse a cabo en términos de un “deber hacer absoluto”, se posicionan al mismo nivel que la ética, lo cual conlleva que los propios modelos se dejen de colocar como objeto de análisis de la misma.

Por ejemplo, Hirschhorn (1999), afirma que algunas teorías, que sirven como fundamento de muchos modelos terapéuticos, invisibilizan con sus discursos aspectos relacionados con el ejercicio de poder en los procesos de terapia, a pesar de los mandatos éticos, cuyos principios son el bienestar, la autonomía y la justicia. Como lo menciona Pérez (2003), hay posiciones teóricas ortodoxas que al asumirse como poseedoras de un saber incuestionable, validadas por diferentes escuelas y por un sistema de dominación institucionalizado, creen que los principios éticos son de su propiedad y bajo esa creencia, postulan sus saberes como verdades absolutas, como lo bueno y justo para todas las personas, trayendo como consecuencia que se imponga una sola manera de comprender el comportamiento humano y se nulifiquen otros saberes.

Para Anderson (1999), cada teoría terapéutica define la posición del o la terapeuta y lo que hace, por lo tanto, nuestras teorías influyen sobre cómo hablamos y actuamos, así como las intenciones de nuestros actos. Desde una postura crítica, podría preguntársele a cada teoría en qué es experto(a) el o la terapeuta, cuál es su posición respecto a la confidencialidad y a la ética en el

tratamiento, si es posible ser neutral y si reconoce la existencia de un contexto sociopolítico, económico y cultural, así como quién decide cuánto cambio es suficiente.

He de decir que durante mucho tiempo mi mirada estuvo situada en la Modernidad, en teorías psicológicas que aseguran cómo deben ser las personas, las relaciones, la crianza, las familias, las parejas, las sesiones, los tratamientos, la terapia, los(as) terapeutas, etcétera. Fui testigo y participante de ejercicios profesionales autoritarios, -diría yo-, sin ética, tanto en mi propio aprendizaje de la Psicología y la terapia como en el de otros(as) compañeros(as), al tener que aplicar técnicas e instrumentos psicológicos porque era parte de una evaluación y una “formación”, sin reflexionar en las necesidades de las personas, ni en el tiempo y el dinero invertido por ellas en cada sesión. Me pregunto, ¿de qué manera es ético privilegiar una prueba, una técnica, un diagnóstico o un modelo, en lugar de las voces de los(as) consultantes?, ¿qué cosas distintas se pudieron haber hecho desde un lugar de posibilidades? y ¿cuántas sesiones quizá no eran necesarias?

Siguiendo en esta línea de pensamiento sobre la forma de entender la ética en la terapia, pareciera que, de forma inamovible, los principios y reglas que la representan, tenían que ser comprendidas y aplicadas en todos los casos y momentos, sin distinción de la persona que las aplica y su forma de concebirlas, del contexto circundante y sin tomar en cuenta la opinión de los y las consultantes. Resulta paradójico que, desde algunas posiciones teóricas, bajo un supuesto marco ético, en mi opinión se determinen e impongan, por ejemplo, las edades en que deben darse ciertos eventos, las habilidades necesarias para lograr un éxito, la forma en que deben funcionar las parejas y familias, lo que es normal o no en las personas, etcétera, sin respetar su autonomía y lo que es bueno y justo para ellas y sin considerar un contexto social, económico, cultural, político y otros factores del cual formamos parte. Pareciera que todo aquello que no

forma parte de una supuesta verdad clínica, se limita, se invisibiliza o se desprecia (Kaufhold, 2001; Pérez, 2003).

Ante estas reflexiones y planteamientos hechos desde una postura Posmoderna y Socioconstruccionista, una de las respuestas de muchos(as) profesionales de la terapia psicológica, afines a ciertas teorías y modelos terapéuticos, ha sido la de cuestionarles a ambas posturas, su falta de apego a una ética universal. Sin embargo, valdría la pena señalar que la ética no es independiente de los procesos históricos, sociales, culturales, económicos y políticos de la humanidad y que sus principios y reglas no están racional ni lógicamente determinadas per se, dado que para que existiese en primera instancia una ciencia lógica, base de la ética, un grupo de personas tuvo que formular en consenso un conjunto de reglas, las cuales más que relacionarse con una verdad, lo están con la preferencia personal del grupo que las construyó (Hirschhorn, 1999; Pérez, 2003).

Al respecto y en consonancia con lo anterior, Gergen (2006), señala que cuando se trata cualquier afirmación como válida para todas las culturas y épocas, se deslegitima cualquier definición que se presente como alternativa. Por ello, el Socioconstruccionismo tiene como propósitos, por un lado, visibilizar el poder retórico de aquellos(as) que proclaman una verdad o una ética universal útil para todas las personas, y por otro, invitar a que se adopte una actitud de curiosidad infinita y de apertura hacia la idea de que las definiciones sobre distintos conceptos han sido construidas y que se pueden considerar otras perspectivas.

Para la Posmodernidad y el Socioconstruccionismo, la ética no surgió en lo abstracto sino mediante la relación y el lenguaje, por lo tanto, como muchos otros conceptos más, también es una construcción social. En consecuencia, ambas perspectivas nos exhortan a reflexionar la ética en la terapia con una mirada de compromiso y responsabilidad relacional, que permita, además de cuestionar todas aquellas ideas construidas que se han establecido como verdades inamovibles,

por ejemplo, el supuesto no saber de los(as) consultantes, los saberes absolutos del o la terapeuta, los usos de los diagnósticos, las nociones de normalidad y anormalidad, así como otros discursos totalizadores, abrir el diálogo y mantenerlo abierto para que todas las personas puedan participar en los temas que forman parte de sus vidas y de una comunidad (Pérez, 2003).

Kaufhold (2001), distingue que cuando la ética es vista como un proceso, en lugar de indicar lo que se debe o no hacer en la terapia, se amplía para contemplar las intenciones, creencias y aspiraciones sobre los procesos relacionales. Tomando en cuenta esto, Kaufhold refiere que como un acto de responsabilidad relacional, el rol de los(as) consultantes en la toma de decisiones tendría que estar en el mismo nivel que el de los(as) terapeutas, de tal forma que sean partícipes sobre lo que es o no ético para sus propias vidas. Para ello, la postura de estos(as) últimos(as), tendría que invitar y colaborar de forma abierta y sin censura con las y los consultantes en la construcción de ideas que tengan sentido y sean consideradas buenas por ellos(as) mismos(as).

Al respecto, John Shotter (citado en Chaveste & Molina, 2017), también desde una postura de responsabilidad y ética relacional, propone que en lugar de pensar acerca de las relaciones, pensemos dentro de las relaciones, incluyendo todos los encuentros y conversaciones que tenemos con otras personas en la terapia. Esto significa tener presente, como lo menciona Pérez (2013), que cada conversación no sólo es construida por los y las participantes de la misma, sino también, por los marcos de referencia que cada uno(a) tenga. Considerando entonces que como personas somos entidades relacionales con diferentes perspectivas, se les podría preguntar a aquellos(as) terapeutas que utilizan discursos de déficit o exclusión, de qué manera eso es ético y qué conversaciones se construirían si su posición fuera diferente o cómo mirarían otros(as) terapeutas lo que están construyendo en la conversación.

Retomando una de las experiencias que anteriormente describí, sobre el comentario que una consultante hizo de lo bien que le estaba funcionando un curso, imaginemos por un momento, qué conversaciones y qué relación terapéutica se hubiesen construido si yo hubiese seguido los comentarios de algunos(as) compañeros(as) y de la supervisión de que faltaba mayor dirección y posicionamiento en el trabajo terapéutico. Muy probablemente, la terapia se hubiese transformado en un espacio jerárquico y autoritario, con conversaciones que terminarían nulificando a la consultante, a sus recursos, habilidades, capacidades y fortalezas.

Kaufhold (2001), trayendo a cuenta las reflexiones de Anderson, Hoffman y Goolishian, indica que en lugar de utilizar de modo radical un modelo de terapia o técnica para controlar la conversación en una sesión, podríamos comenzar por conocer el mundo de las personas a través de sus voces, de la forma en que lo han significado. Cuando una conversación nace del respeto mutuo, del interés y la voluntad de parar el impulso de otorgarle más valor a una perspectiva sobre otra, cuando honramos a las personas y al lugar donde las encontramos y cuando favorecemos espacios para construir tantas ideas como sean posibles, cosas increíbles suceden y la ética puede significar algo más que un conjunto de principios. Como proceso, se convierte en una mirada que abraza la competencia y el respeto por las voces de los(as) consultantes.

Es importante que puntualice que esta manera de concebir la ética como una postura de respeto y de responsabilidad relacional, no significa que necesariamente se compartan los puntos de vista de los(as) consultantes o se esté de acuerdo en la manera en que eligen actuar o relacionarse. Como ya señalé anteriormente, no hay manera de ser neutral en la terapia, ya que como cualquier otra persona, los(as) terapeutas tenemos valores, opiniones, experiencias, formas de vivir, de pensar, de sentir y de relacionarnos que pueden ser más o menos afines a los de los(as) consultantes o totalmente opuestos. La cuestión aquí es cómo mostrar y mantener esa postura de respeto y de responsabilidad relacional y por tanto de ética, ante discursos, acciones,

actitudes, etcétera, en los que estamos en desacuerdo o que incluso nos resultan inadmisibles, sin que nuestros comentarios y/o preguntas falten o se alejen de dicha postura.

Ante este dilema, Pérez (2003), comparte que asumir una postura de respeto, implica utilizar un término que quizá es poco utilizado por algunos enfoques terapéuticos, esto es, la transparencia o como Anderson (1999) prefiere llamarle, el hacer público. Estos conceptos hacen alusión a que en lugar de esconder nuestros valores, miedos, prejuicios, experiencias, etcétera, así como las ideas y opiniones que tenemos sobre ciertos temas y situaciones, como se estila en otros modelos, usualmente para dirigir la terapia y proteger la figura de “experto(a)” del o la terapeuta, los mostremos, transparentemos o hagamos públicos para que se vuelvan parte de la conversación y con ello, se pueda reflexionar, cuestionar, resignificar o construir otros sentidos. Desde una mirada Posmoderna y Socioconstruccionista, esto le permite a la terapia ser un lugar de apertura y flexibilidad para que todas las voces puedan participar y dialogar sobre cualquier tema (Anderson, 1999).

Así, mediante la transparencia o el hacer público, es posible, además de evitar los deber ser y resolver los dilemas en la terapia, mostrando en acción nuestra postura ética ante ellos, facilitar ejercicios de responsabilidad, de reconocimiento de diferencias y de elección, ya que como menciona Gergen (2006), no existe ninguna terapia que no dependa de determinados valores. Para Kaufhold (2001), las ideas son poderosas, por lo que aquellas que son retenidas intencionalmente porque el o la terapeuta considera que los(as) consultantes no necesitan saberlas, es falta de ética. En ese sentido, la transparencia, el hacer público o como lo retoma Kaufhold (2001), la honestidad durante las conversaciones con los(as) consultantes, es otro elemento a considerar como parte de un proceso ético.

Ahora bien, no se trata que esta forma de entender la ética desde la Posmodernidad y el Socioconstruccionismo sea vista como la verdadera o la mejor, sino de ofrecer una serie de ideas

que inviten a reflexionar que en el acto de “ser” terapeutas o investigadores(as) va implícito lo que “somos” como personas, es decir, nuestras experiencias, costumbres, teorías y valores preferidos, con todo lo que esto implique. Es recordar y dar cuenta, sin demeritar el valor que tiene la realización de cualquier terapia o investigación, ni la producción de saberes a partir de ellas, que nuestras preferencias están presentes en la manera en que elegimos ejercerlas (Hirschhorn, 1999). Retomando a Gergen (2006), lo que está en juego no es determinar cuál es la única ética correcta sino de dar a las personas los medios para actuar con mayor holgura.

En la terapia no tendrían que estar fijos e inamovibles, ni mucho menos ajenos a un contexto sociopolítico, económico y cultural, los conceptos y temas que están relacionados con ella, como el número de sesiones, los costos y los horarios, las personas que asisten, la idea del cambio, el rol de los(as) consultantes y del/la terapeuta, entre muchos otros. Éticamente habría que considerar las necesidades que tiene una sociedad, así como las desigualdades y la marginación en las que viven muchas personas, por lo que, en lugar de pretender posicionarse en el centro de la vida de las personas, la terapia, desde una perspectiva Posmoderna y Socioconstruccionista, se inclinará sensiblemente a la reflexión sobre nuestras acciones en el espacio terapéutico y en cómo estas pueden beneficiar en la construcción de múltiples formas de vivir y relacionarse comunitariamente, en donde el límite es la no tolerancia a la violencia (Pérez, 2003).

Finalmente, como lo señala White (2002a), mirar la ética desde una mirada Posmoderna y Socioconstruccionista, permite visibilizar principalmente los riesgos de privilegiar el micromundo de la terapia por encima de las vidas de las personas y de sus contextos. Hoy, posicionándome en ambas miradas, elijo privilegiar las voces de los(as) consultantes y que sea mediante un trabajo colaborativo, el camino por el cual se co-construya lo que ellos(as) consideren mejor para su bienestar.

Con esta distinción de ideas cierro este capítulo que hace referencia a la manera en que la Terapia Psicológica es entendida por las perspectivas Posmoderna y Socioconstruccionista, para continuar con el tema principal de este trabajo de investigación: la Terapia de Atención Inmediata.

Capítulo 4: La Terapia de Atención Inmediata

La Terapia de Atención Inmediata es un servicio terapéutico que poco a poco ha ido posicionándose en varios países, facilitando -a través de su implementación- que algunos de los desafíos que presentaban las clínicas de salud en distintas comunidades -como el aumento en la demanda cuyo efecto genera largas listas de espera- pudiesen ser resueltos. A través de algunas publicaciones, en donde se han documentado los beneficios que ha otorgado su aplicación en diversos contextos y situaciones, se ha podido avanzar cada vez más en su difusión y en su consideración como un servicio terapéutico útil.

Para su presentación en este capítulo utilizaré tres apartados; en el primero hago una exposición de los antecedentes que posibilitaron su construcción así como las premisas básicas que la sustentan. Posteriormente, en el segundo apartado, abordo tres de los enfoques terapéuticos que forman parte de su marco teórico y su metodología de trabajo: el modelo de terapia enfocado en soluciones, los equipos de reflexión y la terapia narrativa. Concluyo el capítulo con un tercer apartado en el que presento las investigaciones que se han realizado y que documentan su aplicabilidad.

Antecedentes y Premisas Básicas de la Terapia de Atención Inmediata

Los antecedentes de inicio de la Terapia de Atención Inmediata, de acuerdo a Slive y Bobele (2011), se ubican a finales de los años 60s y principios de los 70s en el Walk in Counseling Center del TeenAge Medical Service (TAMS), de Mineápolis, Minnesota, en Estados Unidos, con la idea de ofrecer un servicio médico y de terapia psicológica gratuito para jóvenes que habían escapado de sus hogares o que estaban en situación de marginación. El nombre de Walk in Counseling Center o Centro de Terapia de Atención Inmediata se eligió así, con la finalidad de diferenciar que en este tipo de servicio, no se requería cita.

Extendiéndose poco a poco en otros países, en Canadá, en 1990, el Wood's Homes Eastside Family Centre (EFC) de Calgary, fue el primer centro en proporcionar un enfoque de atención inmediata en la prestación de servicios de salud mental a la comunidad, teniendo como principios rectores -compartidos también por el South Calgary Health Center-, que el servicio fuera física y económicamente factible y accesible, que estuviera disponible de inmediato para todas las personas de cualquier edad, que se basara en un enfoque igualitario de terapia, que fuera propiedad de la comunidad y que sirviera a esta como una red de seguridad más grande, en la cual pudiesen apoyarse escuelas, hospitales, policía y familias en general (Harper-Jaques et al., 2008; Miller & Slive, 2004; Slive & Bobele, 2011).

Sobre esto último, para mantener la filosofía orientada a la comunidad, el EFC tuvo que crear vínculos con sistemas de salud mental, clínicas y salas de emergencias hospitalarias de la zona y optimizar los recursos humanos derivados de esos vínculos, es decir, con los y las terapeutas que se comprometieron a brindar consultas ahí y a “formar” y/o “supervisar” en el modelo de atención inmediata a residentes en psiquiatría, psicólogos(as) estudiantes de posgrado y profesionales que requerían horas supervisadas para obtener su licencia (Harper-Jaques et al., 2008; Slive & Bobele, 2011).

Justo la gestión de esos recursos humanos fue uno de los cambios más significativos que se hicieron durante ese proceso. Como parte de este, a los(as) consultantes se les avisaba sobre la posibilidad de no encontrarse con el o la mismo(a) terapeuta en el caso de sesiones sucesivas, ya que el propósito era brindar el servicio con los(as) terapeutas que estuviesen disponibles. De esta forma, se comenzó a desarrollar una relación entre los(as) consultantes con todo el servicio en su totalidad, lo cual implicó que la relación terapéutica se definiera como algo más amplio que abarcaba no sólo a los(as) terapeutas y a los(as) consultantes sino también al personal de la recepción y al equipo terapéutico que pudiese haber en ese momento (Slive & Bobele, 2011).

Gracias a esta filosofía de vinculación, gestión de recursos y trabajo comunitario, el servicio de atención inmediata pudo convertirse, además de un medio de “formación” para terapeutas, en un posibilitador de una red más amplia de recursos de salud para las personas. Mediante este enfoque pudo ser factible transformar el tiempo “libre” que tenían los(as) terapeutas cada vez que un(a) consultante no asistía a cita previa en un tiempo productivo, logrando con ello que fuera más fácil la disposición y la accesibilidad de la atención terapéutica (Slive & Bobele, 2011).

Actualmente, tanto el Walk in Counseling Center de Mineápolis como el Eastside Family Centre de Calgary, siguen funcionando. También existen clínicas de salud mental de atención inmediata en Inglaterra, Irlanda, Australia, Jamaica, Zimbabwe e Israel, entre otros países (Slive & Bobele, 2011).

Pero ¿qué fue lo que facilitó que se construyera esta visión tan distinta de modalidad de servicio de terapia? Uno de los motivos que propició la implementación de la Terapia de Atención Inmediata en el Wood's Homes Eastside Family Centre (EFC) de Calgary, es que podían pasar meses antes de que una familia estuviera al principio de la lista de espera, para después, sólo tener una cita de orientación. Solía suceder que las personas no llegaran a la cita o incluso, cuando se les llamaba a los(as) padres/madres para confirmar su cita, estos(as) ya habían olvidado que estaban en dicha lista. Para modificar estos aspectos de inaccesibilidad fue que se hicieron todas estas implementaciones. Así, las personas podían llegar y tomar una sesión de una hora sin hacer cita, ni evaluación o algún proceso administrativo (Slive & Bobele, 2011).

Es importante hacer mención que esta situación de inaccesibilidad en relación a la lista de espera, así como otros factores que pueden complicar que alguien reciba los servicios médicos y psicológicos que solicita, no ha sido exclusiva de Canadá, ya que también se vive de forma recurrente en nuestro país. De acuerdo a Berenzon et al. (2013), uno(a) de cada cuatro

mexicanos(as), de entre 18 y 65 años, ha presentado un problema, o como las autoras lo llaman, un trastorno mental, en algún momento de su vida, pero sólo uno(a) de cada cinco ha recibido tratamiento ante la solicitud de un servicio. Estas autoras han planteado que de 4 a 20 años, es el tiempo que demoran las personas en nuestro país en recibir atención en un centro de salud y que esta al ser inoportuna, tiene efectos negativos no sólo en lo individual, sino también en la familia y en la sociedad.

De forma específica, en la Ciudad de México, Tena-Suck (2017), afirma que se ha presentado un aumento en la demanda de servicios de salud mental sin que se haya incrementado paralelamente la capacidad de atención. De acuerdo a este autor, en México, como en otros países de América Latina, los recursos humanos destinados para esta área son insuficientes, concentrados en la mayoría de los casos en hospitales psiquiátricos, a pesar de que las últimas políticas y acciones mundiales consideran que la atención primaria debe estar centrada en la salud mental comunitaria.

Considerando el aumento en la demanda de los servicios de salud mental y la falta de recursos físicos y humanos para atender las necesidades de una población, como lo ha señalado Tena-Suck, aunado a las circunstancias descritas -en el primer capítulo-, que participan en la deserción terapéutica, la cual puede presentarse en cualquier momento durante los procesos, la atención inmediata y la brevedad de la terapia, además de tener un valor terapéutico claro, al posibilitar que los(as) consultantes puedan conseguir beneficios lo antes posible con el menor costo, permite también que se pueda atender a un mayor número de personas que están solicitando un servicio (Gómez, 2013), lo que a decir de Miller (2008), puede actuar como una válvula de seguridad para cualquier comunidad, al ofrecer en el mismo día un espacio de escucha y atención a las preocupaciones de las personas.

La propuesta entonces, a través de un servicio de atención inmediata como el que presento en este proyecto doctoral, es que cualquier persona que acuda en busca de un tratamiento terapéutico, pueda contar con un servicio profesional eficiente, accesible y de bajo costo, que le provea en la mayor medida posible, alternativas de solución para sus situaciones o “problemas”, evitando atenerse a prácticas arbitrarias que desestiman conocimientos y herramientas actualizadas y efectivas, por priorizar una filiación teórica o institucional que implica costos en diversos aspectos para las personas que solicitan un servicio psicológico (Benito, 2009).

En la Terapia de Atención Inmediata (*walk in* o sin cita), se adopta y se trabaja con la premisa principal de que una sola hora de sesión puede llevar a un cambio significativo, incluso para cuestiones que algunas personas piensan que tardarían mucho tiempo. Esta noción sobre el cambio en tan poco tiempo es porque se considera que este no sólo es inevitable sino también constante, es decir, se construye en los discursos, en las prácticas y en las relaciones, sólo que no damos cuenta de él, por lo tanto, el planteamiento que hacen algunos modelos terapéuticos de que hay una correlación directa entre la severidad y/o duración de un problema con el tiempo que puede durar una terapia, no resulta significativo desde esta perspectiva (Slive & Bobele, 2011, 2012). Si la vida es dinámica, cualquier discurso que haga alusión de que algo se pueda mantener en las mismas condiciones resultará cuestionable.

Asimismo, otra premisa que se sigue en la Terapia de Atención Inmediata es que únicamente tenemos el aquí y el ahora y que cada caso tiene el potencial de ser una sesión única. Sin la pretensión de imponer un modelo de normalidad y sin asumir que la terapia requiere de una sola sesión o de muchas, lo que se propone es que los(as) consultantes sean los(as) que decidan cuándo tienen un problema y cuándo dejan de tenerlo, así como cuándo asistir a una terapia y cuándo dejar de hacerlo. Luego entonces, creemos que lo más importante en cada sesión, sea una o más, es co-construir con las personas una conversación que permita visibilizar sus recursos y

capacidades. Lo que se entiende como resultado positivo es definido por los(as) consultantes; son ellos y ellas los(as) que saben lo útil o favorable que les resultó la sesión de terapia (Gómez, 2013; Slive & Bobele, 2011, 2012).

En consonancia con lo anterior y dando voz a los(as) consultantes, la mejor forma de conocer si el servicio brindado resultó significativo y de utilidad es conversándolo con ellos(as). Como lo señalan Slive y Bobele (2011, 2012), se asume como práctica común que sean los(as) consultantes quienes nos guíen en cómo ser de mayor ayuda y para no dar por sentado algo, a mitad de la sesión, se suele preguntar si lo que se está conversando les está siendo útil y si hay algo que consideren que no se ha hablado y que valdría la pena hacerlo. Lo que se pretende en la Terapia de Atención Inmediata es que cada sesión sea vista como un bufete de ideas, en donde cada consultante pueda elegir las que le parezcan con mayor sentido (N. Rentería, comunicación personal, Octubre 07, 2019).

Así, cada sesión es considerada como una terapia completa en donde se tiene la misión de que los(as) consultantes salgan con la sensación de haber sido escuchados(as) y comprendidos(as) y con la esperanza y una mayor conciencia de sus fortalezas y recursos. En ese sentido, conocer las expectativas que puedan tener las personas en relación a la terapia y las acciones que puedan llevar a cabo para lograr cambios y alcanzar metas, son de suma importancia. Se reflexiona que la colaboración que podamos hacer con nuestros(as) consultantes en la realización de cambios “pequeños”, viables de hacer, puede ser una gran diferencia y un motor para realizar más. Preguntas sencillas como: ¿qué le gustaría obtener en la sesión de hoy?, ¿qué tendría que ocurrir en esta sesión para que usted diga que valió la pena asistir? o ¿cómo sabremos que al final de la sesión, esta le fue útil?, colaboran en conocer lo que las personas quieren y esperan de la terapia (Miller, 2008; Slive & Bobele, 2011).

Posiblemente algunos(as) terapeutas cuestionarán las ideas o premisas que he descrito sobre la Terapia de Atención Inmediata; quizá estarán en desacuerdo con el concepto del cambio que se plantea y/o que una sola sesión pueda ser suficiente para que las personas lleguen a solucionar una situación. Incluso dirán que esto último es imposible porque el cambio no se puede construir en una sola hora. Sin embargo, las respuestas y las ideas relacionadas con la noción de que una terapia “debe” ser larga para lograr un “buen” resultado, puede no coincidir con lo que muchas personas buscan, esto es, que la terapia sea lo más breve posible (Slive & Bobele, 2011).

Al respecto, me pregunto: ¿De qué manera lo que esperan los(as) consultantes de la terapia y la teoría y metodología de trabajo de los(as) terapeutas se relacionarán y formarán parte de lo que se construya en la primera sesión y en las sucesivas? Me parece que muchas veces no se otorga la suficiente importancia a escuchar y saber lo que las personas desean y esperan cuando llegan a cada sesión. Se da por supuesto que van a poder y querer asistir a una terapia durante meses o años. Como ya lo expuse en el tema de la deserción terapéutica, algunos(as) consultantes no regresan a terapia después de la primera sesión porque esta no cumplió con sus expectativas, porque no les resultó posible seguir asistiendo debido a varios factores o simplemente porque una sesión fue lo suficientemente útil para no tener que regresar una vez más, muy a pesar de las ideas que algunos(as) terapeutas puedan tener sobre el cambio.

Desde mi perspectiva y quizá este sea otro punto en el cual, de nueva cuenta, algunos(as) terapeutas no van a coincidir, el poder está en los(as) consultantes; las personas saben cuándo necesitan ayuda y lo que es mejor para ellas. En la Terapia de Atención Inmediata, la gente tiene conocimientos, habilidades y destrezas para la solución de situaciones que puedan considerarse como un problema o dificultad. Con la premisa: “el problema es el problema”, tomada de la Terapia Enfocada en Soluciones y de la Terapia Narrativa, se hace la distinción de que los

problemas son atribuciones de significado construidos que pueden modificarse en cualquier momento y no cosas que están dentro de las personas como esencias inmutables (Slive & Bobele, 2011, 2012).

Para el enfoque de la Terapia de Atención Inmediata, son los recursos y fortalezas de las personas, la conversación durante la sesión y la relación terapéutica establecida en ese momento, las que facilitan el cambio. Sin ninguna imposición, se reflexiona con las personas sobre cómo enriquecer las posibilidades y soluciones, así como sus saberes y experiencias. Cuando en la conversación preguntamos a los(as) consultantes qué han hecho para evitar que la situación o situaciones que describen como un problema no dominen sus vidas por completo o qué les ha dado fuerza para salir adelante, damos cuenta de sus recursos y de los esfuerzos de cambio que han hecho. Lo que se hace es confiar en que las personas son capaces de imaginar, de construir y de moverse para tener un mejor escenario para sus vidas (Campero et al., 2014; Slive & Bobele, 2012).

Lo que pretende la Terapia de Atención Inmediata es ofrecer un servicio terapéutico accesible, efectivo y económico a cualquier persona que lo solicita, que sirva además como un recurso en el que sea posible que otras instituciones se apoyen para resolver los aspectos de inaccesibilidad que puedan tener en la atención terapéutica y que actúe también como una red o válvula de seguridad comunitaria, al proporcionar a las personas un lugar en el cual puedan ser escuchadas en el momento en el que lo necesitan.

Se trabaja con las ideas de que todos(as) los(as) consultantes cuentan con habilidades, fortalezas, experiencias, saberes, capacidades, etcétera, que han sido útiles en otros momentos y circunstancias y siguen siéndolo, y que teniendo conversaciones que los(as) distinguen, una sola sesión puede ser suficiente para que como equipo colaborativo, terapeutas y consultantes puedan co-construir posibilidades que permitan mirar las situaciones de forma distinta o solucionar lo

que se considere como un problema. Finalmente, se considera que son las personas las que saben y las que tienen que decidir cuándo asistir a terapia o ya no hacerlo, así como lo que es mejor para ellas y sus vidas.

Marco Teórico y Metodológico de la Terapia de Atención Inmediata

El marco teórico y la metodología de trabajo de la Terapia de Atención Inmediata proviene de distintos enfoques terapéuticos situados epistemológicamente en lo Posmoderno y Socioconstruccionista, en el Posestructuralismo y en otras líneas de pensamiento. Estos son el Modelo de Terapia Enfocada en Soluciones, los Equipos de Reflexión, la Terapia Narrativa y la Terapia Colaborativa (Slive & Bobele, 2011). Para su conocimiento, exceptuando las ideas de la Terapia Colaborativa de Harlene Anderson, con las cuales construí y expliqué el capítulo tres por considerarlas más una postura terapéutica que un modelo como tal, en este apartado distinguiré lo que me parece que son las líneas de pensamiento principales y los recursos terapéuticos más importantes de estos modelos de terapia.

Antes de comenzar con la presentación, he de decir que si bien cada uno de estos modelos tiene su particular forma de concebir la terapia y todo lo que se relaciona con ella, hay puntos de encuentro entre ellos tanto en lo teórico como en la metodología de trabajo. Al converger en una mirada que respeta y confía en que las personas pueden crear otras realidades en sus vidas, algunos de los recursos terapéuticos de estos enfoques, -a mi parecer-, llegan a compartir ciertas similitudes, lo cual le brinda a la Terapia de Atención Inmediata, la flexibilidad para poder moverse entre estos y ofrecer un mejor servicio sin comprometer su postura.

Considerando que quien lee esta investigación pudiese estar interesado(a) en conocerlos, aquí los presentaré de forma individual, sin embargo, la intención de ello no es que se les mire como caminos separados o inamovibles sino como unos que se entrecruzan y se dinamizan en las

conversaciones. Dicho lo anterior, daré inicio con la descripción del modelo de terapia enfocada en soluciones.

Modelo de Terapia Enfocada en Soluciones

El Modelo de Terapia Enfocada en Soluciones (MTES) que aquí voy a presentar, es una propuesta terapéutica que tiene como propósito que los(as) terapeutas y consultantes puedan co-construir soluciones y una realidad distinta lo más pronto posible, basándose en el cambio permanente que está presente en nuestras vidas. Este modelo es el entretendido de ideas construido a partir de la Terapia Breve Centrada en Soluciones, desarrollada principalmente por Steve de Shazer e Insoo Kim Berg en el Centro de Terapia Familiar Breve de Milwaukee (BFTC en inglés) y de la Terapia Orientada a las Soluciones de William O'Hanlon y Michele Weiner-Davis (O'Hanlon, 1999; O'Hanlon & Weiner-Davis, 1989).

Las líneas de influencia tanto de la Terapia Breve Centrada en Soluciones como de la Terapia Orientada a las Soluciones, provienen del enfoque de Milton Erickson, de la Terapia Breve Centrada en Problemas del MRI (Mental Research Institute) y del Constructivismo (O'Hanlon, 1999; O'Hanlon & Weiner-Davis, 1989), aunque también diría que del Socioconstruccionismo, por su noción de que la realidad se construye y por el valor que se le otorga a la interacción lingüística para generar un mundo de significados a las cosas.

Teniendo en cuenta entonces que este Modelo de Terapia Enfocada en Soluciones (MTES) que aquí presento es un entretendido de la Terapia Breve Centrada en Soluciones y de la Terapia Orientada a las Soluciones, las líneas de influencia de estas también forman parte de él. En ese sentido, comienzo por decir que de Milton Erickson, se retomó la idea de la terapia como un proceso breve, su orientación hacia el futuro y su método naturalista. Para Erickson, todos y todas, sin excepción, tenemos los recursos necesarios para establecer cambios todos los días. Por ello, en la terapia, en lugar de centrarse en las explicaciones del problema, lo que hacía era

interesarse en las soluciones, en que los(as) consultantes hicieran “algo” para modificar su situación. De ahí que en el MTES se valore, respete y confíe en las capacidades y aptitudes de las personas para poder superar dificultades y resolver cualquier inconveniente (O’Hanlon, 1999; O’Hanlon & Weiner-Davis, 1989).

Así, a partir de estas ideas de Erickson, el Modelo de Terapia Enfocada en Soluciones (MTES) construyó una de sus premisas principales: todos y todas somos capaces de construir soluciones sobre la base de nuestros recursos y logros personales, lo cual contrasta sin duda con la idea terapéutica de que a los(as) consultantes les pasa algo que el o la terapeuta debe tratar y curar (De Shazer, 1997). De igual manera, la pregunta del milagro que utiliza el MTES, que explicaré posteriormente, tiene su inspiración en la orientación hacia el futuro de Erickson. Esta posibilidad que las personas puedan viajar hacia el futuro e imaginen cómo sus dificultades pueden estar resueltas, visión que se centra más en la solución que en el problema (O’Hanlon, 1999; O’Hanlon & Weiner-Davis, 1989).

Ahora bien, del trabajo realizado por el grupo del Mental Research Institute (MRI), el Modelo de Terapia Enfocada en Soluciones (MTES) adoptó su pragmatismo, significado esto, como el llevar a cabo una terapia orientada a metas alcanzables, que procure ser lo más práctica, simple y económica posible. Alejándose por completo de la idea de buscar la patología subyacente, de promover el insight o de buscar patrones de interacción en torno a la queja para interrumpir la secuencia del problema, como lo hacía el MRI, el MTES se avocó a identificar lo que sí funciona con el fin de amplificarlo. Desde este enfoque pragmático, cualquier cosa que se haga y sea considerada por la persona como adecuada, funcional, eficaz, buena, etcétera, es utilizable para construir soluciones (De Shazer, 1986, 1987, 1997; O’Hanlon & Weiner-Davis, 1989).

Finalmente, del Constructivismo y agrego también del Socioconstruccionismo, el Modelo de Terapia Enfocada en Soluciones (MTES), tomó una postura de evitar pensar en la terapia como una forma de arreglar algo que está descompuesto o enfermo, acercándose más hacia una de esperanza y posibilidades, de atribuciones de significados, así como de realidades construidas. Justo la idea de la “muerte de la resistencia”, que resulta importante para el MTES, es un planteamiento que hace alusión a las realidades y a los significados construidos. A diferencia de algunos modelos terapéuticos que, basados en el pensamiento moderno, afirman la existencia de muchos conceptos, entre ellos, el de la “resistencia” de los(as) consultantes al cambio durante la terapia, para el MTES no hay tal. La resistencia es sólo una atribución de significado que alguien hace, por lo tanto, no se le tiene que observar ni evitar (Cade & O’Hanlon, 1993; De Shazer, 1984, 1987; Hoffman, 1989).

Para el Modelo de Terapia Enfocada en Soluciones (MTES), no hay una sola realidad sino muchas formas posibles de dar sentido y significado a las cosas y a los hechos que se viven y de responder tanto conductual como afectivamente. En el MTES se tiene claro que los marcos de creencias de las personas son eso, sólo marcos y no realidades. En ese sentido, se pueden construir otras formas de significar, de relacionarse y de vivir (Cade & O’Hanlon, 1993; De Shazer, 1984, 1987; Hoffman, 1989). Como lo menciona De Shazer (1997), nombrar “problema” a una circunstancia, situación, acontecimiento o evento, sólo es una manera de muchas otras que se pueden utilizar para dar sentido a lo que nos ocurre en la vida.

De forma general, subrayo entonces que con estas líneas de pensamiento, que desafían muchos de los supuestos compartidos por algunos modelos tradicionales, los cuales dan énfasis a las explicaciones y patologías, se pudieron construir lo que distingo que son las principales premisas del Modelo de Terapia Enfocada en Soluciones que a continuación presento (De Shazer, 1986, 1997; O’Hanlon, 1999; O’Hanlon & Weiner-Davis, 1989):

- Las personas cuentan con recursos y fortalezas para solucionar cualquier situación o circunstancia que sea referida como un problema.
- El cambio no sólo es posible, es inevitable y constante.
- Es imposible tener una situación o “problema” todo el tiempo y en todo lugar.
- Para resolver una situación, no hace falta conocer su causa.
- Los y las consultantes definen los objetivos en la terapia.
- Es posible construir cambios con rapidez.
- Lo importante es lo que se puede cambiar; hay que centrarse más en la solución, en lo que es posible.
- La labor de la terapia es promover la tendencia hacia el cambio “positivo” y estimularla.
- Si algo funciona, hay que seguir haciéndolo.
- La resistencia no existe; las personas desean cambiar.
- Para iniciar la solución de una situación o de un “problema”, es importante que las personas hagan algo. Se invita a realizar cambios mínimos dado que una vez que estos inicien, otros se generarán de forma inevitable.
- No hay una única forma "correcta" de ver las cosas.

En resumen, estas premisas son las que sustentan el trabajo terapéutico del Modelo de Terapia Enfocada en Soluciones y desde ellas, es posible ofrecerles a las personas una terapia que sea sencilla, breve y efectiva. En los procesos terapéuticos se enfatiza lo que funciona y los momentos en que las cosas marchan favorablemente, así como los recursos y las capacidades de los(as) consultantes para poder lograr un cambio lo más pronto posible. Steve de Shazer acostumbraba emplear la analogía de una ganzúa para describir lo poderoso de estas ideas; solía decir que lo que importa es la llave que abre la puerta y no la naturaleza de la cerradura, por lo

que no es necesario entender lo anterior si se tiene una ganzúa que se ajuste a muchas cerraduras diferentes (De Shazer, 1986, 1987, 1997; O'Hanlon & Weiner-Davis, 1989).

De igual forma, William O'Hanlon consideraba que era posible generar procesos terapéuticos efectivos y breves, incluso de una sola sesión, si el trabajo se orienta hacia conversaciones que se centren en la cooperación, en la construcción de posibilidades, de cambios y de diferencias, en la distinción de aptitudes, de capacidades y de logro de objetivos, así como de responsabilidad personal (O'Hanlon, 1999).

Me parece que esta forma de mirar la terapia, con una visión de que las personas pueden hacer cambios en cualquier momento con los recursos que tienen, permite resignificar la posición de déficit que usualmente le dan algunos modelos a los(as) consultantes. En lugar de considerarlos(as) como seres incapaces o enfermos(as) que tienen que seguir las indicaciones de los(as) terapeutas, que en mi opinión sólo provoca que los procesos de terapia se alarguen y compliquen, se elige una postura que apuesta por la agencia y el reconocimiento de todo lo que han hecho y lo que pueden hacer. Desde mi perspectiva, no hay manera en que esto no colabore de forma significativa en la confianza de las personas para que estas puedan lograr el cambio que quieren.

Ahora bien, a partir de estas premisas, se desarrolló un conjunto de posibilidades referidas como herramientas terapéuticas, -que a continuación describo-, para que en colaboración con las personas, se puedan co-construir caminos de solución para las dificultades y lograr que la terapia pueda ser breve y efectiva.

Por ejemplo, considerando la premisa de que es imposible tener una determinada situación o un "problema" todo el tiempo y en todo lugar, Steve de Shazer creó *la búsqueda de excepciones*. Esta herramienta terapéutica, que implica adoptar una mirada y una escucha sensibles a las diferencias, permite dar cuenta de todos los momentos en que las situaciones que

llamamos problemas no se hacen presentes o lo están con menor frecuencia e intensidad y que pueden convertirse en diferencias significativas en la conversación para reafirmar la expectativa de cambio. Al llevar a cabo esta práctica desde la primera sesión, se visibilizan y valoran los recursos de las personas, sus éxitos en el pasado y las soluciones que ya fueron puestas en marcha (De Shazer, 1986, 1997; Gómez, 2013; Tarragona, 2006).

De igual manera, retomando las ideas construccionistas de que las realidades se crean, en el Modelo de Terapia Enfocada en Soluciones (MTES), se invita a los y las terapeutas a que participen con los(as) consultantes en la construcción de posibilidades, para que las situaciones llamadas problemas sean solubles (solucionables). Incluso se alienta a deconstruirlas o a co-construir con los(as) consultantes, la perspectiva de disposición de todas las capacidades, recursos y fortalezas para solucionarlas (O'Hanlon & Weiner-Davis, 1989).

Al respecto, el *reenmarcado*, que suele utilizarse en el MTES, posibilita deconstruir los marcos de creencias que llegan a limitar la capacidad de las personas, alentándose al mismo tiempo el desarrollo de un marco o un significado nuevo o alternativo para una situación. Para ello es importante que los y las terapeutas puedan crear una atmósfera de confianza, cuidando en primer término, el modo en que se emplea el lenguaje en la terapia. El uso de *presuposiciones*, que son formas de hablar tentativamente, es decir, sin afirmar directamente, es otra herramienta que contribuye en el cambio de ideas que se tienen sobre algo (Cade & O'Hanlon, 1993; O'Hanlon, 1999; O'Hanlon & Weiner-Davis, 1989).

Como lo señala De Shazer (1997), haciendo una analogía del proceso de co-construcción de realidades de la terapia con el de escribir un libro, los(as) consultantes son como escritores(as) que no están del todo conformes con el capítulo de la historia que están trabajando, inconformidad que es comentada al/la editor(a), en este caso al/la terapeuta, quien al dar cuenta con una mirada diferente de lo que se ha escrito, conversa con los(as) escritores(as) sobre

contenidos alternativos para dicho capítulo, quedando a criterio de estos(as) decidir si algo de lo conversado les sirve.

En muchas ocasiones, la sola posibilidad de escuchar que existen otras ideas puede ser suficiente para que los(as) escritores(as)-consultantes renueven sus miradas hacia determinados capítulos de sus historias. Bajo esta idea, los y las editores(as)-terapeutas se convierten de alguna manera en coautores(as), al participar con los(as) consultantes en un ejercicio de co-construcción de múltiples posibilidades para seguir escribiendo (De Shazer, 1997).

Es por esta forma de pensamiento y postura que en el Modelo de Terapia Enfocada en Soluciones (MTES) como en otros enfoques de terapia Posmodernos y Socioconstruccionistas, no hay cabida para conceptos como resistencia al tratamiento. Terapeutas y consultantes somos corresponsables de lo que sucede en la terapia. Todo participa; las ideas y experiencias que se tienen sobre diversos temas, la manera en que se conversa, el contexto en el que se vive, los recursos con los que se cuenta, etcétera, pueden colaborar o no para generar cosas distintas, lo que no significa que eso que se construya esté terminado, ya que como en el MTES se menciona, el cambio es inevitable y constante, por lo tanto, afortunadamente, pueden seguirse construyendo muchas historias y realidades aún finalizada la terapia.

Otra de las herramientas terapéuticas del MTES para la construcción de posibilidades y realidades, es *la pregunta del milagro*. Con ella, las personas pueden mirar soluciones potenciales e imaginar un escenario libre de la situación que les preocupa. De acuerdo a De Shazer (1997), la pregunta del milagro que versa así: “supongamos que una noche, mientras usted duerme, se produce un milagro y su problema se resuelve. ¿Cómo se daría cuenta de que el problema se resolvió? ¿Qué sería diferente? y ¿Cómo sabrían los demás que el problema se resolvió sin que usted les dijera una sola palabra?” (p. 29), ayuda a producir descripciones de conductas específicas y fijar objetivos claros.

Asimismo, con el *uso de escalas*, una herramienta más que se utiliza en el MTES, en el que se suele preguntar del 1 al 10, en dónde se colocaría tal o cual cosa y qué tendría que pasar para que eso aumente o disminuya, se pueden definir objetivos y mirar cómo el cambio está presente de forma constante en nuestra vida, rompiendo la supuesta rigidez y estabilidad de situaciones consideradas como dificultades o problemas (Cade & O'Hanlon, 1993; O'Hanlon & Weiner-Davis, 1989; Tarragona, 2006).

Por último, a través de *analogías, anécdotas, parábolas y relatos*, se pueden dar sentidos diferentes a las experiencias que hemos vivido, transformando completamente la mirada que tenemos de ellas, y mediante *connotaciones positivas*, se promueve la confianza al reconocer los esfuerzos que se han hecho para solucionar determinadas situaciones (Cade & O'Hanlon, 1993; O'Hanlon & Weiner-Davis, 1989).

Respecto a la promoción de la confianza, elemento que considero importante y significativo en el trabajo terapéutico como también lo es la colaboración, Henry y Strupp (1994, citados en Tena-Suck, 2017), hacen mención de que en distintas investigaciones, se ha documentado que estos dos factores son los que mayormente se relacionan con los resultados obtenidos en distintas terapias. En relación a ello, qué más terapéutico puede ser que estar en un espacio en donde se dignifica a las personas, valorándolas en todo lo que saben y han hecho, y confiando en lo que pueden hacer.

En resumen, es a través de estas premisas y herramientas terapéuticas que en el Modelo de Terapia Enfocada en Soluciones (MTES) se construyen conversaciones que colaboran y promueven que las personas den cuenta de su agencia para moverse hacia el lugar en el que quieren estar. Desde este enfoque, las soluciones simplemente consisten en apreciar o hacer algo diferente que cause satisfacción. Por más que el presente parezca no pintar como quisiéramos, sin la expectativa de que las cosas pueden andar mejor, la terapia sería un sinsentido. Finalmente, es

la esperanza de cambio la presuposición principal y más importante de toda terapia (De Shazer, 1997; Tarragona, 2006).

Los Equipos de Reflexión

Los Equipos de Reflexión o Equipo Reflexivo es una propuesta terapéutica que Tom Andersen -psiquiatra noruego- desarrolló en la década de los 80s, como producto de un “estancamiento” durante una sesión. Tom señala que mientras estaba supervisando detrás de una pantalla unidireccional el trabajo de un terapeuta con una familia, la conversación se “estancó”, por lo cual, él con otras personas que estaban escuchándola, les preguntaron al terapeuta y a la familia si les interesaría escuchar algunas cosas. Al aceptar e intercambiar las luces y los micrófonos en donde se encontraba Tom, el terapeuta y la familia observaron y escucharon cómo el equipo reflexionaba y conversaba de manera distinta sobre la familia, esto es, desde un lugar de posibilidades. Al terminar de conversar este equipo, las luces y el micrófono se intercambiaron nuevamente para pasar con el terapeuta y la familia, quienes hablaron sobre lo escuchado pero ahora con una perspectiva distinta, más optimista. Fue así como empezó el Equipo Reflexivo (Andersen, 1987, 1994).

Ahora bien, esta forma de trabajar con un equipo de reflexión, diría Tom Andersen (1987, 1992), no vino de la nada, sino que fue inspirada gracias a las ideas de Gregory Bateson y Humberto Maturana, así como de los terapeutas familiares Gianfranco Cecchin y Luigi Boscolo del equipo de Milán de Italia. Andersen menciona que Lynn Hoffman y Peggy Penn del Instituto Ackerman de Nueva York fueron las personas que facilitaron la comprensión del enfoque del equipo Milán en lo particular y del trabajo de Bateson en lo general.

De los terapeutas del equipo Milán, lo que llamó su atención fue la manera en que estos trabajaban con las familias, mientras que de Bateson y Maturana, lo epistemológico. De estos últimos, retomó la idea de que es nuestra observación la que genera las distinciones que luego

llamamos realidad. Esto significa que el conocimiento que tenemos del mundo está basado en nuestra actitud hacia este y que entonces, más que un universo, hay multiversos, es decir, hay muchos mundos posibles. En ese sentido, habría que poner la palabra objetividad entre paréntesis y considerar las explicaciones sobre las cosas más en términos de ambos-y en lugar de uno o el otro como ya lo ha planteado la Posmodernidad. En entornos terapéuticos, Bateson señalaba la importancia de cómo una versión diferente podría resonar en la actitud de las personas y de cómo nuevas ideas podrían colaborar para cambiar lo que se piensa sobre un problema (Andersen, 1987, 1992).

Fue a partir de esas experiencias terapéuticas y de las ideas antes mencionadas que se desarrollaron una postura y una metodología para el trabajo con un Equipo Reflexivo. La metodología que regularmente se emplea en las sesiones, es que un(a) terapeuta, con algún(a) integrante del equipo, se reúnan con la(s) persona(s) para explicar el contexto de trabajo con un Equipo de Reflexión detrás de un espejo unidireccional. Esto permite que se pueda consentir o no esta forma de trabajar. Una vez aceptada esta metodología de trabajo, un o una terapeuta conversa con el/la/los/las consultante(s) durante aproximadamente 30 o 40 minutos, mientras un equipo de terapeutas, que suele ser de tres o cuatro integrantes, escucha detrás de un espejo unidireccional. Después de este primer momento, el equipo es invitado a conversar entre ellos(as) sobre lo que acaban de escuchar y mientras ocurre esta conversación, que regularmente dura 15 o 20 minutos, terapeuta y consultante(s) escuchan. Posteriormente, en un tercer tiempo, con el cual se finaliza la sesión, el o la terapeuta invita a los(as) consultantes a comentar sobre lo que escucharon, preguntándoles lo que les pareció importante o significativo y aportando también alguna reflexión o idea al respecto (Andersen, 1987; Campero et al., 2014).

Todo este proceso, que involucra de forma continua posiciones de escucha y reflexión de todos(as) los(as) participantes y el uso de un lenguaje cotidiano, en lugar de uno “profesional”

por parte de los(as) terapeutas, es lo que permite construir y ofrecer múltiples ideas y perspectivas para que los(as) consultantes puedan tomar las que tengan más sentido para ellos(as) en ese momento (Andersen, 1992; Campero et al., 2014; McNamee, 2001). Cabe destacar que en el trabajo conversatorio, todas las preguntas, ideas y comentarios que se ofrecen, vengan del/la terapeuta o del Equipo de Reflexión, se basan en lo conversado y se hacen desde una postura respetuosa, propositiva, tentativa y de diferencia. Esto significa, entre otras cosas, que la relación terapéutica es establecida en términos de igualdad, por lo tanto, no se hacen juicios sobre los sistemas de creencias de las personas, como tampoco se hacen afirmaciones de que algo es de tal forma. Cuando se dice algo, se hace en un tono tentativo empleando frases como: “mientras escuchaba, se me ocurrió...” o “tengo esta idea que tal vez podría ser de utilidad”. La invitación que se nos hace desde el Equipo Reflexivo, es a una práctica terapéutica en la que todas las personas puedan participar aportando sus diversos saberes y experiencias (Andersen, 1987; Sesma et al., 2016).

Asimismo, este trabajo terapéutico va acompañado por un ejercicio de curiosidad y de dejar volar nuestra imaginación durante las conversaciones. Para Andersen, la conversación terapéutica es la constante construcción de nuevas descripciones, entendimientos y significados. Este autor considera que la manera en como usamos nuestro repertorio de ideas y acciones está relacionada con el cómo entendemos nuestra vida en este momento y cómo la describimos, y que esto, al mismo tiempo, se relaciona con las cosas en las que ponemos nuestra atención. En ese sentido, se proponen ideas distintas que puedan despertar el interés de los(as) consultantes pero que no resulten tan inusuales que lleguen a parecerles muy lejanas de su contexto y sus prácticas cotidianas, e igualmente se procuran, tanto de los(as) terapeutas como del equipo, preguntas y comentarios que permitan, además de generar un sentido amplio de las situaciones que traen las personas a la terapia, elaborar ideas que puedan transformar la perspectiva de estas. Así, se puede

transmitir la noción de que una situación tiene muchos aspectos y que es multifacética (Andersen, 1987, 1992).

Como ejemplo de esta curiosidad, para saber, por ejemplo, cómo se tomó la decisión de acudir a terapia, se puede preguntar de quién fue la idea, si es la primera vez que se asiste a una y qué se espera lograr con la reunión. Esto ayuda a conocer el contexto de esta decisión así como las expectativas de su asistencia, y al preguntar cómo se cree que puede variar una situación en un futuro o qué pasaría si alguien diera una explicación distinta de ella, se puede colaborar para construir otro enfoque y flexibilizar la postura que se tenga sobre algún tema. Todas estas preguntas, sea que deriven en ideas que no se habían considerado o en otras preguntas más, tienen la intención de dar apertura a un abanico de posibilidades tanto para los(as) consultantes como para los(as) terapeutas y el Equipo Reflexivo, de tal manera que se pueda construir un camino para nuevas decisiones (Andersen, 1987, 1994).

Es importante señalar que el Equipo Reflexivo debe tener presente que su encomienda es producir y ofrecer ideas, que si bien, algunas pueden ser consideradas útiles o ser tomadas en cuenta por las personas, otras pueden ser rechazadas, y que esto último, más que verse como un acto de negación o resistencia, -como lo hacen en otros modelos terapéuticos-, se significa como uno de agencia. Para facilitar que los(as) consultantes puedan sentirse libres de escuchar o no las ideas del equipo, los(as) integrantes de este tienen como práctica común, el evitar mirar a los(as) consultantes mientras conversan. La expectativa que se tiene del trabajo con Equipo de Reflexión, es que cualquiera de las ideas o las preguntas que se planteen o se hagan durante los momentos de conversación, inviten -sin ninguna presión- a un cambio en la comprensión de las situaciones; que las personas puedan dar cuenta de la relación entre lo que se comprende y en el cómo se comprende (Andersen, 1987).

De forma general, diría que estas son las ideas principales que se consideran en el trabajo terapéutico con un Equipo de Reflexión, que valga decir, ha sido una herramienta muy efectiva y enriquecedora para los y las terapeutas, así como de utilidad para los procesos de “formación” y “supervisión” de futuros(as) terapeutas (Campero et al., 2014). Aunque habitualmente se utiliza una pantalla unidireccional para el empleo del Equipo de Reflexión, cuando no se cuenta con esta, se puede trabajar en el mismo espacio en el que están terapeuta-consultantes, teniendo al equipo sentado en una de las esquinas para que puedan presenciar, escuchar y reflexionar la conversación (Andersen, 1987).

Quizá usted lector o lectora, después de leer sobre el trabajo de terapia con un Equipo de Reflexión, se pregunte: ¿qué sucede cuando no se cuenta con tantos(as) terapeutas para integrar un equipo? Mi respuesta es que, si bien es cierto que en muchos escenarios terapéuticos resultaría poco factible el poder contar con uno, dadas las condiciones en las que se encuentra la atención psicológica en muchas instituciones de salud, que tienen una demanda alta de este servicio y el número de personal con el que se cuenta es escaso, lo que sí es posible es poder incorporar muchas de las ideas de la terapia con Equipo de Reflexión en los espacios terapéuticos tanto privados como públicos aunque no se cuente con este.

Por ejemplo, Tom Andersen (citado en Sesma et al., 2016), dice que cuando no se tiene la posibilidad de contar con un Equipo de Reflexión, el o la terapeuta puede retirarse del consultorio por algunos minutos para reflexionar y después regresar para compartir sus ideas con los y las consultantes. Por su parte, Miller y Lax, -citados por la misma Sesma y otras autoras-, tomando en cuenta las ideas de Andersen, mencionan que el o la terapeuta, cuando está con una pareja o una familia, puede conversar con un(a) integrante mientras el/la otro(a) u otros(as) presencian y escuchan la conversación, para después conversar sobre lo que se comentó con el/la/los(as) que

escucharon. Ambas prácticas pueden colaborar para que las personas tengan mayor facilidad de moverse de lugar en sus ideas, al reflexionar sobre lo que se acaba de escuchar y conversar.

De igual manera, se pueden invitar las voces y perspectivas de otras personas ausentes, como lo pueden ser las de algunos(as) familiares, amigos(as) u otras, que resulten significativas para los y las consultantes por haberles aportado algo importante en su vida, o también se puede recurrir a las propias narrativas; se puede reflexionar sobre las experiencias o sobre las ideas que teníamos en otros momentos y con ello, flexibilizar la postura presente. Preguntas como: ¿qué diría tu mejor amigo(a) de esto? o si viajaras hacia adelante 5 años, ¿qué crees que dirías sobre esto? Igualmente se puede recurrir a frases de películas, a los dichos y expresiones populares, a inventar voces, es decir, a cualquier cosa que pueda ofrecer un ángulo distinto u otros de las situaciones (Sesma et al., 2016).

En conclusión, lo que ofrece el enfoque del Equipo Reflexivo es pensar el trabajo terapéutico como una forma distinta de estar con las personas. Nos invita a mirar a los y las consultantes como co-terapeutas o co-investigadores(as), dispuestos de saberes, opiniones e ideas, que están esperando su turno para hacerse escuchar y construir otras perspectivas. En síntesis, lo importante es que se pueda producir un intercambio de más de un punto de vista, una multivocalidad, que sume a la creación de nuevos significados y posibilidades, y a un darse cuenta de que todas las personas pueden generar o ser su propio equipo de reflexión utilizando su propio contexto, es decir, sus habilidades, experiencias, voces internas y relaciones (Sesma et al., 2016).

La Terapia Narrativa

La Terapia Narrativa fue creada por Michael White, trabajador social australiano, y por David Epston, antropólogo canadiense. Este modelo terapéutico, que está situado en el pensamiento posestructuralista y que se identifica con la filosofía crítica, la antropología cultural y la ética

posmoderna, se caracteriza por cuestionar muchos de los hechos y discursos que la cultura occidental expresa y da por aceptados y por alejarse de las psicologías ortodoxas que utilizan nociones estructuralistas para explicar la experiencia humana, tales como la existencia de estructuras subyacentes y esencias internas (Tarragona, 2006; White, 2002a).

A diferencia de otros modelos terapéuticos que privilegian los deber ser y el uso de diagnósticos, la Terapia Narrativa está comprometida con prácticas que no sean normativas y que no refuercen ni reproduzcan aquellos discursos sobre formas de vida consideradas como reales, apropiadas, sanas, normales o verdaderas, todas ellas valoradas por una cultura dominante, ya que se considera poco útil pensar en dichos términos. En su lugar, se prefiere poner atención en las historias de las personas, en las narraciones que estas hacen sobre sus acciones, relaciones y saberes cotidianos, así como en las experiencias que están viviendo (White, 2002a, 2015).

De acuerdo a White y Epston (1989, citados en Tarragona, 2006), las personas pueden llegar a presentar dificultades cuando viven con historias dominantes que están saturadas de problemas. Esto sucede porque dichas historias, que suelen ser restrictivas e invisibilizan otras partes de las experiencias, llevan a las personas a construir conclusiones negativas de sí mismas. Por ello, ambos autores, influidos por Foucault, consideran fundamental visibilizar cualquier discurso dominante y/o ejercicio de poder en la sociedad, traducidos estos como “deber ser”, y recomiendan que en la práctica terapéutica, en colaboración con los(as) consultantes, se deconstruya cualquier creencia que esté fortaleciendo la historia dominante problemática.

Desde este enfoque, la forma esencialista de algunos modelos de terapia, que creen que los problemas son asuntos internos al propio ser, sólo colabora en la reificación de los mismos, propiciando que las historias dominantes coarten el espacio para otro tipo de historias. En ese sentido, uno de los ejercicios que se hace en la Terapia Narrativa, es mirar a los problemas como algo separado de las personas, como algo que no forma parte de ellas, pero que de algún modo

están afectando sus vidas. Para llevar a cabo esta separación lingüística, se utilizan *conversaciones llamadas de externalización*, las cuales posibilitan que las personas, al hablar de los problemas como entidades separadas, comiencen a sentir que pueden hacer algo para solucionarlos (White, 1994, 2016).

Es importante que mencione que el proceso de externalización es un proceso continuo de co-elaboración de realidades alternativas generado a partir de una deconstrucción de ideas, supuestos, creencias, actitudes, estilos de vida y hábitos identificados como “problemáticos”. En contraposición a las prácticas culturales que cosifican a las personas, la externalización nos exhorta a cosificar y/o personificar los problemas, promoviendo con ello, una agencia activa sobre las propias decisiones y elecciones, que a su vez nos coloca en una posición de responsabilidad, al dar cuenta de que podemos elegir qué es lo que queremos para nuestras vidas. Con esto, las personas, además de sentir más espacio y libertad para explorar otras formas de pensar, sentir y actuar, pueden reflexionar sobre sus experiencias y la relación que tienen sus acciones con las consecuencias de las mismas (White, 1994, 2015; White & Epston, 1993).

Siguiendo en esta misma línea de ideas, en la cosificación que se sugiere hacer de los problemas para caracterizar su influencia, la Terapia Narrativa suele utilizar metáforas, que también sirven para conocer la postura de las personas contra dicha influencia. Por ejemplo, si una persona caracteriza la influencia de un problema como opresiva, las metáforas empleadas regularmente están relacionadas con una postura de oposición que promueve acciones de liberación. Entre las metáforas que han sido utilizadas por las personas en consulta y que pueden seguirse usando -a convenir con los(as) consultantes en turno- son: salirse del problema, eclipsar el problema, declararse en huelga contra el problema, desafiar las exigencias del problema, educar el problema, rechazar las invitaciones a cooperar con el problema, etcétera (White, 2016).

Vale decir que aunque las conversaciones de externalización regularmente son empleadas para los problemas, también se pueden orientar para analizar y desarrollar las fortalezas y los recursos de cada persona. Por ejemplo, se podría externalizar la fuerza con la que hemos salido de una situación como la fuerza de un huracán o alguna habilidad con la de un animal o cualquier otra cosa que nos haga sentido. El punto es que ya sea que se externalice una fortaleza, un recurso o un problema, es necesario que todos los conocimientos se generen en la interacción entre los(as) terapeutas y las personas como una forma de investigación conjunta; si bien los(as) terapeutas pueden compartir conocimientos sobre soluciones o externalizaciones, se debe evitar imponer o asignar algún estatus normativo a dichos conocimientos (White, 2002a, 2016).

En resumen, puedo decir entonces que las conversaciones de externalización se utilizan en la Terapia Narrativa para objetivar principalmente los problemas, lo que significa que el problema se vuelve el problema y no la persona. En este contexto, el o los problema(s) dejan de representar “la verdad” acerca de las identidades de las personas dando paso a que las opciones de solución se vuelvan visibles y accesibles (White, 2016; White & Epston, 1993).

Otro de los recursos terapéuticos de la Terapia Narrativa que debilita los libretos dominantes saturados de problemas de las vidas de las personas y colabora en la atribución de significados alternativos a las acciones y acontecimientos de las historias de sus vidas, incluidas aquellas que han quedado fuera del relato, son las *conversaciones de re-autoría* (White, 2002a).

Las conversaciones de re-autoría posibilitan que las personas puedan incorporar en sus narraciones, algunos acontecimientos y experiencias significativas de sus vidas que han estado desatendidos o subordinadas por los libretos o historias dominantes, incluso permiten contemplar otros significados que llevan a nuevas conclusiones sobre algunos sucesos o llegan a evitar que una determinada circunstancia, situación o problema, empeore o termine con la vida de las personas (Tarragona, 2006; White, 2016).

Esos acontecimientos o experiencias significativas, que en la Terapia Narrativa se les nombra como eventos extraordinarios, se construyen a través de preguntas y conversaciones que puedan llevarnos a ensanchar nuestro pensamiento y ejercitar la imaginación. De esta manera, las historias alternativas comienzan a visibilizarse y empoderarse en la voz de las personas, dándole a estas, nuevas posibilidades para encarar los problemas, las dificultades y los dilemas en sus vidas (Tarragona, 2006; White, 2016).

Ahora bien, es necesario que puntúe que cualquier historia alternativa y/o descripción de eventos extraordinarios que surjan en las conversaciones de re-autoría, no significa que sean ahora la verdad de los deseos, necesidades, intenciones, motivos o cualquier otra circunstancia de las personas. Puesto que en la vida somos multi-deseantes, multi-motivados y multi-intencionados, como lo dice White, estas narraciones o historias, de ninguna forma están estáticas ni reflejan deseos, motivos o intenciones alojados dentro de nosotros(as). Por lo anterior, la postura terapéutica que se asume durante las conversaciones es tentativa en términos de como si, tal vez, a lo mejor o podría ser. Preguntas como: ¿A qué conclusiones podríamos llegar? o ¿Cuáles serían algunos de los entendimientos posibles para esta situación?, son algunos ejemplos de dicha postura tentativa (White, 2002a, 2016).

Como lo señala White (2016), estas conversaciones de re-autoría sólo tienen la finalidad de invitarnos a navegar en mares de nuevos significados, alejándonos de las certezas y las supuestas verdades absolutas, que suelen atrapar o encapsular nuestra voz e identidad, como también lo hacen las *conversaciones de re-membranza*, referidas por este enfoque como otro medio narrativo con un fin terapéutico.

Sobre las conversaciones de re-membranza, comenzaré por distinguir que estas se construyen a partir de la idea de que nuestras identidades se basan en una asociación de vida que está compuesta por voces, cosas, personajes y figuras significativas del pasado, el presente y el

futuro. Esto significa que para la Terapia Narrativa, nuestra vida es considerada como un club, en el que les otorgamos o no a las personas, lugares privilegiados y/o significativos de acuerdo a la participación y contribución que tienen o han tenido en ella (White, 2002a, 2016).

Partiendo de esta metáfora del club de vida, las conversaciones de re-membranza son aquellas que según White (2002a, 2016), facilitan que las personas puedan reflexionar sobre sus relaciones y sobre quiénes pertenecen a su club, teniendo la oportunidad de ejercer el derecho a decidir sobre el estatus de determinados miembros del mismo, ya sea honrando, enalteciendo, suspendiendo, revocando, privilegiando o ascendiendo cualquier membrecía de pertenencia. Mediante estas conversaciones, podemos otorgar el valor y la importancia a determinadas voces en nuestra vida, por considerarlas buenas, útiles y/o necesarias y silenciar a otras tantas que ya no resultan significativas para nosotros(as).

Asimismo, a través de estas conversaciones de re-membranza, es posible sentir que nuestras historias de vida están ligadas a las historias de otras personas en determinados temas, valores y compromisos compartidos, incluyendo a las de aquellas personas que ya no están físicamente presentes. Este sentimiento de estar unido(a) con otros(as), nos permite experimentar la vida con mayor riqueza y construir saberes, habilidades y caminos distintos para movernos con menor sentimiento de vulnerabilidad frente a circunstancias adversas (White, 2002a). Ante situaciones de pérdidas, White (2016), considera que las conversaciones de re-membranza pueden ayudar a incorporar en nuestros relatos o narrativas, esas relaciones tan importantes en nuestras vidas y poder encontrar alivio. Es honrar la contribución que cada persona hace en nuestro andar y lo que nosotros(as) también dejamos en el de ellas.

Como lo señala Schapp (1976, citado en Gergen, 1996), cada uno(a) de nosotros(as) está unido(a) a las construcciones históricas de los(as) demás, de la misma manera como las de los demás están en las nuestras. Desde esta perspectiva, se trata de comprender la función de la

narración y la pragmática del lenguaje en la terapia; las narraciones existen porque las contamos y al contarlas, participan en el curso de la vida social (Gergen, 2006). Al contar y re-contar nuestras experiencias y al compartirlas con otras personas, podemos construir un mundo de significados distintos que nos abran la puerta a otros entendimientos y a otras posibilidades de mirar nuestra vida y lo que podemos hacer de y en ella.

Ahora daré paso a las *ceremonias de definición*, otra de las prácticas que utiliza la Terapia Narrativa y que también comparte el sentido social que Gergen le da a las construcciones narrativas en nuestras vidas, al hacer alusión a que estas ceremonias dan cuenta de que la vida es una asociación de afiliaciones (White, 2016).

Las ceremonias de definición tienen como antecedentes los equipos de reflexión de Tom Andersen y los proyectos identitarios realizados por la antropóloga Barbara Myerhoff, en una comunidad judía de ancianos y ancianas que emigraron de Europa hacia EE.UU., que se sentían aisladas(os) e invisibles en la comunidad en que vivían, lo cual permitió entender la importancia que tiene la contribución de un público que dé cuenta de nuestro sentido de existencia (White, 2016).

White (2016), explica que Myerhoff usó el término ceremonia de definición en sus proyectos identitarios, para describir el foro en el cual, las personas se podían reunir para relatar y volver a relatar sus historias, logrando que el discurso de cada una de ellas se hiciera visible ante otras personas de la propia comunidad. En las re-narraciones que las personas hacían en estas ceremonias, se dieron cuenta de que muchas de sus expresiones, que bajo otras circunstancias pasarían de forma breve o se perderían en el vacío, eran rescatadas e incorporadas al libreto de sus vidas, contribuyendo significativamente a la generación de descripciones valiosas de las historias contadas y de los saberes y habilidades expresados.

Así, bajo esta influencia y la de los equipos de reflexión de Tom Andersen, fue que la Terapia Narrativa adoptó la práctica de las ceremonias de definición como una manera de agenciar las voces de las personas a través de la escucha y el reconocimiento de otras. Mediante la presencia y participación de testigos, -que pueden ser familiares, amistades, etcétera, elegidas(os) y aceptadas(os) por las personas que están en el centro de la ceremonia-, es posible revalorar los actos de vida y construir nuevos significados para algunas experiencias que no se entendían antes o se entendían de manera distinta, además de dar cuenta de que es válido el cuestionamiento a normas socialmente construidas y el desafío de relaciones de poder. Con ello, se promueve un sentimiento de agencia y de unión entre diferentes personas alrededor de temas que se comparten y atesoran (White, 2016).

Finalmente y con independencia del tipo de conversación o práctica de la Terapia Narrativa que se esté teniendo en la sesión, que también incluye la entrega de documentos escritos regularmente elaborados por las y los terapeutas a las y los consultantes durante o después de esta (White, 2002b; White & Epston, 1993), es importante que los y las primeros(as) consulten a las personas sobre cómo están experimentando estas conversaciones y prácticas. White (2002a), invita a que estas consultas se hagan a la mitad de la sesión a través de preguntas como: “¿podría ponerme al tanto de cómo le está resultando esta conversación?, ¿siente que estamos hablando sobre lo que es importante que hablemos?, ¿podría decirme qué cosa de esta conversación siente que está funcionando bien para usted?, ¿tiene algunas otras ideas de direcciones en las que podríamos orientar nuestra conversación que pudiesen ser relevantes?” (p. 176).

Cuando las personas recurren a terapia psicológica es porque tienen historias que contar y sea de una manera u otra, los y las terapeutas se encuentran frente a una narración que puede terminar en cualquier momento (Gergen, 2006), por lo que, tomando en cuenta que en algunas

investigaciones, según Bados (2008), se ha señalado que el sentirse “mejor” ocurre en las primeras sesiones de los tratamientos terapéuticos, desde la perspectiva de los enfoques breves y posmodernos, resulta más significativo conversar desde la primera sesión en lo valioso de la vida de las personas, en sus historias alternativas de logros, así como en sus recursos y su creatividad (Tarragona, 2006).

En conclusión, puedo decir que los tres modelos que he descrito coinciden en varios aspectos. Se enfocan más en procesos que en contenidos y comparten una mirada que considera, entre otras cosas, que la realidad se construye relacionamente, que no hay verdades absolutas ni universales y que conversar desde un lugar en el que se valoren y prioricen las historias sobre los recursos, saberes, logros, habilidades, fortalezas y posibilidades, puede ser suficiente para que en una sesión se mire la vida de manera diferente y/o se cambie aquello que deseemos.

Lo que puedo sintetizar a partir de estos enfoques terapéuticos posmodernos, que cabe recordar son tomados en cuenta por la Terapia de Atención Inmediata como su marco teórico referencial y su metodología de trabajo, es la posibilidad de que terapeutas y consultantes puedan co-construir los tipos de relaciones y conversaciones que permitan el acceso a la creatividad de cada persona y al desarrollo de alternativas que antes no habían sido vistas (Tarragona, 2006).

Para cerrar este apartado, subrayaré que también dentro de la metodología de trabajo de la Terapia de Atención Inmediata, el procedimiento que de forma usual se lleva a cabo cuando una persona llega a solicitar el servicio es proporcionarle, antes de iniciar la sesión, un consentimiento informado para la atención terapéutica, un formulario para el llenado de datos sociodemográficos, con un espacio para describir brevemente las razones de asistir a terapia y un formato más que tiene la función de que la persona que asistió a sesión, retroalimente al final de esta, el nivel de satisfacción del servicio recibido. La duración de cada sesión es aproximadamente de 60 minutos (Slive & Bobele, 2011).

Una vez tratados los antecedentes y las premisas básicas de la Terapia de Atención Inmediata así como su marco teórico y metodológico, a continuación documentaré algunas de las investigaciones en donde esta propuesta terapéutica ha sido utilizada, con la finalidad de dar a conocer y dar sentido a los resultados y alcances que ha tenido en diferentes lugares, escenarios y situaciones.

Investigaciones sobre la Terapia de Atención Inmediata

En este apartado expongo las diversas investigaciones en donde ha sido documentada la implementación de la Terapia de Atención Inmediata y también de la Sesión Única. Ambas modalidades de servicio terapéutico, -basadas en enfoques posmodernos, socioconstruccionistas, narrativos y sistémicos-, se han presentado y utilizado como una alternativa para ofrecer atención de forma eficiente, accesible y a bajo costo, reduciendo o eliminando con ello, los procesos administrativos (como las listas de espera, los procesos de evaluación, etcétera), que se vuelven en muchos centros comunitarios y de salud pública, un obstáculo para que las personas puedan acceder a un servicio de terapia (Cait et al., 2016; Slive & Bobele, 2011).

Estas modalidades de atención terapéutica, que iniciaron en Mineápolis, Minnesota, en Estados Unidos y en Calgary, Canadá, se extienden cada vez más en otros lugares. Por ejemplo, en el Centro Bouverie y en el Servicio de Salud Mental de Niños(as) y Adolescentes en Camberra, ambos en Australia, ya cuentan con un equipo significativo de personas trabajando bajo estas posturas, empleándose principalmente en contextos económicos desfavorecidos. En Italia, Flavio Cannistra, ya estableció el primer instituto de terapia adoptando la postura de sesión única. Asimismo, en Malmo, Suecia, Söderquist y otros(as) colegas, están trabajando la terapia de pareja utilizando estos enfoques, mientras que el Centro de Orientación Infantil en Austin, Texas, ofrece la Terapia de Atención Inmediata en una sola sesión de forma accesible a los(as) jóvenes, y en Nueva Zelanda, el trabajo liderado por Brendan O'Hanlon, ha introducido las

consultas de Sesión Única familiar en servicios de alcohol y drogas (Harper-Jaques & Foucault, 2014; Schleider et al., 2019; Young & Dryden, 2019).

Recientemente, en el King's University College, afiliado a la Western University en London, Ontario, en Canadá, se implementó en el 2019, un servicio de Terapia de Atención Inmediata para su población estudiantil de aproximadamente 3500 estudiantes provenientes de 35 países. A partir de su apertura se han brindado más de 150 sesiones y aunque al principio el servicio funcionó tres días a la semana durante todo el día, en respuesta a la retroalimentación de los(as) propios(as) estudiantes, su esquema de atención fue modificado para operar de lunes a viernes, teniendo ahora como desafío, que también el servicio pudiese estar disponible los sábados y domingos (MacKenzie et al., 2019).

En nuestro país, tengo el conocimiento del trabajo realizado en la UNAM por parte de la Mtra. Nora Rentería Cobos, en el seminario de Sesión Única de la Maestría en Terapia Familiar en la Facultad de Psicología y del trabajo realizado en la Facultad de Estudios Superiores de Iztacala, por la Mtra. Eguiluz, en donde se implementó, a partir de las ideas de la Terapia de Atención Inmediata de Slive y Bobele, un modelo de Terapia Breve de Emergencia en la clínica de dicha facultad, como parte de las estrategias para tratar casos de emergencia psicológica, entre ellas, las de jóvenes que presentan ideas suicidas (Eguiluz et al., 2013). De igual forma, conozco la propuesta por parte de la Universidad Iberoamericana para crear Centros Universitarios de Orientación Psicológica (CUOP), a partir del modelo de atención del Centro Universitario de Orientación Psicológica existente en dicha universidad, que también se basa en las ideas de Slive y Bobele (Tena-Suck, 2017), así como el trabajo de terapia en formato de Sesión Única que proporciona el Grupo Campos Elíseos (N. Rentería, comunicación personal, Enero 11, 2021).

Si bien el conocimiento y la implementación de la Terapia de Atención Inmediata y la Sesión Única van extendiéndose en otros lugares, con un aumento significativo en varios de los

servicios de salud mental comunitarios en Canadá y Estados Unidos, las investigaciones sobre los resultados de su aplicación no son muchas. En varios de los lugares en que se han utilizado estos servicios, no se ha dado seguimiento a la manera en que estos han sido significados por parte de quien los recibe, es decir, los y las usuarios(as). No obstante lo anterior, se cuentan con algunas investigaciones en las que sí se han documentado, provenientes principalmente de estos dos países. Para esta exposición, mostraré la información más reciente de la cual dispongo, la cual entretejeré con información relacionada que tiene un poco más de antigüedad.

Comienzo con una investigación comparativa secuencial de métodos mixtos llevada a cabo por un grupo de 10 investigadores(as): Bedggood, Booton, Cait, Horton, Josling, Lamsal, Riemer, Skop, Stalker y Zaczek, en Ontario, Canadá, en donde se emplearon la Terapia de Atención Inmediata (TAI) y la terapia tradicional o habitual con lista de espera (TTLE) en dos Agencias de Servicios Familiares Comunitarios, para valorar el costo-efectividad de ambas modalidades, el cambio en la angustia psicológica de los(as) consultantes en una u otra terapia y el sentir sobre el servicio recibido. De este trabajo efectuado, se derivaron tres estudios publicados, uno en el 2017 y dos en el 2016, de los cuales extraje la información que a continuación presento.

En la valoración de los aspectos de costo-efectividad y de cambio en la angustia psicológica, en la que se contó con la participación de 367 personas (221 que asistieron a la TAI y 146 a la TTLE), que contestaron un conjunto de preguntas sobre aspectos económicos, de trabajo y uso de servicios de salud y un cuestionario general de salud (GHQ-12) en tres momentos: antes de la terapia, a las cuatro y a las 10 semanas después de esta, Lamsal et al. (2017), reportaron que los resultados -con base en las preguntas sobre aspectos económicos, de trabajo y uso de servicios de salud-, no sugirieron un ahorro económico para quienes utilizaron la Terapia de Atención Inmediata, lo cual se pensaba que iba a suceder. De acuerdo a estos(as)

autores(as), una posible explicación a este hallazgo es que muchas de las personas que acuden a la terapia tradicional con lista de espera reciben asistencia social o pagos por discapacidad, es decir, un subsidio, en mayor proporción que las que utilizan la Terapia de Atención Inmediata.

Desde mi perspectiva, aunque la atención inmediata pueda ser un elemento importante para la mayoría de las personas, resulta entendible que el ahorro económico que se obtiene a través de un subsidio o por ser derechohabiente como en nuestro país, lo sea un poco más si se considera el contexto socioeconómico en el que se vive en muchos países, algunos de ellos, de alta o extrema pobreza. No obstante lo anterior, concuerdo con los(as) autores(as) de dicho estudio, quienes afirman que la Terapia de Atención Inmediata resulta conveniente para que las personas puedan asistir en el momento que tienen disponible, sin tener que faltar al trabajo o interrumpir alguna otra actividad. El desafío entonces que tenemos como profesionales de la salud, es poder combinar estos dos beneficios en un solo servicio, es decir, el subsidio o el ser derechohabiente con la atención inmediata.

En relación al segundo objetivo de la investigación, que fue valorar el cambio en la angustia psicológica de los(as) consultantes de ambas modalidades terapéuticas, Lamsal et al. (2017), mencionaron que los puntajes promedio entre los dos grupos en el cuestionario general de salud (GHQ-12), no fueron estadísticamente significativos en el seguimiento de las 10 semanas, sin embargo, sí lo fueron a las 4 semanas. A decir de estos(as) autores(as), los(as) consultantes de la Terapia de Atención Inmediata, en promedio, mejoraron más rápido que los(as) que asistieron a la terapia tradicional, al registrar puntajes más favorables en el cuestionario contestado en el seguimiento de 4 semanas.

Según Stalker et al. (2016), en comparación con los(as) asistentes a la terapia tradicional, los(as) que acudieron a la Terapia de Atención Inmediata, quienes refirieron mayores niveles de angustia al inicio del estudio, mejoraron, en promedio, 1.61 puntos en el GHQ-12 por semana,

hasta perder significancia clínica a las 10 semanas. Estos resultados referidos como mejoría en los niveles de angustia son coincidentes con los que Harper-Jaques y Foucault (2014), Stalker et al. (2012), Harper-Jaques et al. (2008) y Sommers-Flanagan (2007) también muestran en sus investigaciones.

En el estudio que Harper-Jaques y Foucault (2014), hicieron en el Servicio de Salud Mental de Atención Inmediata del South Calgary Health Center, en el que colaboraron 98 personas que contestaron cuatro instrumentos (Distress Thermometer, Snyder State Hope Scale, Problem Evaluation Summary-PES y Service Satisfaction Survey 10+) para evaluar los resultados de la Terapia de Atención Inmediata con sesión única y la satisfacción del servicio en tres momentos: presesión, postsesión y seguimiento (un mes después), señalaron que los(as) participantes tuvieron una disminución significativa en el nivel de angustia y un incremento también significativo del nivel de esperanza después de la sesión, índices que se sostuvieron al mes de seguimiento.

De acuerdo a Harper-Jaques y Foucault (2014), los(as) participantes calificaron la gravedad de su problema como menor y su capacidad de afrontamiento como mayor dentro de una diversidad de motivos de consulta, y en la evaluación de la satisfacción del servicio, un 92.9% y un 93.8% de ellos(as) indicaron en la postsesión y en el seguimiento de un mes respectivamente, una alta satisfacción con el servicio, definida esta en términos de la información proporcionada, conocimiento y habilidad del personal y respeto a los derechos del/la cliente.

En años anteriores, en otra investigación de Harper-Jaques et al. (2008), documentaron que tanto en el Eastside Family Center como en el South Calgary Health Center, mediante un formulario que se les pide contestar a las personas antes y después de la Terapia de Atención Inmediata, para conocer el nivel de angustia que pudiesen estar experimentando, esta disminuyó significativamente en los puntajes de dicha medición.

Según Harper-Jaques et al. (2008), en el Eastside Family Center, del 2007 al 2008, el nivel de angustia promedio registrado en los(as) 1437 consultantes que completaron el formulario previo a la Terapia de Atención Inmediata fue de 7.24, el cual disminuyó a un 4.56 posterior a esta, en tanto que en la satisfacción del servicio, el 86% refirió haber estado muy satisfecho con la sesión. Respecto al South Calgary Health Center, del 2006 al 2007, de los(as) 307 consultantes que acudieron a una sesión de atención inmediata, el promedio de angustia pasó de 8.18 antes de esta a 5.45 al finalizar la misma, y en la satisfacción del servicio, de los(as) 240 participantes, el 94% indicó haber estado satisfecho con este. A continuación presento una breve descripción de dos casos que estos(as) autores(as) nos ofrecen para mostrar el trabajo en ambos lugares.

Juan y Cecilia, que llegaron con su hijo José, de 9 años, al Eastside Family Center, aproximadamente a las 6:00 pm, una vez que Juan llegó a casa del trabajo, señalaron que su asistencia se debía a que José gritaba y discutía con su mamá, lo cual a Juan le estaba provocando angustia. Durante la conversación, a decir de los(as) autores(as), fue posible puntuar que Cecilia le gritaba a su hijo más de lo que este lo hacía con ella, haciendo parecer con ello que la relación entre madre e hijo estaba deteriorándose, corriendo el riesgo de escalar hacia una violencia física. Mediante un acuerdo de distancia entre madre e hijo, en el que cada uno se alejaría del otro ante el menor riesgo de gritar y en el que Juan colaboraría para recordarles sobre dicho acuerdo, terminaron la sesión (Harper-Jaques et al., 2008).

Al preguntar si podían regresar para hablar sobre lo que pasó, la respuesta fue que lo podían hacer cuando quisieran. Finalmente, en el formulario de retroalimentación sobre el servicio, mencionaron que su angustia se redujo y que se habían sentido escuchados(as) y entendidos(as). Al siguiente sábado, la familia regresó e informó haber tenido algunos días buenos y otros con algunos resbalones. En esa sesión, se conversó y acordó sobre nuevas formas de manejar los gritos. Entre esos acuerdos fueron que José pudiera hablar sobre su día y que

limpiara su habitación a solicitud de su madre. Se les invitó a regresar cuando quisiesen, ante lo cual, Cecilia, -entre risas-, dijo: volveremos. Yo no sé cuándo pero lo haremos (Harper-Jaques et al., 2008).

En el caso de Liza, ella llegó al South Calgary Health Center como parte del plan de seguridad desarrollado con su terapeuta debido a que una semana antes, ella le comentó que se iba a suicidar y no quería ser hospitalizada, ni morir. Por lo mismo, aceptó asistir a la Terapia de Atención Inmediata para mantenerse a salvo. Durante la conversación, al destacarse las fortalezas y los recursos de Liza para tener un mejor manejo de algunos cambios en su estado de ánimo y al preguntársele qué otras cosas más podrían ayudarle con ello, Liza señaló que hacer autoafirmaciones podrían serle útiles en los momentos en que se siente abrumada. Se dio por terminada la sesión con los comentarios por parte de Liza de que los pensamientos suicidas habían desaparecido y que se sentía esperanzada. Agregó que la angustia que había puntuado al inicio de la sesión en un 8, la tenía en un 5 (Harper-Jaques et al., 2008).

Por su parte, Stalker et al. (2012), en el estudio piloto que hicieron en la clínica de Kitchener-Waterloo de Ontario, para conocer la efectividad del servicio de Terapia de Atención Inmediata con sesión única, en la que participaron 28 personas en el seguimiento de un mes y 8 personas en el de dos meses, reportaron, según los puntajes del cuestionario de salud general (GHQ-12), una mejoría en los niveles de angustia y en el funcionamiento general. Resultados similares fueron documentados en el estudio que Sommers-Flanagan (2007) llevó a cabo, para evaluar la eficacia de la atención inmediata con una sola sesión y la satisfacción del servicio, con 21 madres y padres que acudieron a una agencia comunitaria para solicitar información y apoyo emocional.

Sommers-Flanagan (2007), menciona que de acuerdo a los cuestionarios que los(as) padres y madres contestaron antes de la sesión y a las 4 a 8 semanas después de la misma, en esta

última valoración, señalaron sentirse menos estresados(as) y angustiados(as) y más capaces de manejar los comportamientos de sus hijos(as). En general, los(as) padres y madres comentaron que les fueron de utilidad las ideas concretas y las estrategias para saber qué hacer con los comportamientos de sus hijos(as) y para tener una mejor comunicación con ellos(as).

Asimismo, en el inventario para evaluar la satisfacción del servicio, indicaron, -en su mayoría- que la calidad de este fue excelente, que se sintieron muy satisfechos(as) con la ayuda que recibieron y que por ello regresarían de nuevo. Para este autor, una sola sesión en una atmósfera sin prejuicios y de ideas prácticas, colaboró para que los(as) padres y madres pudiesen disminuir su estrés o angustia y al mismo tiempo aumentar su sentido de competencia en la crianza de sus niños(as).

A partir de la información en estos cinco estudios, distingo, además de una excelente o alta satisfacción con el servicio, como lo refieren los porcentajes entre el 85 y el 95%, según las investigaciones en las que Harper-Jaques está presente, que la Terapia de Atención Inmediata fue un buen aliado para las personas a las que la angustia las visitó, al poder colaborar con ellas en la construcción de un camino de mejoría, que puede seguirse recorriendo al pasar los días sin tener que depender de una terapia.

Me resulta significativo el que algunas personas hayan dicho que su esperanza y su capacidad o sentido de competencia como lo nombró Sommers-Flanagan, aumentaron o se generaron después de la sesión, llevándome a reflexionar en la manera en que fueron construidas las relaciones y conversaciones durante las sesiones, -diría yo desde la colaboración y las posibilidades-, como para que pudiesen salir de ellas con esos sentires, los cuales, desde mi visión, son factores que nos dan confianza para seguir moviéndonos y nos agencian frente a cualquier circunstancia.

Hago mención de que en el estudio de Stalker et al. (2012), estos(as) autores(as) señalaron como debilidades del mismo, el tamaño de su muestra, la falta de un grupo comparativo y una fase cualitativa, lo cual probablemente los(as) motivó a realizar, -en colaboración con el grupo de los 10 investigadores(as) del cual formaron parte-, la investigación con la cual inicié, en la que sí se incluyó una muestra mayor, un grupo de comparación y una fase cualitativa que ahora retomo.

Regresando a la investigación comparativa de este grupo de 10 investigadores(as), para conocer el sentir de los(as) participantes sobre el servicio recibido, se llevaron a cabo en la fase cualitativa de esta, una serie de entrevistas telefónicas semiestructuradas (grabadas en audio) con 48 de los(as) participantes a las 10 semanas después del seguimiento cuantitativo, entre enero del 2013 y marzo del 2014. En términos generales, se documentó que las personas que hicieron uso de la Terapia de Atención Inmediata indicaron haberse sentido motivadas a asistir a terapia debido a su fácil acceso. Justo este aspecto, el de la accesibilidad, definida en términos de obstáculos o facilidades para obtener y recibir servicios psicológicos, fue significado como el tema más destacado para los(as) participantes de ambas agencias. (Cait et al., 2016).

Para la mayoría de los(as) asistentes a la Terapia de Atención Inmediata fue muy importante poder tener acceso al servicio de forma rápida y fácil. Por ejemplo, uno de los participantes expresó su satisfacción de haber encontrado una opción para él, pues de lo contrario, todavía seguiría buscando un consejero, y otro más mencionó su agrado de poder obtener un servicio cuando se tiene en mente y se quiere hacerlo. De igual forma, para otra participante, que ya había utilizado el servicio, el rápido y fácil acceso fue lo más importante, pues de no haber tenido el apoyo en el momento en que lo necesitaba, posiblemente se hubiese autolesionado. Las habilidades que desarrolló le permitieron hacer frente a su situación sin tener que regresar de nuevo (Cait et al., 2016; Stalker et al., 2016).

En contraste, para algunas personas que recurrieron al servicio de terapia tradicional les resultó difícil y frustrante la espera hasta de 12 semanas. Una participante, que intentó asistir con su hija a la terapia tradicional y no pudo hacerlo en el momento en que lo solicitó, refirió que mientras estuvo en lista de espera, su hija cambió de opinión y ya no quiso ir, mientras que otra de las participantes señaló que la falta de apoyo durante el tiempo de espera, puede poner en una posición peligrosa a muchas personas (Cait et al., 2016; Stalker et al., 2016).

Entre los hallazgos que más llamaron la atención a los(as) autores(as) de ese estudio, es que la asistencia de hombres a la Terapia de Atención Inmediata fue más alto de lo que generalmente se ve en la terapia tradicional. Posiblemente para algunos hombres puede resultar atractivo poder asistir a terapia sin hacerlo de forma continua y sin tener que sacar cita, teniendo con ello el control sobre cómo y cuándo acudir a ella (Stalker et al., 2016). Considerando todo lo anterior, es posible afirmar entonces que para los(as) participantes de ambos grupos como para muchas personas más, la accesibilidad en un servicio es un aspecto valioso.

Otro elemento de análisis cualitativo en la investigación fue la utilidad que aportó cada uno de los servicios de terapia. Al respecto, uno de los participantes relató que la asistencia a la Terapia de Atención Inmediata colaboró en que se sintiera mejor, es decir, con el ánimo para hacer las cosas, en tanto que otra participante la significó en términos de una sensación de autoeficacia y agencia, al poder confiar en sus recursos y desarrollar opciones para salir de casa y sentirse menos deprimida. Para otra participante, la Terapia de Atención Inmediata fue contrastante respecto a su experiencia previa ya que pudo experimentar la sesión sin que la patologizaran y la estigmatizaran, y una participante más, la significó como una experiencia que le brindó tranquilidad y comodidad debido a la compasividad de la consejera y a la esperanza de que su problema era manejable (Cait et al., 2016; Stalker et al., 2016).

Diferencialmente, para algunos(as) de los(as) participantes, que sólo fueron a una sesión en la terapia tradicional con lista de espera, esta no les resultó de utilidad porque cuando fueron ya no la necesitaban. No obstante, para otros(as), sí les fue útil asistir a ella; una participante indicó que la consejera compartió su visión y le hizo sugerencias sobre lo que podría intentar para solucionar sus problemas (Cait et al., 2016; Stalker et al., 2016).

En conclusión, es posible decir que en la investigación comparativa de estos(as) 10 investigadores(as), la Terapia de Atención Inmediata proporcionó -según la información de tipo cuantitativa y cualitativa-, mayores beneficios para sus asistentes en comparación con los(as) que se presentaron en el modelo tradicional de terapia, aunado a la utilidad de reducir la lista de espera en la agencia en donde fue brindado ese servicio gracias a su fácil acceso, aspecto que fue significado como relevante para ambas agencias (Cait et al., 2016).

Considerando que mi proyecto doctoral es cualitativo y que generalmente las investigaciones que he podido encontrar sobre la Terapia de Atención Inmediata y la Sesión Única son cuantitativas, con descripciones o comentarios de sus participantes muy breves, destaco de suma importancia que el estudio comparativo de estos(as) 10 investigadores(as) haya incluido una fase cualitativa para escuchar las voces de los(as) participantes desde un lugar distinto. Poder conocer que varias personas significaron a la Terapia de Atención Inmediata como un espacio de reconocimiento y de desarrollo de fortalezas, recursos y posibilidades, y que otras más la pudieron mirar también como una experiencia no patologizante ni estigmatizante, sino compasiva, de escucha y de esperanza de que los problemas pueden solucionarse, me resulta significativo por coincidir con lo que yo concibo que tendría que ser una terapia y porque me hace reflexionar en que estos sentires, quizá representan, en alguna medida, las expectativas que muchas personas tienen de ella.

Cobra sentido que el factor del acceso haya tenido tanta relevancia para muchos(as) de los(as) participantes si tomamos en cuenta que en algunas ciudades de Canadá (como en otras tantas en distintos países, entre ellos, el nuestro), todavía existen problemas de saturación en varios de sus servicios de salud mental. Simplemente, en Ontario, durante el 2008, aproximadamente 7000 niños(as) y familias fueron colocados(as) en listas de espera, incluso algunas de esas familias tuvieron que esperar hasta 4 años para ser atendidas, y en Vancouver, muchos padres y madres de familias se quejaron de que podía pasar un año sin que pudiesen tener acceso a un o una profesional de la salud mental (Bloom & Tam, 2015).

Vivimos y somos partícipes de cómo la prestación de otros servicios se mueve cada vez más hacia la facilidad de acceso para que las personas puedan disponer de ellos en el momento en que lo necesitan. La industria bancaria ha colocado cajeros automáticos casi en cada esquina, que hacen posible que ahora sea menos necesario ir a un banco para realizar algún trámite y lo mismo sucede con los consultorios médicos y dentales anexos a las farmacias, que atienden a muchas personas ofreciendo la consulta a un bajo costo. Sin embargo, parece que la mayoría de los servicios públicos de salud psicológica ha elegido quedarse en la tradición de la cita y la lista de espera, sin importar su poca capacidad para hacer frente a la demanda que la gente hace de ellos, ni a los cambios económicos, sociales, políticos, culturales, etcétera, que vivimos, que ocasionan -entre otras cosas- que muchas personas tengan que conformarse a esperar mucho tiempo para recibir atención porque no está a su alcance pagar una sesión en un consultorio privado (Slive et al., 1995).

Por ello, la posibilidad de recibir atención cuando la necesitamos, desde mi perspectiva, resulta ya un factor terapéutico. Esto nos tendría que alentar para trabajar en resignificar o modificar la manera en que usualmente se brinda la terapia psicológica en muchos centros de salud, hospitales y escuelas en las que se proporciona un servicio como este. Me parece que por

distintas circunstancias, algunas de ellas modificables, como los procesos de evaluación, las largas listas de espera y otras más, se desaprovechan las intenciones y motivaciones de cambio con las que pueden llegar muchas personas a un consultorio. Me pregunto: ¿Qué pasaría si se le concediera mayor valor al hecho de que alguien decidió salir de su casa para solicitar atención terapéutica?

Este tema del acceso a los servicios psicológicos ha sido mencionado de forma recurrente como un factor importante en otras investigaciones, como lo hicieron Barwick et al. (2013) en su investigación, también de corte comparativa. Estos(as) autores(as) refieren que en respuesta a los largos tiempos de espera de algunos centros de salud en la ciudad de York, en Toronto, Canadá, que tradicionalmente ha sido calificado como un lugar de alto riesgo, con pocos servicios en general y una alta demanda de ellos por parte de la gente, se creó en 1999, el West End Walk-In (sin cita) Counseling Center en el Yorktown Child and Family Center, el cual ha brindado desde entonces, atención terapéutica inmediata a un número considerable de personas. Sin embargo, ante la necesidad de conocer un poco más sobre cómo este esfuerzo estaba dando resultados en los(as) niños(as) y jóvenes con “problemas psicosociales”, se alentó a la realización de la evaluación del servicio de dicho centro.

Para dicha evaluación, Barwick et al. (2013), contaron con la participación de dos grupos de niños(as) de 4 a 18 años de edad. El grupo que recibió atención terapéutica inmediata en el West End Walk-In (sin cita) Counseling Center estuvo conformado por 60 participantes, mientras que el grupo que asistió a terapia de forma tradicional fue de 38. A ambos grupos se les evaluó al inicio, después del tratamiento (postratamiento) y a los 3 meses, empleándose para ello, un cuestionario para recopilar información demográfica y de asistencia a terapia, una breve entrevista para niños(as) y familias (medida estandarizada para valorar el ajuste y el funcionamiento conductual y emocional al inicio, en el postratamiento y en el seguimiento), un

cuestionario de satisfacción del/la cliente (administrado después de la sesión y en el seguimiento) y una entrevista semiestructurada para evaluar la utilidad del servicio (realizada en el postratamiento y en el seguimiento).

En los resultados obtenidos en el postratamiento y en el seguimiento por medio de la breve entrevista, los(as) participantes del West End Walk-In Counseling Center tuvieron mejores puntajes en todas las escalas de ajuste y funcionamiento conductual y emocional que los(as) que asistieron a terapia tradicional o habitual, lo cual, según los(as) autores(as), señala un mayor grado de mejoría para los(as) niños(as) y adolescentes de la Terapia de Atención Inmediata o sin cita. Asimismo se reportaron resultados favorables en la satisfacción de los(as) clientes(as); la mayoría que asistió al West End, mencionó haberse sentido satisfecha con la estructura del servicio, considerando relevante poder entrar y ver a una o un terapeuta sin tener cita ni pasar por una lista de espera. Algunas personas refirieron que la atención terapéutica les permitió abordar sus preocupaciones y que la actitud de los(as) terapeutas fue respetuosa y sensible (Barwick et al., 2013).

De forma general, me parece que la Terapia de Atención Inmediata brindada y documentada en todas estas investigaciones, se mostró como un servicio útil y accesible, con buenos comentarios o altos puntajes en la evaluación de la satisfacción del servicio (sea el caso), en el que se pudieron co-construir con los(as) consultantes resultados que fueron significados como favorables y que pudieron mantenerse y fortalecerse a través del tiempo.

También considero que la creación del West End Walk-In Counseling Center en la ciudad de York, el centro de Kitchener-Waterloo de Ontario, el Eastside Family Center y el South Calgary Health Center, todos en Canadá, así como otros centros de atención terapéutica inmediata tanto en ese país como en otros más, ha sido una respuesta de escucha responsable a las necesidades de las personas y una manera efectiva de entender y abrazar los cambios sociales,

en donde cada vez más se solicitan y se requieren servicios terapéuticos que convengan a nuestros intereses y que al mismo tiempo puedan posibilitar a quienes vayan a ellos, la tranquilidad y claridad de lo pueden hacer una vez que salgan de ahí.

Cabe subrayar que parte de la información documentada sobre el trabajo efectuado en estas clínicas, centros de salud o agencias de servicios familiares, en relación a la utilidad o beneficios de la Terapia de Atención Inmediata y de la Sesión Única y a la satisfacción de los servicios, tiene puntos de coincidencia con lo que se ha señalado en otras investigaciones, algunas recientes y otras con más antigüedad que se han hecho también en Canadá, incluso en el mismo Eastside Family Center, así como en Estados Unidos y en Australia, en los que igualmente se han utilizado ambos servicios terapéuticos.

Por ejemplo, las evaluaciones de resultados y de satisfacción del/la cliente(a) que se han llevado a cabo en distintos momentos en los centros de atención inmediata del Reach Out Centre for Kids (ROCK) de Ontario y del Eastside Family Centre (EFC) de Calgary, por Bhanot y Young (2009, citado en Slive & Bobele, 2011) y Young et al. (2008) en el ROCK y por Miller (2008), Slive et al. (2008), Miller y Slive (2004), Miller (1997) y Slive et al. (1995) en el EFC, fueron significadas como favorables.

En el Reach Out Centre for Kids (ROCK), según Bhanot y Young (2009, citado en Slive & Bobele, 2011), en la evaluación de efectividad, en la que participaron 408 clientes(as) del 2008 al 2009, la mayoría de los(as) clientes(as), después de dos meses de haber asistido a su sesión de terapia, estaba significativamente menos preocupada y se sentía más competente y con mayor conocimiento y confianza sobre sus recursos y habilidades.

Anteriormente, Young et al. (2008), documentaron que durante seis años posterior a la apertura en el 2001 de tres clínicas de atención inmediata del Reach Out Centre for Kids (ROCK) en ciudades pequeñas, se atendieron a mil familias por año, de las cuales, a partir de un

cuestionario de evaluación que completaron al mes de la sesión, un 45% refirió que una sola sesión fue suficiente para ayudarles a saber cómo lidiar con el problema y para llevar a cabo el plan que construyeron en la misma. Casi en todas las evaluaciones se mencionó que regresarían a las clínicas del ROCK si lo consideraban necesario, ya que encontraron que la sesión les tranquilizó, dio esperanza y apoyo para aclarar sus problemas y desarrollar otros puntos de vista para resolverlos. Para ilustrar lo anterior, a continuación expongo dos casos de familias que asistieron a la Terapia de Atención Inmediata.

Gail, madre de dos niños de 14 y 9 años, llegó a la terapia con un discurso dominante de no tener habilidades para la crianza de sus hijos. Para debilitar dicha historia, desde una postura narrativa, en la conversación entre la terapeuta y Gail se co-construyó el espacio para rescatar los significados y valores de todas las acciones que había hecho Gail para procurar la salud y el bienestar de sus hijos, dándole a esas historias subordinadas una voz y una importancia en su vida, las cuales pudieron engrosarse aún más trayendo a la sesión a otras voces significativas, como la de su padrastro, a quien consideraba como una brújula por ser una referencia de una relación familiar amorosa y por haberle motivado a dar pasos importantes en algunos aspectos de su vida (Young et al., 2008).

Al finalizar la sesión, Gail indicó que con la conversación se dio cuenta de que todas las habilidades, compromisos y valores que creía que no tenía, ya estaban presentes en su vida, contribuyendo a que tuviera un mayor sentido de agencia y esperanza para el futuro. Expresó también tener la confianza de poder continuar con la crianza de sus hijos sin necesitar de una terapia aunque volvería en el futuro a otra sesión si lo consideraba necesario (Young et al., 2008).

En el siguiente caso, desde un enfoque centrado en soluciones, la conversación con Courtney, de 13 años, Chloe, de 10 años y su madre Sharon, se movió del problema a las soluciones mediante la co-construcción de excepciones. Sharon llegó con sus hijas a la Terapia de

Atención Inmediata buscando ayuda para que estas se llevaran mejor, ya que según Chloe, su hermana la odiaba y era mala con ella. Tanto Courtney como Chloe reconocieron que peleaban todo el tiempo y que les gustaría llevarse mejor, significado esto como no molestarse mutuamente, ser amables la una con la otra y tener la oportunidad para hablar (Young et al., 2008).

Al conversar Courtney y Chloe sobre cómo querían que fuera su relación, pusieron como ejemplo algunos momentos (excepciones) que disfrutaban al hacer cosas juntas, como el salir con amigos(as) comunes, cocinar, ver películas, hacer actividades al aire libre, lo cual sirvió para que ambas modificaran la percepción de que todo el tiempo estaban peleando, alentándolas en ese instante para que realizaran más de estas y otras actividades. Courtney y Chloe compartieron ideas específicas sobre lo que podrían hacer juntas en un futuro y señalaron que podrían regresar a otra sesión para hablar sobre su progreso respecto a llevarse mejor (Young et al., 2008).

En esta descripción de casos, distingo en ambos, una postura terapéutica desde un lugar de respeto, de colaboración y de posibilidades, que considera que los(as) consultantes son los(as) expertos(as) en conocer sobre su propia vida. Desde ese lugar, lo que considero que se hizo en cada sesión fue construir conversaciones que pudiesen darle importancia a los valores, experiencias y relaciones que Gail, Sharon, Courtney y Chloe consideraban significativas, a sus logros, fortalezas, habilidades y recursos, y a todo aquello que les ha servido en otros momentos para solucionar sus “problemas”, logrando que pudiesen desarrollar un mayor sentido de agencia en la crianza de los hijos, en el caso de Gail, y un llevarse mejor como lo fue con Courtney y Chloe.

Dándole cierre a las investigaciones en el ROCK, desde mi perspectiva, dice mucho sobre la utilidad de un servicio que casi la mitad de los(as) participantes que asistieron a él, hayan señalado la suficiencia de una sola sesión y que muchos(as) considerasen regresar en caso de

necesitarlo. Me parece que cualquier terapia que se ocupe y de prioridad a que las personas se sepan competentes y confiadas de todo lo que pueden hacer, llevará a acortar los plazos de cualquier proceso terapéutico. Se trata de que las personas den cuenta de que en sus experiencias, en sus propias historias, en la manera en que han resuelto algunos inconvenientes en su vida, en los apoyos que pueden tener en sus relaciones y en muchas cosas más, están las mejores herramientas terapéuticas.

Por otra parte, el Eastside Family Centre (EFC), es posiblemente el lugar en donde más se han realizado estudios para evaluar en diversos sentidos el servicio de Terapia de Atención Inmediata proporcionado y para dar a conocer las experiencias de los(as) consultantes a través de la descripción de casos, como lo muestran las historias que nos comparten Slive et al. (2008) y Slive et al. (1995), que a continuación presento y que significo como una invitación para que como terapeutas preguntemos y aprendamos lo antes posible, lo que las personas quieren de la sesión y a tener como guías en la conversación las necesidades expresadas por estas.

Mary, de 35 años, que asistió sola a la Terapia de Atención Inmediata, habló de cómo sus adicciones al juego y al alcohol estaban arruinando su vida. Mencionó que sus tarjetas de crédito estaban llenas por lo que ya no podía pagar la renta y señaló que su asistencia la veía como una forma de mantenerse lejos del casino ese día. Cuando el terapeuta le preguntó a Mary qué le gustaría que sucediera en la sesión, ella contestó que estaba buscando ideas que le ayudaran a volver a hacerse cargo de su vida sin apostar y que lo que le sería útil de la misma, sería llevarse algo que le permitiese abstenerse de jugar en la noche (Slive et al., 2008).

Después de que se plantearon ciertas ideas, significó como una posible solución la de llamar a una amiga para quedarse esa noche y así no volver a las mesas de juego. Para finalizar la sesión, el terapeuta le proporcionó contactos de centros de tratamiento de adicciones como un recurso que en algún momento podría ser útil y le invitó a regresar a la Terapia de Atención

Inmediata las veces que deseara. Mary dejó la sesión afirmando que era la primera vez en seis meses que se sentía en paz y a cargo de sí misma y agregó que iría a casa de su amiga por la noche. Como inicio de su plan, la llamó desde el centro para reunirse con ella en una cafetería local (Slive et al., 2008).

En otro caso, Jane y su hija Lisa, llegaron al Eastside dos días después de que Lisa tuvo una sobredosis grave de medicación. Jane compartió que era madre soltera de siete hijos(as), que trabajaba por la noche y que no siempre estaba disponible para estos(as) cuando la necesitaban. Por su parte, Lisa refirió que había tenido un aborto sin que su madre supiera de ello. Comenzó a hablar sobre dicho evento y sobre los problemas que estaba experimentando con sus compañeros(as) de la escuela. Mencionó sentir que no era lo suficientemente interesante para que alguien quisiese saber de ella y de sus problemas. Según Jane, habían visto a muchos(as) profesionales de la salud en los últimos días sin que alguno(a) se hubiese interesado en ellas (Slive et al., 2008).

Después de escuchar eso, la terapeuta les reconoció a ambas el esfuerzo para buscar atención terapéutica inmediata después de lo sucedido, y de forma conjunta y colaborativa, se creó un plan de seguridad para que Lisa estuviera a salvo, el cual incluía conversar con su madre, utilizar recursos de crisis telefónica y salas de emergencia, además de regresar a la Terapia de Atención Inmediata como un espacio para satisfacer sus necesidades en el momento oportuno.

Una semana más tarde, Jane y Lisa regresaron a otra sesión de atención inmediata indicando necesitar algunas ideas adicionales. Cuando la terapeuta preguntó qué había de nuevo desde la última vez que estuvieron en el Eastside, Lisa declaró que sus pensamientos y comportamientos autolesivos habían disminuido significativamente y Jane compartió sentirse un poco abrumada por la responsabilidad y el miedo, aunque ahora se sentía escuchada y tomada en serio. La terapeuta validó su sentir y conversaron sobre algunas ideas para disminuirlo y también

para mejorar la relación entre madre e hija, dejando la puerta abierta para que pudiesen regresar las veces que quisieran (Slive et al., 2008).

Finalmente en el caso documentado por Slive et al. (1995), una madre acudió con su hijo de 15 años a la Terapia de Atención Inmediata con sesión única porque consideraba que este no era feliz. El joven, quien vivía con su padre, comenzó a llorar (y la madre también) al decir que sentía que estaba discutiendo mucho con su hermano. Él creía que su familia sufría. Al escuchar eso, su madre comentó que su propia adolescencia no fue feliz y que no quería que su hijo sufriera de la misma manera.

Durante la conversación, el terapeuta le reconoció al joven el valor para mostrar sus sentimientos al contar lo que le pasaba; le explicó que muchos hombres creen que los sentimientos deben esconderse, lo cual llevó a una conversación animada entre ambos sobre el deseo que el joven tiene de ser un maestro de escuela primaria para poder apoyar a los niños a que sean como son. El terapeuta, atendiendo esta afirmación como una metáfora relacionada a una posible dificultad por parte de la madre de reconocer que su hijo pueda sentirse por momentos triste, le dijo al joven que es válido aceptar a las personas en el lugar en el que están y felicitó a la madre por criar un hijo capaz de sentir y expresar sus emociones. Al final de la sesión, los(as) dos salieron sintiéndose tranquilos(as) (Slive et al., 1995).

En estas tres historias distingo que el trabajo terapéutico que se hizo fue escuchar, validar los sentimientos y tomar en cuenta las necesidades e ideas de posibles soluciones de todas las personas, y a partir de ello, conversar sobre pasos “sencillos” que podrían dar saliendo de la sesión para sentirse mejor y hacer frente a los vaivenes de la vida. Más que tratar de invitar a las personas a que hagan cambios radicales que pueden asustar a cualquier por mirarse difíciles, considero que colaborar con ellas desde la idea de un paso a la vez, que sea alcanzable, puede ser un excelente “motorcito” que las estimule para que se sigan moviendo en la dirección que desean.

Como lo mencionan Slive et al. (2008), tanto la Terapia de Atención Inmediata como la Sesión Única comparten el propósito de que las personas salgan de la sesión con un sentido de “alivio” emocional y de algún tipo de resultado “positivo”.

Ahora bien, es importante tener en cuenta que los resultados “positivos” difieren de una persona a otra; para un(a) consultante puede ser reconfortante y suficiente tener a alguien que escuche su historia, para otro(a), quizá podría ser necesario el desarrollar una nueva forma de mirar un problema o dejarlo de considerar así, para alguien más, puede ser el comienzo de una nueva historia y para otras tantas, tal vez sea el salir de la sesión con ideas para hacer algunas actividades que antes no habían hecho. Con esto quiero decir que la pretensión de la Terapia de Atención Inmediata o de la Sesión Única no es el ser una panacea que lo resuelva todo, sino sólo un espacio de escucha, comprensión y respeto que ofrezca a las personas en cada sesión, la oportunidad de contar sus historias y resignificarlas.

Además de estos(as) terapeutas investigadores(as), otro de los autores que ha documentado el trabajo de la Terapia de Atención Inmediata en el Eastside Family Centre (EFC) es Miller (1996). Entre 1995 y 1996, en el estudio que realizó para evaluar la satisfacción de 417 consultantes que acudieron a la Terapia de Atención Inmediata con sesión única y que contestaron un cuestionario al finalizar la sesión, un 83.3% de ellos(as) señaló una alta satisfacción con su asistencia. De acuerdo a este autor, en una escala en donde el puntaje más alto era de 5, el promedio alcanzado fue de 4.37.

Dentro de dicha evaluación, Miller (1996), también incluyó en el cuestionario aplicado, dos preguntas para conocer desde la perspectiva de los(as) consultantes, cuáles eran las fortalezas del servicio y las recomendaciones de cambios que se podrían hacer al mismo. Al respecto, se indicó la accesibilidad como la principal y más importante fortaleza; de los(as) 329 participantes que contestaron, un 30% refirió que ser atendidos(as) de manera inmediata es la mayor fortaleza

del servicio, mientras que un 18% contestó que poder hablar con alguien y un 15%, la actitud afectuosa del o la terapeuta. En relación a las recomendaciones sobre cambios, de los(as) 50 que contestaron a esa pregunta, un 18% mencionó que el servicio fuese proporcionado por el o la mismo(a) terapeuta, un 12% que las sesiones fuesen más largas y otro 12% mayor publicidad al servicio.

En otro estudio realizado por Miller y Slive (2004) en el Eastside, en el que se distingue una evaluación con mayor tiempo de seguimiento, quizá como atención a una de las limitaciones que el propio Miller señaló en su anterior investigación, en la que mencionó la necesidad de realizar más estudios para determinar los resultados de la Terapia de Atención Inmediata a largo plazo, documentaron que la mayoría de los(as) 43 clientes(as) contactados(as) telefónicamente después de 3 a 6 meses de la Terapia de Atención Inmediata, señaló sentirse satisfecha con los servicios en general; un 74.4% informó satisfacción con el tratamiento, un 67% reportó mejoría después de la sesión y un 43% afirmó que una sola sesión fue suficiente para abordar sus preocupaciones.

Según estos autores, cuando se les preguntó a algunos(as) participantes acerca de los cambios experimentados a partir de la sesión, una consultante declaró que su esposo pasaba más tiempo con su hija, otro dijo que ya pudo mostrar una postura firme con su jefe para defender sus derechos, uno más había encontrado un nuevo empleo que disfrutaba, y madre e hija, que es el caso que expongo a continuación, pudieron tomar una decisión durante un momento de incertidumbre y confusión.

Kim, de 13 años, quien estaba pensando en irse a vivir con su madre después de mudarse de la casa de su padre por el consumo de alcohol de este a la casa de su tía (hermana de su madre) en la que se sentía cómoda y bien tratada, dejó de considerar esa opción al encontrar a su madre teniendo relaciones con otra mujer. Bajo ese escenario fue que ambas llegaron a la Terapia de

Atención Inmediata, en donde la solicitud de la madre era que el terapeuta le ayudara a que Kim comprendiera que ella era lesbiana y aceptara vivir con ella. Sin embargo, lo que quería Kim era quedarse con su tía (Miller & Slive, 2004).

Después de que el terapeuta reconoció a ambas sus esfuerzos, a Kim por adaptarse a los cambios en su vida y a la madre por haber criado a una hija tan capaz, se conversó sobre la posibilidad de que cada una se diera un tiempo para adaptarse a las nuevas circunstancias siendo abiertas a soluciones en el camino. Se le preguntó a la madre su opinión sobre si podría ocurrir que su hija comprendiese y aceptase mejor estas circunstancias viviendo de forma inmediata con ella o por un tiempo en la casa de su tía. Ante tal pregunta, ambas acordaron regresar a una sesión más, expresando confianza de poder decidir a “corto plazo” sobre dónde sería mejor para Kim vivir por ahora. Comentaron que la sesión les permitió escucharse, saber de sus preocupaciones y quitarse la presión de una decisión que podría afectar la relación de ambas. Terminaron diciendo que se irían a tomar un café porque Kim quería conversar sobre la “nueva vida” de su madre (Miller & Slive, 2004).

Sobre este caso, cuando lo terminé de leer pensé: ¿y luego?, ¿cuál fue la solución? Todavía los vestigios de mi mirada moderna se hacen presentes para querer resultados en términos de esas tierras, es decir, más “claros” o “terminados”. Sin embargo, moviéndome de ahí y posicionándome en una perspectiva Posmoderna y Socioconstruccionista, me parece que lo valioso del trabajo terapéutico que se hizo fue que se haya dejado, mediante una pregunta a la madre, un espacio abierto a la reflexión y a que la conversación continuara para que fueran ellas las que construyeran lo que les va mejor sin apresuramientos ni presiones.

Posterior a esta evaluación de satisfacción del servicio que Miller y Slive hicieron en el 2004, Miller (2008), en el mismo Eastside, replicó el estudio para conocer la satisfacción general de 403 consultantes que asistieron a la Terapia de Atención Inmediata con sesión única, en el que

según lo contestado después de la sesión, el 81.9% indicó una alta satisfacción con la terapia y con la postura del/la terapeuta, así como con todo el servicio en general, agregando que la recepción en este, fue amable, educada y servicial, y los formularios utilizados fueron claros al igual que la explicación de la confidencialidad. Entre los cambios sugeridos para el servicio, algunos(as) consultantes señalaron que les gustaría que las sesiones fuesen más largas y que se pudiese tener disponible el servicio por más horas los sábados.

Es de destacar que en las tres investigaciones de Miller, dos de forma individual y una en colaboración con Slive, con un lapso de 10 años de distancia entre la primera y la última, el nivel de satisfacción de los(as) consultantes en su asistencia a la Terapia de Atención Inmediata tenga puntajes muy próximos, con un 83% en la primera, un 74% en la segunda y casi un 82% en la última. Esto me invita a sugerir que el servicio de atención terapéutica inmediata del Eastside, en su inicio creado -como muchos otros centros- para disminuir las listas de espera, pudo consolidarse y tener ese nivel de aceptación por parte de la gente, en gran medida, gracias a su filosofía comunitaria de privilegiar que todas las personas puedan recibir atención de forma efectiva en el momento en que lo solicitan.

De acuerdo a Miller y Slive (2004), los servicios de Terapia de Atención Inmediata funcionan porque están diseñados para enfocarse en lo que los(as) consultantes buscan y quieren de la terapia y porque se basan en la premisa de que todas las personas cuentan con los recursos y posibilidades para construir algo distinto en sus vidas, como refirieron que lo fue el trabajo terapéutico colaborativo que se tuvo con Kim de 13 años y su madre.

Aunque la mayor parte de los estudios sobre la Terapia de Atención Inmediata y la Sesión Única han sido realizados en Canadá, en Estados Unidos y en Australia también se han llevado a cabo investigaciones para conocer los alcances de estos servicios. En el seguimiento que hicieron Hoyt et al. (1992, citados en Paul & van Ommeren, 2013), para evaluar la utilidad de la atención

terapéutica inmediata de sesión única en un servicio de salud (Kaiser Permanente Medical Group) en Estados Unidos, fueron reportados resultados favorables. De los(as) 34 consultantes contactados(as), entre 3 y 12 meses después de que tuvieron una sola sesión, 31 de ellos(as) (88%) refirieron sentirse mejor y 23 de los(as) 34 (65%) indicaron que la sesión les dejó una onda de efectos positivos.

Dos años antes, Talmon (1990, citado en Slive & Bobele, 2011), al documentar la aplicabilidad de la Terapia de Atención Inmediata, señaló que al ponerse en contacto para una entrevista de seguimiento después de 12 meses con 58 ex consultantes que sólo asistieron a una sesión, un 88% informó mucha mejoría después de la misma y un 79% mencionó que una sesión fue suficiente para tratar sus problemas.

Por su parte, Hymmen et al. (2013), en la revisión que hicieron de algunos estudios, documentaron que la mayoría de los(as) clientes(as) que asistieron a la Terapia de Atención Inmediata de sesión única o a la Terapia de Sesión Única con cita, indicó que su terapia le resultó suficiente y de utilidad, que sus problemas disminuyeron significativamente y que se sintió satisfecha con la accesibilidad del servicio. De igual forma Bloom (2001), en su revisión de estudios, menciona que la utilidad de las sesiones únicas ha sido documentada en los trabajos de Block (1985), con pacientes con cáncer, de Marcus (1999), en adicciones a la cocaína, de Slaff (1995), en un contexto escolar con adolescentes y de Schwebel et al. (1985), en conflictos interpersonales.

En relación a las sesiones únicas, además de lo mencionado por estos(as) autores(as), en otras investigaciones se ha documentado que su aplicabilidad, en términos de utilidad y satisfacción con el servicio, también ha sido significada como favorable o positiva, desafiando con ello las afirmaciones de que las sesiones únicas no funcionan o sólo lo hacen ante problemas “sencillos”.

Por ejemplo, en el estudio que Ewen et al. (2018), realizaron para evaluar la satisfacción y los resultados de la asistencia de 109 consultantes, que acudieron a un nuevo programa de Terapia de Sesión Única para adultos en una clínica de salud mental comunitaria ambulatoria en el noroeste de Ontario, Canadá, señalaron que, según los cuestionarios aplicados antes y al finalizar la sesión y por contacto telefónico al mes (seguimiento), para la mayoría de los(as) participantes fue satisfactorio el servicio.

Muchos(as) de los(as) participantes informaron haberse sentido escuchados(as), entendidos(as) y respetados(as) al trabajar sobre sus problemas en la sesión, calificando a esta y al enfoque del/la terapeuta como favorable y adecuado. De forma general, los(as) participantes indicaron haber experimentado una disminución en la severidad de sus síntomas, que pudo mantenerse posteriormente gracias a que incrementaron significativamente sus habilidades para manejar los problemas y el conocimiento de sus recursos disponibles (Ewen et al., 2018).

Esa significación de mejoría o de disminución de los síntomas o problemas que manifestaron los(as) participantes del estudio anterior, también estuvo presente en dos investigaciones cuasi experimentales que Perkins realizó en el 2006 y en el 2008, en las que valoró la efectividad a lo largo del tiempo (1 mes y 18 meses) de una sola sesión de dos horas de Terapia Centrada en Soluciones en un Servicio de Salud Mental para Niños(as) y Adolescentes (CAMHS), en el centro de Melbourne, Australia (Perkins, 2006, 2008).

En el primer estudio, en el que se contó con 152 participantes (81 asignados(as) aleatoriamente al grupo de tratamiento de sesión única y 71 al grupo control de terapia con lista de espera), que contestaron un cuestionario para valorar la gravedad y la frecuencia de los problemas, una medida de respuesta de psicopatología (Devereux Scales of Mental Disorders, DSMD), una escala de salud HONOSCA (Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents) y un cuestionario de satisfacción del/la cliente (CSQ-8), Perkins (2006, 2008)

informó que después de un mes, la mayoría de los(as) participantes de la Sesión Única tuvo -en términos generales- una mejoría significativa en relación al grupo control y un 95.2% de estos(as) refirió una alta satisfacción con el servicio al terminar la sesión.

En el mes de seguimiento, según este autor, entre el 70-74% de los(as) participantes de Sesión Única, mostró mejores resultados en la frecuencia y gravedad del problema, cambiando en las puntuaciones en el DSMD de un rango clínico elevado a uno normal, puntajes que fueron coincidentes con los del HONOSCA, que señalaron un funcionamiento clínicamente mejor. En tanto que en el seguimiento de los 18 meses, el 60.5% continuó con la mejoría sin necesitar de más sesiones, mientras que el otro 39.5% la sostuvo acudiendo a una o más. Entre los grupos no se reportaron diferencias que fuesen significativas durante ese periodo de tiempo (Perkins, 2006, 2008).

Las investigaciones de Perkins como la de Ewen, muestran que las sesiones únicas, como lo señala Campbell (2012), son una extraordinaria opción para que cualquier persona, valiéndose de sus propios recursos, pueda construir un cambio significativo de forma inmediata y a largo plazo, lo cual rompe con una de las premisas de la terapia tradicional que conceptúa el cambio como algo que requiere de mucho tiempo para que ocurra, adjudicado en gran medida a la experiencia del o la terapeuta. Desde una postura Posmoderna y Socioconstruccionista, se concibe que el cambio es un proceso inevitable en la vida de las personas, por lo tanto, la Sesión Única es un recurso más del que se puede disponer en cualquier momento y que puede colaborar para crear posibilidades y ofrecer buenos resultados a corto y a largo plazo, con un menor costo, para un gran número de personas.

Mediante una postura de flexibilidad que se maneja en la Sesión Única, se reconoce que si bien algunas personas pueden no necesitar regresar a otra sesión, algunas sí lo harán porque así conviene a sus intereses, lo que, desde mi perspectiva, puede ser liberador no sólo para

muchos(as) consultantes sino también para muchos(as) terapeutas, al romper con roles estereotipados que se tienen dentro de la terapia, que usualmente hacen parecer a los(as) consultantes como incapacitados(as) para tomar decisiones y a los(as) terapeutas como los(as) responsables y expertos(as) del bienestar de estos(as).

Como terapeutas, usualmente esperamos que el cambio venga sólo de parte de los(as) consultantes sin estar dispuestos(as) a hacer lo mismo desde nuestro ejercicio profesional y sin considerar el contexto socioeconómico, político y cultural de una sociedad, que puede colaborar para facilitar u obstaculizar el acceso a los servicios de salud existentes. Con la Sesión Única, es posible mirar el potencial que todos(as) tenemos para desarrollar una conversación desde un lugar de posibilidades, como lo expresaron algunos(as) terapeutas en la investigación que realizaron Young et al. (2012), que es de las pocas investigaciones que he encontrado que evaluó la Sesión Única desde la mirada de los(as) implementadores(as), es decir, del personal que participa en proporcionar este servicio de terapia.

En el 2004, como respuesta a la información que mostraba que el 50% de los(as) 35,000 consultantes anuales que se atendieron en los servicios de asesoramiento de salud comunitario de Victoria, Australia, sólo había asistido a una o dos sesiones, se decidió, gestionado por el Centro Bouverie, implementar la Terapia de Sesión Única en dichos servicios a nivel estatal. Sin embargo, no fue sino hasta el 2007 y el 2008 que se efectuó una evaluación a dicha implementación, en la que en la mayoría de los servicios se mencionó que, además de reducir significativamente los tiempos de espera de estos, se pudo ayudar de forma productiva, -al aprovechar al máximo cada encuentro terapéutico-, a aquellas personas que suelen asistir de manera irregular y a las que refirieron una situación de crisis (Young et al., 2012).

De acuerdo a estos(as) autores(as), muchos(as) terapeutas comentaron el trabajo de ingenio y flexibilidad que se requiere para realizar una Sesión Única; para algunos(as) de

ellos(as) les representó un aumento de estrés debido a la adopción de una nueva forma de trabajar y por sentir la obligación de proporcionar una sesión “brillante”. No obstante, el 80% de los(as) 116 terapeutas que implementaron la Sesión Única, la calificó de útil y compatible con un modelo social de salud. Como uno de ellos(as) explicó, la Sesión Única es un trabajo de empoderamiento y potenciador para las personas, de asociación con ellas y de dar el mejor servicio posible, viendo cada sesión como la única y la más importante, sea 1, 2 o 10 sesiones.

Es entendible que para algunos(as) terapeutas u organizaciones les resulte un desafío poner en práctica la Sesión Única, si las ideas que se tienen sobre la terapia están soldadas a muchos “peros” o a “no es posible” o a la premisa de que la experiencia clínica tiene que estar por encima de las personas. Quizá podría ser un buen comienzo para desarticular esas ideas, si como terapeutas elegimos tan solo por un momento, sentarnos en el lugar del/la copiloto y preguntamos a nuestros(as) consultantes, -los(as) pilotos de la sesión-, qué es lo que esperan de ella y de qué manera les sería más útil que colaboráramos con ellos(as).

Retomando la evaluación de la Sesión Única desde los(as) consultantes, Campbell (1999), al evaluar la efectividad de esta en 33 familias, que acudieron al Oakrise Community and Mental Health Service en Australia y que aceptaron contestar un cuestionario sobre la presentación y el afrontamiento de problemas (The Problem Evaluation Summary, PES) antes de la sesión y 6 semanas después de esta por teléfono, reportó que la mayoría afirmó sentirse satisfecha con el resultado de la terapia al haber disminuido la severidad de sus problemas. Campbell refiere que el promedio de los puntajes de los(as) consultantes en la presentación del problema antes de la sesión fue de 12.48 y en la llamada telefónica disminuyó a un 8.21, resultado que fue coincidente con el obtenido en el grado de capacidad de afrontamiento, en el que la calificación promedio antes de la sesión era de 4.87 y en el seguimiento de 7.75.

Según Campbell (1999), estos resultados apoyan lo que otros(as) autores(as) han mencionado en relación a que una sola sesión puede ser suficiente para que muchas familias resuelvan sus problemas, si se visibilizan y/o desarrollan las capacidades y habilidades para afrontarlos, como también se muestra en otro estudio realizado con familias, en el que Boyhan (1996), refirió que, de las 36 familias que participaron en el Centro Bouverie de Melbourne, Australia y que fueron contactadas después de la Sesión Única, el 81% indicó que esta les fue útil y el 78% que su problema había mejorado mucho.

Vale decir que porcentajes parecidos a los de Boyhan han sido reportados en otras investigaciones. De acuerdo a Harper-Jaques y Foucault (2014), en el estudio que Hampson y sus colegas hicieron en 1999, para conocer la aceptabilidad y la utilidad de la Terapia de Sesión Única en un servicio de salud mental para niños(as) y adolescentes, informaron que el 80% de las familias que fueron encuestadas telefónicamente tres meses después de la sesión, le pareció útil el servicio y el 87% se sintió comprendida, en tanto que en las investigaciones de Price (1994), realizadas en la Dalmar Child and Family Care Clinic, en Nueva Gales del Sur, en Australia, en la primera con 32 personas, un 72% de las familias calificó el problema como mejor o mucho mejor al mes de la Sesión Única, y en la segunda, con 90 familias contactadas al año después de la sesión, el 63% calificó que su problema estaba un poco mejor.

Asimismo, Coverley et al. (1995, citados en Cameron, 2007), en su estudio, cuyo objetivo era determinar si una sola sesión de terapia podría ser útil para que las madres pudiesen generar más confianza en sus habilidades de crianza con niños(as) en condición de discapacidad psiquiátrica, señalaron que de las 14 madres que participaron en él y que fueron contactadas tres meses después de la sesión, el 64% indicó que la Sesión Única había sido extremadamente o moderadamente útil. La mayoría refirió haber valorado el apoyo y la oportunidad de conversar

con alguien y también sentir que la confianza en sus capacidades y habilidades de crianza había incrementado viéndose reflejado esto en un cambio en el comportamiento de sus niños(as).

Mediante la información que he descrito, es notable cómo en todas las investigaciones, contrario a lo que muchos(as) terapeutas situados(as) en los modelos de terapia tradicionales mencionan, en relación a que los resultados “positivos” en los tratamientos breves no son posibles de producirse en poco tiempo ni muchos menos de sostenerse a largo plazo, no sólo se reportó una mejoría al terminar la sesión, con porcentajes oscilantes del 60 al 80%, sino además, esta pudo sostenerse a lo largo de tiempo según los seguimientos realizados. Así lo muestran las investigaciones de Talmon, la de Hoyt y la de Miller y Slive, así como el segundo estudio de Price y el seguimiento de Perkins, en las que al contactarse con las personas a los 6, 12 o 18 meses de haberse efectuado la sesión, la mejoría seguía presente.

Cada uno de estos hallazgos me invita a sugerir que para muchos(as) consultantes que asistieron a la Sesión Única o a la Terapia de Atención Inmediata, una sola sesión fue suficiente para sentirse mejor y resolver las situaciones que les llevaron a consulta y que la mejoría, por lo tanto, no necesariamente se incrementa o se favorece con tratamientos largos ni está en función al número de sesiones en la terapia, lo cual es consistente con los hallazgos documentados en la investigación de Barkham et al. (2006), en la que a través de la participación de 1868 personas, que asistieron de 1 a 12 sesiones y que contestaron una evaluación de rutina de resultados clínicos (Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure, CORE-OM) al principio y al final del tratamiento, el porcentaje de consultantes que logró una mejoría no aumentó con el número de sesiones.

Ewen et al. (2018), afirman que en investigaciones más recientes se ha documentado que la mejoría suele ocurrir al principio del tratamiento y va disminuyendo con cada sesión adicional, lo cual tendría que ser tomado en cuenta por los(as) terapeutas, que lamentablemente, bajo las

creencias de que esta sólo se produce con tratamientos de largo plazo, deciden continuar viendo a sus consultantes a pesar de que posiblemente ya se obtuvieron los máximos beneficios, en detrimento de las personas que siguen en una lista de espera.

Partiendo de lo anterior, puedo decir entonces que tanto la Sesión Única como la Terapia de Atención Inmediata, además de ofrecer un acceso más sencillo y rápido para iniciar una terapia en comparación con el que ofrecen los servicios con modelos tradicionales, pueden tener los suficientes alcances para que quienes asistan a ellas, consigan sentirse mejor, con una mayor confianza para realizar actividades que posiblemente pensaban que no podían hacer, lo cual, como bola de nieve, colaborará de forma favorable en su bienestar. En gran medida esto puede ser posible, porque la visión con la que se trabaja tiene como principios la esperanza, el empoderamiento, la autodeterminación y la responsabilidad (Ewen et al., 2018).

Quizá usted lector(a) se pregunte si la Terapia de Atención Inmediata y la Sesión Única podrían ser aplicadas desde otra perspectiva terapéutica. La respuesta es sí. Hay diversos estudios que documentan que la terapia de una sola sesión ha sido practicada desde una amplia variedad de perspectivas teóricas, en distintos escenarios y motivos de consultas. Como lo refiere Bloom (2001), están los estudios de sesión única de Ellis (1989), con Terapia Racional Emotiva (RET) con una mujer en riesgo de suicidio, de Shulman (1989) y Powers y Griffith (1989), aplicando conceptos adlerianos, de Lankton y Erickson (1994), con hipnosis, de Harman (1995), con Teoría Gestalt, de Lokshin et al. (1991), empleando un Enfoque Cognitivo Motivacional en el trabajo con niños(as) y de Cowmeadow (1995), utilizando Terapia Analítica Cognitiva. Incluso y de acuerdo a Miller (1997), están los trabajos psicoanalíticos de una sola sesión de Freud en 1983, con una paciente conocida como Katharina y con el compositor Gustav Mahler, a quien “curó” de “impotencia” durante una caminata en el bosque.

Desde una postura Posmoderna y Socioconstruccionista, sólo se trata de tener claro lo que quieren los(as) consultantes de la terapia, de comprobar que en la sesión se está conversando sobre ello y sobre lo que les es útil, de responder a las dudas y preguntas que tengan con una postura de transparencia sobre lo que pensamos y de aprovechar al máximo cada sesión, dando seguimiento a esta después de que termina para saber qué aspectos se pueden mejorar (Young et al., 2012). Como lo afirma Campbell (2012), cualquier enfoque terapéutico puede emplearse si se está dispuesto(a) a colaborar para que el o la consultante salga de la sesión con el reconocimiento y la confianza sobre las habilidades y recursos con los que cuenta, así como con la seguridad de que puede regresar a otra sesión en cualquier momento.

Quizá más que estar pensando y fundamentando sobre cuál de los modelos terapéuticos es “mejor” y si la terapia de largo plazo es más efectiva que la de corto o viceversa, como terapeutas habría que darle importancia a la suficiencia terapéutica (Bloom, 2001). En un ejercicio de responsabilidad, en lugar de dar por hecho que algo es “bueno”, “funcional”, “útil” o “efectivo” porque así lo dice un modelo teórico, vendría bien reflexionar y preguntarnos a nosotros(as) mismos(as) y a nuestros(as) consultantes en cada una de las conversaciones que tenemos con ellos(as), cuándo es suficiente y cuándo es útil. Las voces de quienes comparten parte de su vida con nosotros(as) en la terapia no pueden quedarse sin ser tomadas en cuenta.

Así lo hicieron notar las voces de los(as) consultantes presentes en la fase cualitativa del grupo de los(as) 10 investigadores(as), así como de otras investigaciones. Para muchos(as) de los(as) consultantes, la Terapia de Atención Inmediata y/o la Sesión Única les resultó de utilidad al darse cuenta, -en muchos sentidos-, de lo competentes que son, de las habilidades y recursos que han podido desarrollar y utilizar para manejar sus problemas y de lo que pueden seguir haciendo para disminuir sus angustias y preocupaciones, aunado a la satisfacción expresada en

muchos de los comentarios de encontrarse con un servicio accesible y con una postura de respeto y de escucha sensible por parte de los(as) terapeutas.

Desde la investigación cualitativa, que es el enfoque desde el cual yo voy a realizar mi estudio, estas no han sido las únicas voces documentadas que han expresado su satisfacción de haber acudido a la Terapia de Atención Inmediata o a la Sesión Única. Crow (2016), Kyle Green (citada en Slive & Bobele, 2011), Bobele et al. (2008) y Young (2008), también han aportado a través de sus estudios cualitativos, un medio para conocer de forma más detallada los sentimientos de las personas en relación a sus experiencias en la Terapia de Atención Inmediata o en la Sesión Única, por ejemplo, si alguna de estas le resultó útil y en qué sentido lo fue.

Comenzaré con Crow (2016), quien llevó a cabo un estudio de caso para explorar, analizar y compartir desde un enfoque Posmoderno y Socioconstruccionista, los pensamientos, ideas y críticas de Antonio (consultante), del Dr. Arnold Slive (terapeuta) y de Clara, Kristy, Nisha, June, Tiffany y Jane (equipo terapéutico), todos(as) ellos(as) participantes de una sola sesión de la Terapia de Atención Inmediata. Las preguntas de investigación que guiaron las entrevistas semiestructuradas hechas a todos(as) después de la sesión fueron: ¿por qué las personas eligen usar la Terapia de Atención Inmediata?, ¿qué tan esperanzados(as) están los(as) consultantes de la efectividad de la terapia?, ¿qué les resulta útil a los(as) consultantes durante las sesiones?, ¿fueron satisfechas las necesidades de estos(as) al finalizar la sesión? y después de usar la terapia, ¿sería más o menos probable que esa persona utilice el servicio de nuevo?

Ante dichas preguntas, Antonio compartió que decidió acudir a la Terapia de Atención Inmediata a petición de su madre, quien leyó en su diario sobre algunos pensamientos suicidas y preocupaciones relacionadas con un amigo imaginario. Aunque afirmó que eso ya había pasado, que ya no eran problemas para él y que nunca había hablado con nadie sobre esos asuntos, se sentía esperanzado de que la sesión pudiese serle de mucha utilidad al poder hablar con alguien

sobre sus cosas por primera vez. Agregó que se sintió cómodo y que pudo disfrutar el compartir su historia con el terapeuta sin ser juzgado y finalizó diciendo que podría volver a utilizar los servicios de terapia aunque preferiría hacerlo programando una cita por considerarlo más fácil (Crow, 2016).

Por su parte, para el terapeuta y el equipo terapéutico, de forma coincidente con Antonio, su asistencia respondió más a la necesidad de tranquilizar a su madre por lo que había leído en su diario. Considerando la falta de amigos(as) que Antonio refirió, algunas integrantes del equipo mencionaron sentirse optimistas respecto a que la sesión le pudo ser útil para conversar sobre aspectos que quizá le estaban molestando. Concluida la sesión, la idea que se formaron el terapeuta y el equipo, es que este se sintió escuchado y en confianza para compartir sus cosas y que posiblemente utilizaría la Terapia de Atención Inmediata de nuevo (Crow, 2016).

Los comentarios de Antonio y del equipo terapéutico en su totalidad, me invitan a retomar una de las ideas principales en las que se apoya la Terapia de Atención Inmediata, que es el que las personas saben cuándo acudir a terapia y si es necesario regresar una vez más y en qué condiciones hacerlo. Aunque la razón de asistir a terapia pueda ser por la preocupación de alguien, como al parecer lo fue en este caso, Antonio consideró y tomó la decisión de que ese era el momento de hacer uso de un recurso terapéutico. Quizá para él, la utilidad de su asistencia estuvo más en relación a que su madre pudiese estar convencida de que estaba bien y que no era una amenaza para sí mismo.

Considerando que Antonio no había acudido antes a terapia ni conversado con alguien sobre sus experiencias y sentires escritos en su diario, -según lo documentado en el artículo-, me pareció sumamente valioso que el terapeuta y el equipo mostraran una postura de respeto ante el comentario de que lo que leyó su madre en este, ya no era un problema para él. Posiblemente en otros modelos, ese comentario se hubiese considerado como una resistencia, negación o algo

parecido, tornando la conversación en una búsqueda incansable para saber el por qué escribió eso. En lugar de ello, se co-construyó un espacio y una escucha de confianza para que Antonio pudiese sentirse libre y cómodo para compartir lo que quisiese de su historia.

A mi parecer, es la conversación libre de etiquetas y juicios de valor lo que colabora para que las personas puedan construir ideas, significados distintos, soluciones y un camino esperanzador para sus propias vidas. Como lo señalan Crow (2016) y Lambert (1986, citado en Miller, 1996), la relación entre terapeuta y consultantes es uno de los factores más importantes para que una sesión pueda resultar “favorable” o ser considerada por los(as) consultantes como una experiencia útil y satisfactoria.

Finalmente, si bien Antonio señaló que regresaría a otra sesión pero bajo programación de cita, desde mi perspectiva, esta distinción, -que contrasta con lo que creyeron el terapeuta y el equipo que él iba a contestar-, resulta positiva porque permite darnos cuenta de que en algunos momentos encontraremos mejor recurrir a una Terapia de Atención Inmediata y en otros elegir la tradicional o quizá ninguna. Pero para elegir qué nos viene mejor, es necesario que haya opciones que sean diversas, accesibles y abiertas a las posibilidades de todas las personas. Me pregunto: ¿Qué pasaría si como terapeutas, desde nuestros particulares enfoques, ocupáramos un día para ofrecer atención inmediata, posicionándonos en una postura de que cada sesión pueda ser la única y/o la última? y ¿Qué premisas se podrían resignificar si se hiciera este ejercicio?

Pasando ahora a la investigación de Kyle Green (citada en Slive & Bobele, 2011), ella hizo un trabajo recopilatorio de 11 estudios de caso de Sesión Única realizados por egresados(as) y estudiantes del posgrado en Psicología Terapéutica tanto en el Community Counseling Service of Our Lady of the Lake University (OLLU) como en sitios extramuros en San Antonio Texas, E.U. Para ilustrar la manera en que fue aplicada la terapia, retomé extractos de tres de ellos.

En el primero de ellos, llamado “a veces el temor es normal”, la consultante Debbie, que llegó a la consulta con temor y preocupación sobre una posible recaída de cáncer de mama, pudo desarrollar un plan para saber cómo reaccionar a través de imaginar “qué pasaría si”. La normalización de sus temores ante una posible recaída y el reconocimiento de los recursos con los que cuenta y que había utilizado anteriormente, le hizo enfocarse en que su vida iba por buen camino y sentir mayor tranquilidad en el supuesto caso de que esa situación se presentara.

En otro de los casos titulado “el salón verde”, en donde Christina y su hijo Eddie fueron los(as) consultantes, la conversación durante la sesión hizo posible que las preocupaciones expresadas por parte del terapeuta escolar a Christina sobre posibles ideas de suicidio de Eddie, fuesen significadas sólo como expresiones de enojo, al escuchar por parte de este que no tenía ninguna intención de matarse sino que sólo se había enojado por no poder expresar lo que quería debido a su trastorno del habla. Eddie mencionó extrañar el salón verde de su antigua escuela porque ahí sí tenía un espacio para poder calmarse y explayarse con su maestro de educación especial. Al finalizar la sesión, Christina dijo que lo mejor era que Eddie siguiera en su anterior colegio y regresaran al plan que sí estaba funcionando.

En el tercer y último caso, al cual le colocaron el título de “tiempo para celebrar”, Perry manifestó que lo que quería obtener de la sesión era soltar la opinión que su jefe tenía de él. Se sentía irritado porque este le había dado a entender que era flojo. Al solicitarle que evaluara del 1 al 10 su esperanza de poder dejar ir la opinión de este, Perry la puntuó en un 5 y señaló que ya había comenzado a sentirse mejor al saber que iba a asistir a terapia. Comentó que estaba por cumplirse un año de su derrame, lo cual le hizo reflexionar que la vida es corta para desperdiciarla en las opiniones de su jefe. Mencionó que le iba bien en su escuela y que se sentía comprometido en la relación con su novia y reconoció que estaba reaccionando

desproporcionadamente a lo comentado por su jefe. Finalizó la sesión afirmando que estuvo a punto de morir y que ahora está casi normal, lo cual es significativo y motivo para celebrar.

A través de la descripción de estos tres casos y de la lectura que hice de todo el trabajo recopilatorio de Kyle Green, puedo distinguir que en una diversidad de temas, como lo son las preocupaciones por algunos comportamientos de niños(as) y adolescentes, las experiencias de abuso sexual, las dificultades en las relaciones de pareja y familiares, los intentos de suicidio, los eventos de estrés, miedo y ansiedad, etcétera, las personas de los 11 estudios de caso que asistieron a Sesión Única, en colaboración con sus terapeutas, pudieron co-construir otros significados de algunos acontecimientos en sus vidas, trayendo a cuenta ciertas historias sobre sus experiencias que no habían sido valoradas y que muestran las fortalezas y los recursos que todos y todas tenemos, así como posibles soluciones para resolver las dificultades.

Como lo plantea Kyle Green (citada en Slive & Bobele, 2011), las Sesiones Únicas, que pueden llevarse a cabo con cita, en atención inmediata o en ambas modalidades, en diversas instalaciones tales como: hospitales, centros comunitarios, consultorios privados, etcétera, pueden ser de gran utilidad para una variedad de personas y situaciones. Cameron (2007), indica que al trabajar con una postura de puerta abierta, es decir, que los(as) consultantes sepan que pueden regresar cuando lo deseen, es posible ofrecer un servicio terapéutico de forma efectiva a un mayor número de personas. Esto es factible porque se asume que los(as) consultantes son capaces de reconocer sus necesidades y resolver -en la mayoría de las ocasiones- sus propios problemas, por lo que en cada sesión, el trabajo se centrará en co-construir con ellos(as), la confianza sobre sus propias capacidades, recursos y habilidades para desarrollar diversas actividades.

Por su parte, Bobele et al. (2008), a través de las perspectivas y los relatos de Julia y María, dos mujeres México-americanas que llegaron a la Terapia de Atención Inmediata y a

Sesión Única programada respectivamente al Community Counseling Service, nos ofrecen una descripción de lo que significa utilizar eficazmente en el trabajo terapéutico, una mentalidad de atención inmediata y de sesión única combinándola con una postura de colaboración y promoción de habilidades y destrezas. En ambos casos, lo co-construido en la sesión se pudo mantener después de que las consultantes salieron de esta.

En el caso de Julia, que llegó con un discurso de culpabilidad por haber tenido que trasladar a su padre a un hogar de ancianos(as) para su cuidado y también con una serie de síntomas como mareos, olvidos, dolores de cabeza, fatiga y la sensación de estarse volviendo loca, aunado a una diabetes y presión arterial mal controlada, se pudo co-construir en dos sesiones de Terapia de Atención Inmediata, que ella pudiese reconocer y valorar el amor y el cuidado que por mucho tiempo le brindó a su padre y que por lo mismo, la búsqueda de un lugar para este, para que pudiese ser atendido de mejor manera, era una muestra de ese amor y cuidado.

Preocupada por la manera en que todo lo anterior estaba afectando su capacidad de mantener el funcionamiento de su familia, se visibilizaron en la primera sesión, los recursos de organización de detalles y horarios que Julia había empleado anteriormente en su trabajo como contadora. Esto le permitió transferir esos recursos al cuidado de su propia salud, generando horarios para medir y controlar su presión arterial y glucosa, lo cual aumentó el sentido de autoeficacia que consideraba perdido. Asimismo, la resignificación de la sensación de estarse volviendo loca como parte de una angustia, le amplió la perspectiva posibilitándole moverse más allá de dicha sensación.

En la segunda sesión, el discurso de Julia hacía mención a sentirse mucho mejor al tener un control sobre su presión arterial y glucosa. Comentó que la consideración de un programa de ejercicios para poder controlar aún más su diabetes estaba en su mira y finalizó la sesión con una expresión de confianza en su capacidad para seguir adelante. Durante la llamada telefónica de

seguimiento que se realizó con ella a los tres meses, Julia informó que su estado de salud estaba bien, que había dejado de fumar y beber alcohol, que sus dolores de cabeza se habían detenido, su concentración había mejorado y que se sentía “normal” como antes. La programación que hizo sobre su condición médica la generalizó hacia otras actividades; cada quince días visitaba a su padre y dos días a la semana trabajaba en un huerto que había recién plantado.

En la Sesión Única programada con María, su discurso estaba matizado de temor y de la seguridad de que algo iba a sucederle a sus hijos(as), situación que le estaba consumiendo la vida. La predicción de un psicólogo, al cual escuchó decir que los(as) niños(as) que habían sido maltratados(as) eran propensos(as) a abusar de sus propios hijos(as), experiencia que ella vivió en su infancia por parte de su tío, le estaba interfiriendo en su ejercicio de crianza. Esto le llevó a volverse cautelosa en la expresión de afectos; no se permitía abrazar a sus hijos(as) o lo hacía con moderación con el fin de evitar una malinterpretación. A menudo les advertía a sus hijos(as) que fuesen cautelosos(as) con las personas y que no permitiesen que nadie les tocara. Le asustaba que pudiesen ser víctimas de un depredador sexual.

Durante la conversación en la sesión, María pudo establecer como objetivos poder calmar sus temores y estar segura de que su historia de abuso no era una amenaza para sus hijos(as). A través de una pregunta de cómo creía que estos(as) podrían responder en el futuro si se les preguntara cómo describirían su relación con su madre, María pudo reflexionar que nunca se había detenido a pensar en ello y que posiblemente no dirían lo que a ella le gustaría. Para finalizar la sesión, el equipo terapéutico reconoció la preocupación por la seguridad de sus hijos(as) y por la búsqueda de apoyo para fortalecer su relación con ellos(as), alentándola hacia el trabajo de crear y aprovechar las oportunidades en donde pueda ampliar sus demostraciones de amor.

Después de dos horas de haber salido del consultorio psicológico, María llamó al terapeuta para informarle que pudo abrazar y besar a sus hijos(as) y que les pudo decir que los(as) amaba sin temor. Señaló haberse sentido por primera vez como “una madre completa” con sus hijos(as). Al preguntarle sobre el cambio, María mencionó el fuerte impacto que tuvo en ella la pregunta sobre el futuro y que sería una tragedia que sus hijos(as) respondieran que no pudieron disfrutar de la relación con su madre. Durante el seguimiento telefónico a los tres meses después de la sesión, María informó que había podido compartir con su esposo sobre el abuso que vivió en su infancia y que podía demostrarle a sus hijos(as) libremente su afecto. Agregó que aunque todavía sentía un poco de preocupación, esta ya no era intrusiva en su vida.

Es posible subrayar en el trabajo terapéutico con Julia y María, que las sesiones se centraron en que ellas pudiesen significar de forma diferente algunos eventos en su vida, reconociéndoles los esfuerzos que habían hecho para hacer frente a ellos, así como lo que sus experiencias en otros escenarios y en otros momentos podían aportar a la situación actual.

Por ejemplo, qué poderoso fue que una pregunta haya llevado a María a reflexionar en la manera en que quería que sus hijos(as) significaran la relación con ella, movilizándola para comenzar a construirla desde un lugar diferente. En otros modelos terapéuticos, posiblemente la sesión se hubiese destinado a conversar sobre las experiencias del pasado de María, profundizando en ellas para entender sus temores. Sin embargo, centrarse en estas y en los problemas, quizá hubiese ocupado toda la sesión sin que María diese cuenta de su tremenda capacidad para escribir una historia en donde ella es más fuerte que su temor y su pasado.

Con Julia, me parece que también pudo construirse un espacio posibilitador para que ella valorara el tiempo de cuidado que dedicó a su padre, resignificando el hecho de haberle llevado a un hogar para ancianos(as) como un acto de amor y de continuidad de dicho cuidado. Considero sumamente útil la transferencia que se hizo de sus habilidades adquiridas durante el tiempo que

trabajó como contadora hacia el cuidado de su salud e incluso hacia otras actividades que ni siquiera estaban contempladas por Julia. Finalmente, la sensación de volverse loca quedó en su discurso como parte de un momento de angustia que puede experimentar cualquiera.

Respecto a la investigación de Young (2008), presento a través de la descripción de la historia de Laura y Tom, la utilidad que ha tenido la Terapia Narrativa en el Reach Out Centre for Kids (ROCK), en un contexto de atención inmediata con niños(as) que experimentaban “ansiedad”. De acuerdo a la autora, la postura terapéutica que se adopta en las sesiones con los(as) niños(as) en el ROCK, es de colaboración, de coautoría para construir nuevos conceptos e ideas en la conversación, la cual también está presente en aquellas que se tienen con los(as) padres y madres, a quienes generalmente se les invita a reflexionar sobre lo que escuchan de sus hijos(as) y a compartir sobre lo que consideren que puede ser útil o significativo.

Laura y su hijo Tom, de 8 años, llegaron a la Terapia de Atención Inmediata debido a que Laura expresó preocupación y desesperación por no saber qué hacer con la ansiedad que su hijo experimentaba cada mañana antes de ir a la escuela, lo cual estaba ocasionando que no asistiera a ella. Por su parte, Tom no estaba muy seguro cuál era el problema aunque indicó que quizá se debía a su dolor de estómago. Durante la conversación, terapeuta y Tom comenzaron a construir formas de hablar (externalizar) sobre el problema que inicialmente había sido llamado por este último como dolor y ardor de estómago, para luego nombrarlo como quizá un poco de preocupación.

El terapeuta, al preguntarle a Tom -y aceptar este- si estaría bien hacer un trabajo de detectives e investigar juntos sobre la preocupación, se pudo conocer que esta llegaba cuando había un descanso de la rutina y que le hacía poner pensamientos en su cabeza, como el querer vomitar o el no poder hacer tal o cual cosa. Al relatar que en una actividad, llamada “Kicks for Kids”, la preocupación apareció pero logró hacerla y pasarla bien, Tom dio entrada a una historia

subordinada o alternativa, con la cual, mediante un trabajo colaborativo, se pudo construir una forma de debilitar a la historia dominante. Dando énfasis a esa historia, Tom llegó a la idea de que entonces la preocupación le estaba diciendo un montón de mentiras como estas: “como si no pudiera hacerlo”, cuando sí puedo, o “que sienta dolor algunas veces porque no quiere que haga cosas” pero cuando las hago, la preocupación desaparece y entonces todo está bien.

Finalmente, con las afirmaciones de Tom de: “sólo necesito pensar que esto me pasa pero puedo hacerlo” y “puedo hacerlo, lo he hecho antes”, se pudo engrosar la historia alternativa, a la cual se le dio el nombre de “baja la preocupación”. Tom señaló que aunque a veces la preocupación se vuelve poderosa, él podría golpearla en su cabeza con pensamientos diferentes: “que mis pensamientos buenos sean más poderosos que los malos”, y también mencionó que hay personas que le dicen que sí puede hacerlo como su mamá. Con ella, el terapeuta acordó que podría colaborar para recordarle que la preocupación le está mintiendo y que sí puede hacer cosas. Tom terminó la sesión diciendo que se dio cuenta de que no debería preocuparse por la preocupación y que ya no quiere el dolor.

Laura y Tom, en una segunda sesión de Terapia de Atención Inmediata 4 meses después, motivada por el desafío que Tom sentía de regresar a la escuela una vez transcurridas las vacaciones, se conversó sobre más conocimientos y habilidades para seguir bajando la preocupación y para establecer un compromiso consigo mismo para ir a la escuela. Tom mencionó que no quería que la preocupación le robe su vida, que aunque a veces todavía le dice: “realmente no vamos a hacer esto”, después de un rato, siente que debe hacerlo porque es bueno para su cuerpo y su mente, como ir a la escuela. Afirmó -finalizando la sesión- de que eso es lo adecuado para él.

Dentro del trabajo colaborativo que se tuvo con Tom, puedo distinguir que las conversaciones de externalización utilizadas en la terapia, permitieron resignificar el concepto de

ansiedad que la madre creía que Tom tenía por el de una preocupación, haciendo con ello, al mismo tiempo, un movimiento en el que el problema fue separado por completo de su identidad. Hacer este cambio, que comúnmente se realiza en la Terapia Narrativa, permitió que Tom se pudiese dar cuenta de que él no es el problema, es decir, que este se encuentra fuera de él y que construyese y desarrollase un conocimiento sobre qué habilidades y talentos ha usado para no dejarse vencer por la preocupación, así como quién o quiénes le han ayudado y qué cosas son buenas para él y cuáles no. Me parece que Tom escuchó a un Tom al que no se le había dado voz, un Tom de posibilidades.

Como lo dice Young (2008), la Terapia Narrativa con una postura curiosa y colaborativa, permite que se puedan construir conversaciones en las que los(as) niños(as) se sienten en confianza para conocer otros aspectos de sí mismos(as) y para afianzar sus habilidades con las cuales han hecho y pueden seguir haciendo frente a sus preocupaciones o temores. Para esta autora, el darle lugar y valía a otras historias en la vida de Tom, que habían permanecido silenciadas, colaboró para que él pudiese salir de su historia dominante. Cada vez que Tom decía: “puedo hacerlo y ya lo he hecho antes”, se diluía la creencia de que la preocupación era más fuerte que él.

Algunos(as) de los(as) consultantes (ocho), entre ellos(as) Laura y Tom, que asistieron a la Terapia de Atención Inmediata en el ROCK, participaron posteriormente en un proyecto de investigación cualitativo llamado: “Proyecto de re-visita de la Terapia Narrativa”, en el cual tuvieron la posibilidad de mirar videos de sus sesiones y proporcionar comentarios sobre lo que les fue significativo y útil de ellas. De acuerdo a Young y Cooper (2008), autores(as) de este artículo, con un interés de avanzar hacia la mutualidad dialógica en la investigación, el proyecto tuvo como propósitos dar forma al conocimiento sobre lo que fue el resultado de la terapia desde las voces, impresiones y comentarios de los(as) participantes y ser una contribución de

comprensión y retroalimentación conjunta entre terapeutas y participantes para la práctica terapéutica.

Para Young y Cooper (2008), es importante dejar claro que cuando se desarrollan entendimientos, estos vienen influenciados desde el lugar en el que epistemológicamente se está posicionado(a), por lo que desde esa perspectiva, no hay posibilidad de un punto de vista neutral. Así, hacen un reconocimiento de que sus respuestas a los comentarios de los(as) participantes en las sesiones de re-visita no son la verdad, sino sólo una interpretación de sus palabras, como también lo son, los temas y las categorías que desarrollaron en esta investigación.

Dicho lo anterior, durante las sesiones de re-visita -que variaron de dos a cuatro horas-, se les pidió a los(as) ocho participantes que detuvieran el video de la sesión de la terapia en el momento en que vieran, escucharan o notaran algo que les fuera significativo. Cada vez que pausaban, se les hacían una serie de preguntas sobre eso. Los relatos y descripciones fueron grabados en audio para luego ser transcritos y codificados, quedando como resultado los siguientes temas: efectos de la postura, devolver a las personas sus palabras, conversaciones de externalización y aprender de la re-visita (Young & Cooper, 2008). A continuación presentaré extractos de los comentarios de algunos(as) participantes:

En el tema de los “efectos de la postura”, para Chris (de 14 años), que vio el video con su madre con quien acudió a terapia, lo que le gustó fue que la terapeuta aceptara que no quisiese responder a una pregunta y que le preguntara si estaba cómodo con hablar sobre “eso” antes de preguntarle al respecto, lo cual le resultó impresionante. Pensó: “a esta persona realmente le importa y puedo confiar”. Agregó que a partir de ese momento, se abrió. Por su parte, Bill, que asistió a terapia para hablar sobre su lucha contra la depresión, señaló que la terapeuta realmente lo estaba escuchando y preguntando sin hacer suposiciones ni tratar de poner palabras en su boca.

Para Bill, algunos(as) consejeros(as) y psiquiatras se encasillan en su propio conocimiento y ya no abren la mente, por lo que fue muy importante que su terapeuta no hiciera eso.

Sobre el tema “devolver a las personas sus palabras”, Sandra (de 11 años), que vio con su madre el video de la terapia, expresó que revisar la sesión le ayudó a recordar algunas cosas para volverlas a poner en su cabeza, mientras que Andrea (de 17 años), comentó que decir en voz alta lo de su angustia debido a la ruptura de una relación, le hizo darse cuenta de dicho sentimiento.

Para Jan, que vio la sesión sola pero acudió con su hijo de 8 años a la Terapia de Atención Inmediata, señaló que al final de esta, experimentó alivio de que la terapeuta estuvo conectada con su hijo y de ver que este se sentía positivo. Agregó que tuvo una sensación de esperanza.

Respecto a las “conversaciones de externalización”, Gillian expresó que el que la terapeuta le preguntara a su hija de 11 años cómo ponerle cara al TDAH (trastorno de déficit de atención) fue una solicitud brillante; señaló que de repente eso ya tenía una cara y ya no se veía tan mal como antes. Dejó de ver al TDAH como una enfermedad o algo obscuro. Para Laura, quien asistió con su hijo Tom de 8 años, le hizo sentir esperanzada al escuchar cómo su hijo estaba diciendo lo que la preocupación le hace, cómo le ponía pensamientos en su cabeza. Ella consideró que el trabajo de la terapia se miraba bien. Por su parte, Tom dijo que la terapeuta le preguntó amablemente para tratar de saber cosas, como si tratara de ponerlo de buen humor para estar de acuerdo con decir cosas al respecto, como el ser un detective.

Finalmente, en el tema de “aprender de la re-visita”, para Gillian fue reconfortante, tranquilizador y revelador volver a ver la sesión, además de divertido y de mucho aprendizaje. Mientras que a Jan, le pareció increíble lo que su hijo fue capaz de lograr, es decir, aprender que tiene habilidades.

En esta investigación, que considero la más cercana metodológica y epistemológicamente a mi proyecto doctoral, distingo, en primer plano, que la cualidad de las conversaciones que se

tuvieron colaboraron significativamente para mostrar algo que todos(as) podemos hacer, esto es, mirar nuestras experiencias desde otros puntos de vista, recontar y resignificar nuestras propias historias, “liberándonos” con ello, de los efectos que antiguas historias o relatos pudieron haber tenido en nuestras vidas y crear otras(os) tantas(os) que pueden ofrecernos un camino de posibilidades.

Desde un marco Posmoderno y Posestructuralista, en el que la Terapia Narrativa está situada, la generación de los significados tiene lugar cuando hablamos con otra(s) persona(s), siendo el lenguaje el medio constructor con el cual damos sentido y compartimos nuestras experiencias. Cuando las personas llegan a terapia, regularmente traen ciertas historias de sus vidas que han sido construidas a través del tiempo dentro de un contexto sociocultural. El punto es que hay ciertas historias que son capaces de “atraparnos” hasta tal punto que dejamos de considerar otras posibilidades, al hacernos creer que tenemos una identidad compuesta por partes “inamovibles” y “estáticas” que nos define y condiciona en la vida. Por ello, la manera en que se conversa en la Terapia Narrativa tiene un lugar preponderante, justo porque colabora a deconstruir las historias, a ampliar otras, a renegociar distintos significados y a conocer y hacer cosas que antes ni siquiera habían sido vistas como importantes o realizables (Young & Cooper, 2008).

Tener la posibilidad de visitar las sesiones, de escucharse y de mirarse a la “distancia” y después conversar sobre lo que les resultó significativo, me parece que a los(as) participantes les fue útil y valioso. Puedo aventurarme a decir que, posiblemente, para varios(as) fue un doble beneficio, uno, en la aportación que la sesión pudo haberles dado de forma inmediata, y el otro, lo que pudieron dar cuenta al regresar y ver la sesión. Quizá algunos eventos, significados y/o aspectos que pasaron desapercibidos al momento de la terapia, ahora, en la re-visita, fueron tomados en consideración.

Distingo también que gran parte de la retroalimentación favorable de los(as) consultantes estuvo relacionada con el trato en la terapia. Esto es una invitación a comprometernos a trabajar de forma respetuosa, transparente y colaborativa. Este proyecto de re-visitación la terapia, -en mi opinión-, ofrece la extraordinaria posibilidad para reflexionar sobre nuestras propias prácticas como terapeutas. Me parece que a través de un proyecto así, podemos conocer y aprender lo que necesitan los(as) consultantes y lo que posiblemente esperan de una terapia. Si pensamos que la exigencia en la investigación es tener información basada en la evidencia, esta práctica de re-visita podría ser una “buena” coordinada para que esa evidencia tan perseguida y valorada, sea una co-construcción entre investigadores(as) y participantes, en donde todas las voces de los(as) que participan en una investigación tengan el mismo valor.

Si bien la mayoría de las investigaciones de la Terapia de Atención Inmediata y de la Sesión Única que he descrito, han sido realizadas en el escenario típico del consultorio psicológico dentro de una clínica de salud, escuelas, centros comunitarios, agencias familiares u hospitales, es importante que señale que ambos servicios igualmente se han empleado como un excelente recurso terapéutico en escenarios considerados de emergencia y/o desastre, como lo fueron el huracán Katrina, en Nueva Orleans, E.U., el conflicto armado en Colombia y el terremoto de Haití en el 2010 (Paul & van Ommeren, 2013).

Dass-Brailsford y Hage (2015), indican que después del huracán Katrina, que causó dolor y sufrimiento a muchas personas y destruyó hospitales, clínicas y centros de salud, se implementó un programa de Terapia de Atención Inmediata los días jueves, viernes y sábado para apoyar a los(as) sobrevivientes de dicho evento. Estas autoras refieren que de enero del 2009 a junio del 2010, se atendieron aproximadamente a 200 personas al mes. Entre ellas, veinte personas asistentes a terapia, del barrio de Nueva Orleans, que aceptaron participar en una evaluación

contestando escalas para medir depresión, ansiedad y estrés postraumático al inicio de la sesión y 6 meses después de esta, indicaron que sus síntomas habían disminuido considerablemente.

Durante esos momentos de emergencia provocados por el huracán, la Terapia de Atención Inmediata funcionó como una válvula de seguridad para contener el enojo y la frustración no sólo por lo sucedido, sino también por el ritmo de recuperación en la reconstrucción de los hogares y servicios comunitarios. Para muchas personas, la terapia les permitió un espacio para hablar sobre su pérdida, sobre sus sentimientos y dificultades, y para solucionar problemas prácticos relacionados con viviendas temporales, surtidos de recetas y/o reemplazo de anteojos (Dass-Brailsford & Hage, 2015; Paul & van Ommeren, 2013).

Paul y van Ommeren (2013), señalan que las estrategias que se utilizaron fue el reconocer la preocupación de las personas, colaborar con ellas en la priorización de objetivos y proporcionar sólo la asistencia solicitada, enfocando las fortalezas y los sistemas de apoyo existentes. Con estas estrategias, pudieron atenderse a un gran número de personas sobrevivientes de dicho desastre que solicitaron apoyo por parte de la Terapia de Atención Inmediata.

Por otra parte, en Colombia, según Paul y van Ommeren (2013), las personas afectadas por el conflicto armado interno, sólo podían tener acceso una sola vez a un equipo de salud mental español de Médicos Sin Fronteras (MSF), ubicado dentro de una área específica del país. Debido a lo anterior, el equipo de salud de MSF adaptó el servicio de la Terapia de Atención Inmediata de Sesión Única en su labor de atención.

Al evaluar la utilidad de ese servicio, el equipo de MSF señaló que 67 de 71 consultantes (el 94.4%), mencionaron que una sola sesión fue de utilidad, y desde una perspectiva cualitativa, a través de las narrativas de las personas, se pudo documentar que la Sesión Única ayudó a algunas de ellas a “salir del laberinto” en donde estaban “perdidas”, a otras a encontrar respuestas

y a varias más les ayudó a sentirse más fuertes y ver sus capacidades (Urrego et al., 2009, citado en Paul & van Ommeren, 2013).

Finalmente en el terremoto de Haití, Guthrie (comunicación escrita, Agosto 2012, citado en Paul & van Ommeren, 2013), implementó el servicio de la Terapia de Sesión Única en una clínica médica, en la que le eran referidas por los(as) médicos, 15 personas diariamente. Al no poder hacer referencias a los servicios de salud mental existentes, utilizó este recurso terapéutico teniendo como estrategia principal, el reconocimiento de las fortalezas y la capacidad de resiliencia de los(as) haitianos(as).

Así, a través de estos ejemplos, Paul y van Ommeren (2013), argumentan que gracias a que los servicios de la Terapia de Atención Inmediata y de la Sesión Única son flexibles y creativos en sus métodos, las personas, en situaciones de emergencia y/o desastre -y en general en cualquier situación-, pueden recibir el apoyo que necesitan y salir de una sesión con la confianza en sus habilidades y recursos, con ideas de cómo resolver sus problemas, con el conocimiento de que pueden regresar a otra sesión si así lo consideran y con información y/o vinculación a otros servicios en caso de ser necesario.

Con la información que hasta aquí he documentado, mediante investigaciones que se han realizado con diferentes poblaciones y metodologías, en distintos lugares, momentos y escenarios, algunos incluso de emergencia, encuentro significativo y destacable que la mayoría de las personas que asistió, ya sea a la Terapia de Atención Inmediata, a la Sesión Única o a la combinación de ambas, haya señalado un bienestar o una mejoría más rápida, transformando la angustia y/o preocupación inicial por un sentido de mayor competencia y esperanza de que los problemas y/o determinadas circunstancias son manejables.

A manera de resumen distingo y puntúo que los temas que atravesaron y fueron recurrentes en la mayoría de las investigaciones, fueron la utilidad y la satisfacción con el

servicio. De hecho, en varias de ellas, se tuvieron como objetivos principales evaluarlas cuantitativamente o saber el sentir de los(as) participantes en relación a estos temas desde lo cualitativo.

Mediante un incipiente análisis de contenido que realicé a la información de todos los estudios revisados, significaría a la utilidad como la obtención de una mejoría más rápida en el funcionamiento general o una disminución de diversos “síntomas” o aspectos; el poder construir una mayor confianza en los recursos, en las habilidades y en la capacidad para resolver los problemas; el generar sentimientos de competencia, de esperanza y de tranquilidad; el contar con un espacio para sentirse escuchados(as), respetados(as) y entendidos(as) sin ser juzgados(as); el construir otros significados de las experiencias; el realizar actividades que no se habían hecho antes; el reducir las listas de espera de los servicios; el dar atención en situaciones de emergencia y/o desastre; y el ser una válvula de seguridad para la comunidad.

Respecto a la satisfacción del servicio, en el que la mayoría de los(as) participantes (del 74 al 95%) mencionó haberse sentido satisfecha, la significo en términos de poder acceder de forma rápida y fácil a un servicio; contar con información suficiente de la atención que se proporciona; que el personal tenga conocimientos y habilidades; y que los derechos de los(as) consultantes sean respetados.

Me parece que esta información sobre la utilidad y la satisfacción con el servicio es importante para el propósito principal de mi investigación, que es conocer los alcances terapéuticos de la Terapia de Atención Inmediata desde una mirada Posmoderna y Socioconstruccionista, y por ello considero oportuno tenerla presente dentro de lo que será el proceso de entrevista y el análisis de la misma.

Reflexiono entonces que mucho de lo que colabora para que las personas puedan decir que la Terapia de Atención Inmediata o la Sesión Única les sirve y les resulta satisfactoria, es la

manera en que se pueden interrelacionar la accesibilidad para iniciar una terapia, el trato respetuoso y sensible que muestren los(as) terapeutas, las conversaciones centradas en posibilidades y soluciones, el reconocimiento de los recursos y habilidades disponibles, las ideas y prácticas que puedan ser útiles para lo que se cree que no tiene solución, así como la motivación y el poder de decisión de los(as) consultantes para agenciar su voz y movilizarse hacia el cambio que desean. Como lo menciona Hymmen (2012, citado en Crow, 2016), son las características del/la terapeuta, la oportunidad de conversar sobre lo que nos acontece, el sentirse apoyado(a), el llevarse ideas prácticas y la accesibilidad, los temas que los(as) consultantes consideran como el aspecto de mayor utilidad en la terapia.

Lo que hacen la Terapia de Atención Inmediata y la Sesión Única es invitarnos a mirar a los y las consultantes, al proceso terapéutico, al pasado, presente y futuro, a las relaciones, al o la terapeuta, a la sesión y a otros aspectos más, desde un lugar de lo diverso, lo valioso y lo posible. Nos invitan a conversar desde una perspectiva de construcción y de deconstrucción de significados, en donde se le da valor a lo que cada una de nuestras historias nos puede aportar en el presente. Como lo dice Alarcón (2011), en el trabajo colaborativo con los y las consultantes, deconstruir refiere abrir espacio para un abanico de posibilidades en la forma de significar y comprender la vida de las personas.

Desde una postura Posmoderna y Socioconstruccionista, a decir de Cait et al. (2016), el cambio ocurre de forma más rápida si se construyen las condiciones para facilitarlos. Se trata de tener conversaciones lo suficientemente inusuales para generar nuevas posibilidades y significados combinándolas con las esperanzas y expectativas con las que las personas llegan a terapia, sin perder de vista que cada sesión pueda ser la única y la última y que como se ha señalado en varias investigaciones, cuanto más tiempo asiste una persona a terapia, es más

probable que esta llegue a convertirse en un problema y no en una solución (Slive & Bobele, 2011; Tena-Suck, 2017).

Como terapeutas o investigadores(as) posicionados(as) en un enfoque Posmoderno y Socioconstruccionista, una(o) adopta el punto de vista de ambos/y en lugar de uno u otro. La implicación de adoptar este punto de vista es que a través de él, podríamos ser capaces de mirar cualquier investigación “basada en la evidencia” y cuestionar-nos si sus hallazgos -indistintamente- aplican para todas las personas. No se trata de desvalorizar lo que una investigación aporta, sino de preguntarnos, desde otras miradas, qué funciona mejor para cada persona en una terapia. Tomar este enfoque permite que consideremos una variedad de posibles entendimientos relacionados con un fenómeno, confiando en las opiniones de los(as) participantes, en sus entendimientos y significados del por qué, por ejemplo, como lo fue en varias de las investigaciones, para una, dos o más personas, una sola sesión fue suficiente (Crow, 2016).

Sin duda, el espíritu de la Terapia de Atención Inmediata y de la Sesión Única es creer en lo “imposible” y desafiar los supuestos teóricos que dicen cómo es que se “tiene” y “debe” hacer una terapia. Como lo menciona Derrida y Caputo (2009, citados en Alarcón, 2011), la terapia es abrir espacio a lo “imposible”, porque es en esa apertura a las “imposibilidades”, en donde es posible mirar a las personas y a la misma terapia con sus múltiples formas de creer, funcionar, organizarse y vincularse. Es claro que hay un sinnúmero de formas de relacionarse, de vivir y de pensar, así como de familias y de terapias. En ese sentido, la Terapia de Atención Inmediata y la Sesión Única apuestan por un movimiento hacia la diversidad y la multiplicidad de significados y entendimientos, con una disposición de entrar en el diálogo y en el cuestionamiento tanto con los propios sistemas de creencias como con los discursos que hacen parecer que sólo existe una verdad, una realidad, un significado o una forma de terapia.

Para cerrar este capítulo, sólo me resta decir que tanto la Terapia de Atención Inmediata como la Sesión Única pueden operar como servicios independientes o como parte de los sistemas de atención ya existentes, lo cual sin duda puede ayudar a disminuir las listas de espera y a mejorar la rentabilidad y el financiamiento de los servicios psicológicos en las instituciones de salud pública, en los centros comunitarios, dentro de las escuelas o en algún otro lugar en el que se proporcione un servicio terapéutico (Schleider et al., 2019).

Capítulo 5: Construcción de la Información

Como ya distinguí en el capítulo 1, uno de los medios al cual desde hace muchos años han acudido las personas para solucionar alguna dificultad o para cambiar algo que no les agrada de y en sus vidas, es la terapia psicológica. Si bien se puede decir que para muchos(as) consultantes, la asistencia a esta ha significado una experiencia satisfactoria, en la que pudieron solucionar o cambiar la situación que les llevó a la misma, para otros(as) no ha sido así. Para muchas personas, además de que tardó mucho tiempo acceder a dicho servicio, -incluso algunas no han podido hacerlo-, les fue costoso y de muy poca utilidad, ocasionando que por esas circunstancias y otras más decidieran simplemente ya no regresar.

Desafortunadamente, lo que comúnmente se piensa cuando las personas dejan de acudir a una terapia, es que no tienen el suficiente compromiso y deseo por cambiar. De forma arbitraria se excluye o se resta importancia a muchos factores que pueden colaborar para tomar la decisión de “abandonarla”. Desde mi perspectiva, suele darse por sentado que todas las personas estarán en la completa disposición de asistir de forma continua a un determinado número de sesiones, decididas estas por el o la terapeuta, sin pensar en lo que puede implicar tan sólo llegar a una.

Para dar un poco más de sentido a lo anterior, retomo la información que documenté sobre la deserción terapéutica (Alcázar, 2007; Bados et al., 2002; Barret et al., 2008; Labrador et al., 2010; Moreno et al., 2012; Rondón et al., 2009; Velasco & Hernández, 2016), en donde se menciona que entre un 20 y un 50% de las personas que inicia una terapia la abandona, algunas de ellas después de la primera sesión o antes de la tercera, y que entre un 25 y un 50% no asiste a la primera sesión, refiriendo como los principales motivos de todo ello, las expectativas no cumplidas respecto a la primera sesión, la falta de atención adecuada del personal de las instituciones de salud, el aspecto económico, el factor del tiempo, sea en lista de espera, que puede ser de un mes o más, como de asistencia a una terapia (acudir cada semana por muchos

meses no es sencillo de combinar con otras actividades ni de sostener económicamente), los procesos evaluatorios que complican y retardan el acceso e inicio de una terapia, la distancia entre los hogares de los(as) consultantes y los consultorios psicológicos, y por último, que la persona deje de asistir porque logró solucionar lo que quería.

Es curioso que a pesar de que hay varios enfoques de terapia, cada uno con sus respectivas formas de trabajar en cada sesión, en la mayoría de ellos parece olvidarse que la terapia psicológica es una actividad que no es ajena a los contextos sociales, económicos, políticos, culturales, etcétera, que conforman una determinada sociedad, como tampoco lo es a las condiciones particulares de las personas ni a los procesos institucionales de los servicios psicológicos y de salud, por lo que para su asistencia se requiere de ciertas circunstancias que o bien pueden facilitar que algunas personas tengan acceso a ella u obstaculizar por completo la posibilidad de contar con este recurso.

Por ejemplo, sólo por tomar uno de los aspectos, el económico, que puede participar en la decisión de ir o no a una terapia, valdría la pena traer a cuenta una vez más la información que nos proporciona la Secretaría de Salud (2014). En nuestro país, el 46.2% de la población vive en condiciones de pobreza y el 10.4% en situación de pobreza extrema, lo cual implica que muchas personas no cuentan con lo necesario para gozar de una vida en condiciones de calidad y bienestar.

Luego entonces, tomando en consideración el contexto económico, que no es exclusivo de nuestro país sino de muchos más, podríamos, -en un ejercicio de reflexión-, pensar lo que podría significar para la mayoría de las personas que solicita un servicio psicológico, el tener que utilizar una parte de sus recursos económicos para pagar una terapia generalmente concebida, estructurada y aplicada a largo plazo por quienes la brindan, cuando bien podría ser mucho más breve, efectiva y económica. Si combinamos esta circunstancia con otras más, como la falta de

tiempo o la distancia entre el hogar y el consultorio, por ejemplo, resulta sencillo imaginar que a pesar de la motivación para cambiar y estar mejor, muchas personas dejarán la terapia porque no esperaban lo complejo que puede ser asistir a ella.

En ese sentido, como ya lo he mencionado anteriormente, la Terapia de Atención Inmediata basada en las ideas de Slive y Bobele (2011, 2012), es una opción de servicio terapéutico, que al ofrecer la ventaja de que las personas puedan asistir en el momento en que lo elijan conveniente, sin tener que pasar por listas de espera, evaluaciones, procesos de admisión previos y/o tratamientos largos y costosos, colabora en la solución de algunas de las circunstancias que participan o promueven la deserción terapéutica, así como de las complicaciones vinculadas con la accesibilidad que presentan muchos de los servicios psicológicos en las instituciones de salud. En esta modalidad de servicio terapéutico, se invita a los(as) consultantes a que acudan a ella las veces que deseen y al no requerirse de una cita, también funciona para aquellas situaciones que puedan significarse como de crisis o de emergencia.

Debido a que en la Terapia de Atención Inmediata no se trabaja con una mentalidad de largo plazo como en otros servicios y modelos terapéuticos, no hay forma de generar la deserción terapéutica. Lo que se hace es trabajar colaborativamente con los(as) consultantes para que cada sesión sea efectiva y útil desde sus propias voces, y para ello, se tiene presente de manera constante, lo que esperan de la terapia, los distintos contextos en los que vivimos y que cada sesión puede ser la única y/o la última.

Si tan sólo vislumbráramos, y aquí retomo a Young y Dryden (2019), que la primera sesión también puede ser la última, entraríamos a esta procurando hacer lo mayor posible en el tiempo disponible, atendiendo y valorando lo que las personas quieren lograr con las opciones, recursos y fortalezas que tienen para hacerlo. En mi entender, las personas cuentan con un

conjunto amplio de saberes para construir en poco tiempo otros escenarios en sus vidas, que vayan más con sus intereses, sin que tengan que estar asistiendo a una terapia por años, gastando recursos que podrían utilizar de manera distinta.

Es importante hacer mención de que lo anterior no significa restringir la posibilidad de más sesiones, las cuales pueden ser solicitadas por los(as) consultantes a su consideración, sino de dar cuenta de que una sola sesión para muchas personas, puede ser suficiente, útil y significativa, y que la decisión sobre el número de sesiones tendría que ser tomada por los(as) consultantes y no por los(as) terapeutas. Tomando como referencia lo que dicen Bados et al. (2002) y Cameron (2007), las personas buscan y esperan solucionar sus problemas con una terapia que no se prolongue, y por lo mismo, cada vez más se implementan servicios y modalidades terapéuticas breves en algunas instituciones y centros de salud, como lo son la Terapia de Atención Inmediata y la Sesión Única, que ofrecen alternativas de atención que van de la mano del fácil acceso a una terapia, del bajo costo y de la consideración de las necesidades de las personas, desafiando las ideas tradicionales de que las terapias tienen que ser complicadas y de mucho tiempo para producir un cambio.

Si bien la Terapia de Atención Inmediata está siendo ya utilizada en otros países, es principalmente en Estados Unidos y en Canadá en donde se ha implementado con mayor fuerza (sea como un servicio independiente o como parte de los sistemas de atención ya existentes) y se ha hecho el trabajo de investigación sobre ella. En México, este tipo de servicio terapéutico ya ha sido empleado en algunas instituciones educativas como la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), la Universidad Iberoamericana y el Grupo Campos Elíseos, sin embargo, la investigación sobre su aplicabilidad y sus alcances es escasa sino es que nula. De ahí el interés de realizar esta investigación y de que a partir de ella se pueda dar sentido a la pregunta y a los propósitos que a continuación presento.

Pregunta de Investigación

- ¿Qué alcances terapéuticos tiene la Terapia de Atención Inmediata?

Propósitos

Propósito General:

- Conocer los alcances terapéuticos de la Terapia de Atención Inmediata desde una mirada Posmoderna y Socioconstruccionista.

Propósitos Específicos:

- Conocer si para los(as) participantes, la Terapia de Atención Inmediata fue significativa y podría considerarse como un servicio terapéutico útil.
- Conocer los posibles beneficios y limitaciones de la Terapia de Atención Inmediata a partir de las voces de los(as) participantes.

Tipo de Estudio

Elegí la investigación cualitativa con un marco referencial Posmoderno y Socioconstruccionista como guía para mi proyecto doctoral, por considerarla como un medio o un camino que permite que las voces de los(as) participantes sean las protagonistas para co-construir con ellas, los relatos o narrativas que dan sentido a sus experiencias y situaciones. Particularmente en este estudio, a la experiencia de haber asistido a la Terapia de Atención Inmediata, es decir, a los significados sobre sus posibles alcances, beneficios y limitaciones, sin perder de vista el contexto local en el que pude estudiarla (Denzin & Lincoln, 2018; Gergen, 2006; Vasilachis de Gialdino, 2006).

Mediante esta investigación cualitativa con una mirada Posmoderna y Socioconstruccionista pude tener un acercamiento interpretativo de los significados de los y las

participantes; de los matices de algunas de sus prácticas cotidianas, de sus realidades, de sus habilidades y fortalezas, así como de lo que consideraban importante sobre la Terapia de Atención Inmediata. Procuré hacer de esta investigación un proceso relacional, es decir, de producción colectiva de conocimientos, que vinculara y entrelajara los saberes de cada una de las personas que participamos en ella, para transformar cualitativamente muchas de las ideas y acciones de la práctica terapéutica (Flick, 2007; Vasilachis de Gialdino, 2006).

Diseño de Investigación

La opción de diseño cualitativo que preferí para esta producción colectiva de conocimientos fue la de estudios de casos múltiples, porque a través de estos pude focalizar mi tema de investigación, abordándolo detalladamente a través de las perspectivas y narrativas particulares de diferentes personas, ubicándome en tiempo y espacio en este acercamiento para poder construir una comprensión del tema y de su complejidad (Ito & Vargas, 2005; Katayama, 2014; Simons, 2011). Como lo señala Vasilachis de Gialdino (2006), los diseños de investigación de casos múltiples se caracterizan por favorecer la construcción y el desarrollo de ideas y de nuevas perspectivas sobre distintos aspectos de la vida social, considerando de suma importancia a las personas y sus recursos y respetando los contextos locales en los que se producen.

Asimismo, los estudios de casos múltiples son útiles para investigar y comprender el proceso y la dinámica del cambio, ya que son flexibles en relación al tiempo (se pueden realizar en pocos días, meses o años) y a las ideas, incluso si estas son contradictorias, y de igual manera, tienen el potencial de implicar a los(as) participantes en el proceso de investigación, al transformar la base de poder del control de los conocimientos hacia la horizontalidad, reconociendo que la realidad se co-construye a través de las relaciones y de las interpretaciones conjuntas que todos y todas creamos al conversar (Simons, 2011; Stake, 2007).

Consideraciones Éticas

Además de emplear el consentimiento informado (ver Anexo A) con los y las participantes que aceptaron colaborar conmigo en esta investigación, mi postura ética estuvo posicionada, como proceso, en una responsabilidad relacional y de transparencia (Anderson, 1999; Kaufhold, 2001; McNamee, 2001; Pérez, 2003) respecto a los propósitos de la misma y a todo lo que se fue co-construyendo en ella. Esto significa que fue posible crear un espacio conversacional en el que tanto las(os) participantes como yo (investigadora), pudimos colaborar de forma abierta y respetuosa en la toma de decisiones y en la generación de ideas que terminaron plasmadas en este texto, de tal manera que las voces de todos y todas estuvieron presentes y visibles.

Como lo señalan Mallimaci y Giménez Béliveau (2006, citados en Vasilachis de Gialdino, 2006), desde las ciencias sociales, en las que se reconoce un compromiso ético con los y las participantes de la investigación, los propósitos de los(as) investigadores(as) no se esconden, ya que partiendo de la premisa de que el conocimiento se construye entre quien comparte algo de su vida y quien “recoge” el relato, el pacto entre ambos(as) debe basarse en la transparencia.

Cuando se adopta una postura de responsabilidad relacional y de transparencia, una(o) se compromete a dar cuenta de sus predilecciones teóricas y metodológicas, del camino por el cual se llegó al tema de investigación, con sus por qué y para qué hacerla, de los discursos y prácticas metodológicas que serán empleadas y de sus posibles implicaciones, de las voces (participantes) que estarán invitadas, -que se volverán co-investigadoras-, y de la forma de relación que se tendrá con ellas, así como de los contextos sociales, políticos, económicos y culturales que conforman la sociedad en la que vivimos y participamos todos y todas (Kaufhold, 2001; Pérez 2003).

Así, desde esta postura ética de responsabilidad relacional y de transparencia, que coincide con muchas de las ideas propuestas por la Posmodernidad y el Socioconstruccionismo,

se asumen dos cosas: lo que decimos no es inocente y lo que investigamos y escribimos es parcial, local y situacional, lo cual significa que se reconoce y acepta que nuestra mirada de ninguna manera es objetiva o neutral, ya que está atravesada por muchos lentes teóricos y por distintas ideas, experiencias y conocimientos, y que entonces, en nuestras prácticas, entre ellas, las de escribir e investigar, se asomarán nuestros valores y creencias favoritas, que pueden identificarse o no con algunos discursos históricamente dominantes. Por ello y compartiendo el punto de vista de Richardson y Adams St. Pierre (2018), es importante dar cuenta de esto para no privilegiar ni jerarquizar ninguna teoría o método por encima de otros, ni mucho menos por encima de las voces de las personas. Es tener presente que cuando decimos que conocemos algo, ese algo no lo es todo.

Participantes y Escenario

Para “maximizar” las posibilidades de conocer los alcances de la Terapia de Atención Inmediata, la elección de los(as) 6 participantes: 4 mujeres y 2 hombres, que se convirtieron en mis co-investigadores(as), fue por conveniencia (Katayama, 2014; Vasilachis de Gialdino, 2006), a través del contacto del seminario de Sesión Única que se imparte en la residencia de Terapia Familiar en la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), porque ahí se ofrece esta modalidad de servicio terapéutico. El único criterio de elección fue que las personas que asistieron a la atención terapéutica en dicho seminario y que aceptaron participar voluntariamente en la investigación fueran mayores de 18 años.

Para establecer el número de casos, utilicé como criterio el punto de saturación. Como proceso, este punto de saturación, que sugiere la detención por falta de categorías nuevas, lo generé recursivamente a través de la co-construcción y el análisis de la información. La intención es que el número de casos, cualquiera que sea este, dieran sentido a la pregunta y a los propósitos de mi investigación, es decir, que yo pudiese considerar -como lo hice a través de los relatos o

narrativas de las(os) 6 participantes- que la información fuese “suficiente” para dar respuesta a estos ampliamente (Katayama, 2014; Mayan, 2009).

En la Tabla 1 muestro algunas características sociodemográficas de las 6 personas que aceptaron participar y colaborar en este estudio. Es importante que mencione que en aras de respetar la confidencialidad de la información, los nombres que a continuación presento, son seudónimos y fueron elegidos por las mismas personas.

Tabla 1.

Características de las y los participantes

Participantes	Sexo	Edad	Ocupación
Marina	Mujer	35 años	Música/lectura de tarot
Juan	Hombre	33 años	Música
Jesús	Hombre	44 años	Cocinero/Música
Irma	Mujer	36 años	Negocio propio
Fernanda	Mujer	36 años	Empleo doméstico
Victoria	Mujer	25 años	Empleo/Estudiante de licenciatura

Herramientas para la Co-Construcción, Análisis e Interpretación de la Información

Bajo la premisa de que hay múltiples maneras, métodos o herramientas de co-construir el conocimiento, me resulta importante distinguir que mi entendido de esto último, -el cual estuvo presente en cada una de mis participaciones y abordajes analítico-reflexivos-, es que al hacerlo, es decir, al co-construir, estamos atravesados por los contextos y entornos en los que vivimos, por el lenguaje que compartimos, por los sentidos y significados de muchos conceptos que por ahora tenemos y utilizamos en las prácticas cotidianas que solemos mantener y por otros elementos más. Por ello, al relacionarme, conversar con mis participantes y dar lectura a sus discursos, hice mi mayor y mejor esfuerzo de mostrar una postura y una escucha sensible y empática hacia sus

voces e historias, y al mismo tiempo, cuestionar el discurso hegemónico que suelen tener y mantener en varios modelos y espacios de terapia, del cual pude dar cuenta en algunas de sus narrativas.

Dicho lo anterior, con una postura flexible, dialógica y colaborativa, utilicé una entrevista conversacional-semiestructurada para la co-construcción de la información. Desde una mirada Posmoderna y Socioconstruccionista, la entrevista es entendida como un encuentro de intersubjetividades y como una práctica social, en donde se pueden crear nuevas posibilidades de significar y de acción, y en donde también se diluyen los roles de entrevistador(a) y entrevistado(a), para dar paso a una relación más equitativa y a un trabajo colaborativo (Anderson, 1999; Brinkmann, 2018; Gergen, 2006; Katayama, 2014; Simons, 2011).

El propósito de haber utilizado esta clase de entrevista con una postura así, fue aproximarme más hacia una conversación que posibilitara que los(as) participantes o co-investigadores(as) pudiesen sentirse con la confianza para compartir, desde su perspectiva y sus relatos, lo que la asistencia a la Terapia de Atención Inmediata les significó. La intención fue construir un espacio conversacional para que participantes e investigadora conformáramos un equipo productor de conocimientos y de nuevos entendimientos.

Es preciso señalar que tenía previsto que las entrevistas fuesen presenciales en la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), sin embargo, por la contingencia sanitaria que estamos viviendo debido al Coronavirus, consideré alternativas para dar seguimiento al trabajo de investigación, como lo fue llevarlas a cabo valiéndome del uso de una computadora y del internet. Al respecto, la evolución de los medios digitales hacen posible el disponer de nuevas formas y escenarios para generar y tener acceso a una gran cantidad de información, y entre esas nuevas formas, las entrevistas por internet mediante un equipo

informático (computadora, tableta o celular), se muestran como un recurso efectivo para que las personas podamos seguir estando en contacto, interactuar, opinar y co-construir conversaciones sobre diversos temas (Orellana & Sánchez, 2006).

Las entrevistas vía internet, según Orellana y Sánchez (2006), resultan ser cómodas para muchas personas, por producirse en la comodidad de sus hogares y en horarios que no afectan otras actividades y porque se evita un costo de desplazamiento que sí se produce cuando hay una entrevista de forma tradicional, es decir, presencial. Asimismo, las grabaciones en audio y video que se pueden hacer de las entrevistas por internet, ofrecen la ventaja de poder mirarlas, escucharlas y retomarlas tantas veces como sea necesario. Lo que privilegié principalmente con esta decisión, fue la seguridad tanto de las personas como la propia ante esta contingencia sanitaria.

Tomando en cuenta lo anterior, la plataforma zoom fue la herramienta que utilicé para llevar a cabo las entrevistas, por ser amigable en su empleo y por las ventajas de grabación que otorga. Al respecto de la grabación de estas, establecí los acuerdos y las medidas necesarias con los(as) 6 participantes, para que, desde un ejercicio de corresponsabilidad, se cuidasen todos los aspectos relacionados con la confidencialidad de dicho procedimiento y de toda la información derivado de este (ver Anexo A). La duración de las entrevistas por zoom fue aproximadamente de 120 minutos y los materiales empleados fueron una computadora, una conexión a internet, una libreta y una pluma. Asimismo, para la realización de estas, considerando la pregunta y los propósitos de mi investigación, utilicé una guía de entrevista (ver Anexo B) con los siguientes ejes temáticos:

1. *Posibilidades*: son aquellas ideas -derivadas de la sesión de terapia- que tuvieron sentido y fueron consideradas como buenas y/o útiles por las(os) participantes (Gergen, 2006; Kaufhold, 2001).
2. *Recursos y Soluciones*: derivado de la sesión de la terapia, es cualquier cosa que se hizo o con la que se contó, considerada como adecuada, eficaz, útil, favorable y/o buena y que fue empleada para resolver o cambiar una situación (De Shazer, 1986, 1987, 1997; O'Hanlon, 1999; O'Hanlon & Weiner-Davis, 1989).
3. *Expectativas*: son las creencias que se generaron en relación a la terapia; es la suposición o suposiciones de lo que podría ocurrir al asistir a ella (Slive & Bobele, 2011, 2012).
4. *Satisfacción con el servicio*: es la expresión de conformidad por parte de los(as) participantes respecto al servicio de terapia utilizado (Slive & Bobele, 2011, 2012).
5. *La terapia en los entornos familiar y social*: es la manera en que la asistencia a la Terapia de Atención Inmediata tuvo implicaciones en los entornos familiar y social de las(os) participantes (Anderson, 1999; McNamee, 2001).

Ahora bien, como herramienta de análisis e interpretación de la información empleé uno de contenido. Mediante un análisis de contenido, pude hacer distinciones y darle sentido y significado a los relatos que co-construí con los y las participantes, lo cual me permitió llegar a buen puerto respecto a los propósitos que establecí en mi investigación. Para estos procesos analíticos, reflexivos y de interpretación, mi acercamiento fue inductivo e inclusivo, es decir, codifiqué y construí las categorías temáticas, que son las que muestro en el siguiente capítulo, a partir de las entrevistas-conversaciones que tuve con los(as) participantes sin perder de vista la información valiosa que he documentado sobre la Terapia de Atención Inmediata, como lo es que en diversas investigaciones fueron mencionados como propósitos de estudio, la utilidad y la

satisfacción con el servicio terapéutico, lo cual tiene puntos de coincidencia con los míos. (Coffey & Atkinson, 2003; Denzin & Lincoln, 2018; Katayama, 2014; Ruiz Olabuénaga, 1996; Smith, 2000).

Proceso de Investigación

Como ya señalé anteriormente, -en el apartado de participantes y escenario-, la Terapia de Atención Inmediata fue realizada mediante el servicio de atención terapéutica que ofrece el Seminario de Sesión Única de la Residencia de Terapia Familiar de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Este fue el medio de contacto por el cual invité a las personas que solicitaron el servicio a participar de forma voluntaria en la investigación.

Para no restar tiempo a las sesiones, de manera muy breve en el encuadre terapéutico de estas, las(os) compañeras(os) terapeutas en formación comentaron a su consultante en turno, que yo estaba llevando a cabo una investigación sobre el servicio de terapia y que si habría algún inconveniente en que se me proporcionase su número de celular para que yo posteriormente me contactara con ellas(os) y les explicara al respecto. Así, una vez que cada consultante consintió lo anterior, pude contactarme con las(os) que fueron mis 6 participantes -mediante un mensaje de whatsapp- para solicitarles un tiempo por zoom y poder compartirles a detalle sobre la investigación.

De esta manera, por zoom, les expliqué a cada una(o) que mi investigación forma parte del Programa de Doctorado en Psicología por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y que tenía como propósitos, conocer desde sus voces, los posibles alcances terapéuticos de su asistencia a la Terapia de Atención Inmediata, así como su utilidad, beneficios y limitaciones, y también les expliqué la modalidad de su participación, esto es, mediante la realización de una entrevista conversacional semiestructurada con las siguientes características:

1) dicha entrevista se llevaría a cabo un mes después de la sesión de terapia mediante plataforma zoom, en la que exclusivamente estaríamos participante y entrevistadora, 2) no tendría alguna retribución o costo económico, 3) tendría una duración aproximada de 120 minutos y sería grabada en audio y video, y 4) posiblemente se utilizaría la grabación de la sesión como una fuente de información.

De igual forma les informé que en caso de aceptar colaborar en la investigación, respetaría el anonimato y la confidencialidad de los datos sensibles que proporcionasen y la decisión de omitir cualquier información para la investigación, como también su derecho para detener la entrevista en el momento que considerasen conveniente sin ningún compromiso y de solicitarme información sobre los resultados de su participación y en cómo esta quedaría plasmada en el texto para los fines académicos y de divulgación científica.

Una vez explicado todo lo anterior y habiendo esclarecido cualquier duda que pudiese surgir durante ese proceso de transparencia, les pregunté si les interesaba participar en la investigación y ante su aceptación, les comuniqué que les enviaría una carta de consentimiento informado (ver Anexo A) para que pudiesen leerla, firmarla y reenviármela, y que si en su lectura surgía alguna duda, no la firmaran hasta aclararla. Finalmente, acordamos el día (tomando en cuenta que se cumpliera un mes después de la sesión) y el horario para llevar a cabo la entrevista por zoom.

Posteriormente, durante cada entrevista, al inicio de esta, les pregunté a las(os) 6 participantes si habían tenido alguna duda en el consentimiento informado que me habían enviado y si había algún inconveniente en que hiciera la grabación de la misma. Así, mediante la aceptación y afirmación por parte de cada participante de tener la claridad respecto al consentimiento y a la grabación de la entrevista, dimos comienzo con ella de manera formal. Al finalizar esta y como parte de mi responsabilidad relacional, les comenté que la manera en que yo

podía ser recíproca a su colaboración, era ofreciéndoles un espacio terapéutico de manera gratuita, entendiéndose este como la posibilidad de solicitar la atención inmediata en el momento en que lo llegasen a necesitar. Por último, realicé la transcripción, la lectura y el análisis de la información que co-construí con mis 6 participantes durante la fase de entrevista (Coffey & Atkinson, 2003; Denzin & Lincoln, 2018; Katayama, 2014; Ruiz Olabuénaga, 1996; Smith, 2000), estableciendo de esta manera las categorías temáticas que presento en el siguiente capítulo.

Capítulo 6: Los Alcances de la Terapia de Atención Inmediata desde una mirada Posmoderna y Socioconstruccionista

Análisis de las Narrativas

En este capítulo presento el análisis y la interpretación -que para mí es más una distinción de ideas emergentes- de las narrativas que co-construí colaborativamente con los(as) participantes a partir de los encuentros conversacionales que tuvimos durante la fase de entrevista. Por lo tanto, este es el espacio en el que “termino” por dar sentido y significado al propósito principal de esta investigación, que es conocer los alcances terapéuticos de la Terapia de Atención Inmediata desde una mirada Posmoderna y Socioconstruccionista, y en el que también interpreto estos sentidos y significados a la luz de las aportaciones que otros(as) autores(as) han hecho sobre el tema.

Si bien hay mucho por delante que escribir, es decir, puntos suspensivos que están esperando dar paso a todo lo que los y las participantes compartieron sobre su asistencia a la Terapia de Atención Inmediata, tengo la expectativa de poder honrar la participación y las voces de cada uno(a) de ellos(as), de tal forma que el trabajo realizado, -aquí plasmado-, haya sido el producto de una escucha y de una interpretación sensible y cercana de todas sus ideas, opiniones y necesidades, y que ello pueda resonar en otros(as) profesionales de la salud y en otros escenarios terapéuticos, para que las ideas, opiniones y necesidades de otras personas también sean escuchadas, valoradas y atendidas.

Luego entonces, tomando en cuenta los propósitos (general y específicos) de mi investigación, en el análisis de contenido que efectué a partir de los ejes de entrevista que establecí y mencioné en el capítulo anterior, pude construir cuatro categorías temáticas que considero que dieron sentido y significado a dichos propósitos y con las cuales también pude dar una respuesta a mi pregunta de investigación (Coffey & Atkinson, 2003; Denzin & Lincoln,

2018; Katayama, 2014; Ruiz Olabuénaga, 1996; Smith, 2000). Las categorías temáticas son: 1) la llegada a la Terapia de Atención Inmediata, 2) la utilidad de la Terapia de Atención Inmediata, 3) la satisfacción con el servicio de la Terapia de Atención Inmediata y 4) las mejoras a la Terapia de Atención Inmediata.

Como parte de su construcción, en cada una de estas categorías que a continuación muestro, elegí algunos fragmentos de las narrativas de mis participantes que son distinguibles en cursivas y entre comillas. Es importante mencionar que en el momento en el que llevé a cabo las entrevistas para esta investigación (un mes después de la asistencia a la Terapia de Atención Inmediata), todas(os) las(os) participantes habían acudido una sola vez a este servicio terapéutico, por lo que todo lo que documento aquí corresponde a lo que una sesión les significó.

Ahora bien, valiéndome de las ideas Posmodernas y Socioconstruccionistas con las que me identifico, me parece pertinente recordar y retomar que cualquier entendimiento, conocimiento, opinión, reflexión o análisis sobre cualquier tema, viene construido(a) desde el lugar en el que epistemológicamente estamos situadas(os), así como desde nuestros intereses, ideas y teorías preferidas (Campero et al., 2014; Gergen, 1996, 2006; Young & Cooper, 2008). Esto significa que la propia construcción de mis categorías y lo que señalo en cada una de ellas, proviene de una mirada y de una interpretación particular (la mía), -tan válida como cualquier otra que pueda tenerse y hacerse-, que responde y transparenta el lugar teórico-epistemológico (postura, ideas e intereses) en el que estoy situada en este momento respecto a la terapia, a la investigación y a otros temas sociales y no una verdad absoluta que pueda utilizarse para generalizar o que se crea que es superior a otras miradas o conocimientos. Dicho lo anterior, comienzo con la presentación de la primera categoría temática: la llegada a la Terapia de Atención Inmediata.

La llegada a la Terapia de Atención Inmediata

Inicio este apartado transparentando que la idea de incluir el contexto en que las personas llegan a un servicio de terapia psicológica es porque, desde mi perspectiva, estará relacionado de alguna manera con los significados de utilidad, satisfacción y mejoras que posteriormente se le atribuyan y mencionen a su asistencia. Mi argumento es que cuando las y los consultantes señalan que un servicio terapéutico les fue o no útil y satisfactorio, sus afirmaciones proceden no sólo de que hayan podido o no cambiar, resolver o resignificar la situación que les motivó a acudir a este, que no es cosa menor, sino también del contexto que acompañó la llegada de cada una(o) de ellas(os), de las ideas que hayan tenido sobre lo que significa e implica la asistencia a una terapia, así como de las experiencias terapéuticas previas (Alvarez & Trujano, 2022; Benito, 2009).

Bajo estos entendidos, comparto entonces cómo es que Marina, Juan, Jesús, Irma, Fernanda y Victoria llegaron a la Terapia de Atención Inmediata (TAI). Doy cuenta en este espacio, -procurando mantener lo más posible sin ediciones los relatos compartidos-, el motivo por el cual asistieron a ella, la experiencia terapéutica previa que hayan o no tenido, así como las ideas y comentarios que pudieron asomarse relacionadas(os) con el conocimiento que se tiene sobre la terapia psicológica. Entrelacé las historias de cada una(o) a partir de los puntos de coincidencia que distinguí.

Para Marina, que acudió a la Terapia de Atención Inmediata un mes después de haber fallecido su papá, su llegada vino precedida de tres servicios psicológicos consultados anteriormente (dos veces con el mismo psicólogo en modalidad de terapia breve y la tercera con una psicóloga). A pesar de que una de sus asistencias pudo proveerle un beneficio, al poder resolver el tema que llevaba en ese entonces, en la segunda ocasión que acudió, tuvo que dejarlo por no poder sostener económicamente su asistencia. En tanto que al tercero (con la psicóloga),

también dejó de acudir; el motivo fue por no sentir un cambio o un avance con la terapia. Desde

SU VOZ:

“En mi terapia yo traté el asunto de mi papá que murió apenas hace dos meses, en ese entonces pues creo que estaba cumpliendo un mes justamente... estaba tomando antecito de que empezara la pandemia pero pus llegó la pandemia y ya no la pude sostener... es que es caro, o sea y eso que no me cobraba tan caro como cobran pero me cobraba \$400, no es cierto, \$500, ya me cobraba \$500 pero la neta yo no tengo 2000 varos al mes libres... llevaba como 4 sesiones máximo, o sea, es que ya antes había tomado con ese mismo psicólogo pero él normalmente da esas terapias, como que no es, como que no es de esos que se prolonga ¿no?, como, o sea, hay gente que puede estar un año, dos, no sé ¿no?, ahí toda la vida, pero él no, si, él como que te da, son como 10 sesiones, una cosa así... entonces este, ya antes había tomado con él, ¡eh!, como, yo creo que como casi dos años antes y pues sí me acuerdo que sí pude resolver como el problema que tuve entonces y ahora esta otra vez, pero ya todo se quedó como medio raro, medio inconcluso... y previo a él, había estado como un año con otra psicóloga, pero con ella yo sentía que no avanzaba nada, o sea, sentía como que, pues no sé, o sea, creo que me funcionaba más a veces platicar con alguna amiga, (risas)... sentía que nada más llegaba a hablar así, pues no sé, ¿no?, no sentía que, no me cambiaba nada”.

A través del relato de Marina puedo distinguir y dar cuenta de lo que ya he documentado en el capítulo uno sobre la deserción terapéutica. Como ya lo han mencionado algunos(as) autores(as), muchas personas por diversas circunstancias han dejado y dejarán de asistir a una terapia psicológica (Alcázar, 2007; Bados et al., 2002; Barret et al., 2008; García & Rodríguez, 2005; Labrador et al., 2010; Moreno et al., 2012; Rondón et al., 2009; Velasco & Hernández, 2016). Puedo decir que Marina corresponde a la información estadística que Rondón et al. (2009) y Barret et al. (2008), ya nos habían alertado, respecto a que en algunas investigaciones se ha reportado que el índice de deserción terapéutica es entre el 25 y el 50% a nivel mundial y que de las personas que asisten a terapia, el 40% lo hace sólo a tres sesiones. En México, por ejemplo, según Alcázar (2007), este número de sesiones es el promedio de asistencia.

Si bien celebro que uno de los servicios psicológicos a los que acudió Marina fue brindado con una perspectiva de terapia breve y que este -como lo refirió- le otorgó beneficios en una de sus asistencias y que incluso -desde mi interpretación de su relato-, me lleva a pensar que valora favorablemente que sea distinto a los servicios de largo plazo que conoce, lo cual muestra

que los procesos terapéuticos no necesariamente tienen que ser largos ni laboriosos para construir un cambio y que cada vez más se utilizan terapias de tiempo limitado porque las personas esperan encontrar un servicio que les posibilite solucionar sus problemas lo más pronto posible (Bados et al., 2002; Cameron, 2007), parece que quienes nos dedicamos a la labor de brindar terapia psicológica, perdemos de vista de manera frecuente que esta actividad es parte de todo un contexto social y que por tanto, se requiere de un cúmulo de circunstancias para poder asistir.

Simplemente con Marina se reúnen dos de los motivos de la deserción en la terapia psicológica de la clasificación de Pekarik (1992), que son el alto costo económico de las sesiones y por problemas o disgusto con la terapia y/o con el/la terapeuta. En el primero de los motivos que llevó a Marina a dejar su proceso terapéutico, cabría reflexionar y preguntarnos cuántas personas están en condiciones para pagar \$500 semanales por una sesión y por cuánto tiempo en un país como el nuestro, en donde, como lo señala la Secretaría de Salud (2014), el 46.2% de la población vive en condiciones de pobreza. Y respecto al segundo de los motivos, vale decir que cuando las expectativas de las personas no son escuchadas ni atendidas, la terapia deja de tener un sentido de utilidad para ellas. Según Fisher et al. (citados en Bobele et al., 2008), cuando los objetivos que los(as) terapeutas tienen para sus pacientes, consultantes o clientes(as) no van de la mano de las ideas y expectativas que estos(as) últimos(as) tienen de la terapia, puede ocasionar que las personas, como lo fue en el caso de Marina, que sentía que no avanzaba, deserten de ella.

Pero estos dos motivos de deserción terapéutica no fueron exclusivos de Marina, coincidentemente también los experimentó Fernanda en su andar por las tierras de la psicoterapia. En el caso de Fernanda, que llegó -por derivación de los servicios psicológicos de la UNAM- a la Terapia de Atención Inmediata (TAI) con algunas ideas de ya no querer vivir después de que falleciera su hermano por covid-19 y de algunos conflictos familiares, su experiencia terapéutica previa provino de diversos lugares. Para su descripción, en el primer párrafo comparto la manera

en que ella relató su derivación a la TAI por parte de los servicios de psicología de la UNAM, en tanto que en el segundo, el andar que tuvo por algunos servicios terapéuticos.

“Fallece mi hermano, viene el pleito familiar... empiezo con pensamientos suicidas, ya estoy cansada, ya estoy hasta el gorro... me levanto un día y le digo a mi cuñada: ya lo pensé, un no quiero asustarte pero yo ya me cansé, hasta aquí llegué, en cualquier momento yo igual ya, gracias... y en ese momento, ya como que se me queda viendo y tenía su terapia con su psicóloga y le dice: ¿sabes qué?, mi cuñada necesita por favor ayuda porque la veo mal y le dice, dice su terapeuta: no, no hay espacio pero déjame buscar... le dijo que estaban saturados... por parte igual de la UNAM, o sea, que te mandan con otra persona y así, entonces le dijo: ahorita no podemos pero déjame ver... me manda mensaje la psicóloga y me dice: ¡joye! la situación es que solo podemos darte atención única, este, no sé si la quieras o te esperas a que te hablen de la UNAM, porque estamos saturados. Ok, pues sí, porque la verdad es que sí lo necesito, me urge...”

En estas líneas compartidas por Fernanda, quiero puntualizar en uno de los aspectos que motivó precisamente la construcción de una manera muy distinta de brindar la atención terapéutica, enfocada ahora en que las personas puedan recibir un servicio en el momento en que lo necesitan y solicitan, es decir, la Terapia de Atención Inmediata y la Sesión Única (Slive & Bobele, 2011, 2012). Este aspecto al que hago referencia, es la saturación de los servicios de psicología, generalmente de los sistemas públicos de salud, que deja a muchas personas, -como Fernanda-, sin una atención terapéutica y que resulta ser un problema común de varios países en el mundo, entre ellos, el nuestro, provocado -desde mi perspectiva- por una insuficiencia de recursos (de todo tipo) y por no flexibilizar la mirada y la práctica de muchos y muchas de los que nos dedicamos a esta actividad, incluyendo las instituciones de salud.

Al respecto, retomo la información que la Secretaría de Salud (2014), Bloom y Tam (2015) y Slive y Bobele (2011), ya han señalado, en relación a que en varios países hay una escasez de recursos para dar atención a las necesidades de las personas en el rubro de la salud mental, que además, son distribuidos de manera ineficiente e inequitativa. Como ya lo he documentado, en algunas ciudades de Canadá, como Ontario y Calgary, por ejemplo, han tenido problemas de saturación en sus servicios de salud mental, lo cual ha colocado a muchas personas

en una lista de espera, -que puede ir de un año hasta 4 años-, sin que tengan acceso a un o una profesional en dichos servicios. Estos últimos autores incluso refieren que en el Wood's Homes Eastside Family Centre (EFC) de Calgary, muchas familias llegaron a tener sólo una cita de orientación después del largo tiempo de espera y que también solía pasar que algunas de esas familias no llegaran a la cita.

Asimismo, en Estados Unidos, de acuerdo a Schleider et al. (2019), se gasta más dinero en servicios de salud mental que en cualquier otro país sin que sigan siendo efectivos los servicios psicológicos que se proporcionan. El resultado de esto es que un 80% de niños(as) y jóvenes estadounidenses con necesidad de salud mental no recibe ningún tipo de servicio. Sobre este mismo tema, según Kliff (2012, citado en Bloom & Tam, 2015), en un artículo en el Washington Post, se hizo mención de que el difícil acceso a los servicios de salud mental, los tratamientos costosos y el miedo al estigma son elementos disuasivos para muchos(as) estadounidenses en la búsqueda de atención psicológica.

En la Ciudad de México, como ya lo distinguí anteriormente, ha aumentado la demanda de los servicios de salud mental sin que se incrementen de manera paralela la capacidad de atención de muchos centros e instituciones de salud. Así, es posible decir entonces que en muchas comunidades y ciudades de nuestro país, -como de otros-, varios de los servicios psicológicos y de salud mental existentes están saturados con largas listas de espera y aquellos de carácter privado disponibles, difícilmente están al alcance en el aspecto económico de la mayoría de sus habitantes (Slive & Bobele, 2011; Tena-Suck, 2017). Justo este último aspecto, el económico, es uno de los temas que en el andar que ha tenido Fernanda en las tierras de la terapia psicológica, -como le sucedió también a Marina-, motivó su deserción en uno de los servicios a los que asistió 20 días antes de que llegara a la Terapia de Atención Inmediata. A continuación comparto esta y otra de sus experiencias terapéuticas previas:

“Estaba yo en un momento en el que justamente, como 15 días antes, había pedido yo también ayuda, había buscado una psicóloga, 20, 20 días antes, este, me puse a buscar, económicamente la verdad es que no estoy bien, ¡eh!, en ese momento ya pude hablar con ella dos veces y le dije: discúlpeme, ya no puedo económicamente... me estaba cobrando \$600 la terapia... a la semana eran \$600, al mes sí superaba mi economía...” Y anteriormente: *“había intentado igual una vez pero no me gustó la terapeuta... como que no sentía esa conectividad con ella, esa confianza... desde la primera vez que tuve, igual creo que lo intenté con ella dos veces, este, pero sí la verdad con ella, lo que no sentí fue ese, ese contacto... porque no puedo abrirme así tan fácilmente...”*

Pues bien, como lo referí al presentar el relato de Fernanda, el punto de encuentro entre ella y Marina es que ambas tuvieron que desertar de un par de servicios psicológicos, diría yo que por los mismos motivos: el económico y las expectativas no cumplidas. Reflexiono que así como Marina comentó: *“la neta yo no tengo 2000 varos al mes libres”* y Fernanda: *“a la semana eran \$600, al mes sí superaba mi economía”*, otras personas no tienen incluso la mitad de esa cantidad, -en el supuesto caso de que se bajara el costo de las sesiones-, para estar disponiéndola en una actividad así. Moreno et al. (2012), que al igual que Pekarik (1992), han investigado sobre los motivos que colaboran para que las personas abandonen una terapia psicológica, también han señalado las razones económicas como una de las principales causas de dicha situación.

Aquí traigo a cuenta de nuevo lo que ya señalé en el capítulo uno, respecto a que en la mayoría de los modelos de terapia psicológica se considera necesaria la asistencia a un determinado número de sesiones (más de una) para generar un cambio, -decididas y establecidas usualmente por el/la terapeuta-, sin pensar si las personas tienen los recursos económicos para poder hacerlo (Benito, 2009; Tarragona, 2006). Como ya transparenté anteriormente, en los inicios de mi práctica terapéutica di por establecido que las personas iban a querer y poder acudir de manera constante a las sesiones, sin reparar en todo lo que implica asistir a una terapia ni en cómo mi participación podía o no facilitar dicha asistencia. Habría que tener presente que como terapeutas, no sólo trabajamos para aquellas personas que pueden disponer de un recurso económico sino también para aquellas poblaciones que no cuentan con este y que suelen tener

dificultades para acceder a un servicio de salud mental o psicológico y mantenerse en él (Bobebe et al., 2008).

Si la asistencia a una terapia puede llegar a ser complicada para muchas personas, incluso sintiéndose satisfechas con el servicio al que están acudiendo, ahora imagínese usted lectora o lector hacerlo, sintiéndose que no se avanza nada, como lo señaló Marina, o que falta conectividad o confianza con la terapeuta, como lo refirió Fernanda. Si les preguntásemos a varias(os) terapeutas qué ideas tienen del porqué las y los consultantes dejan de asistir a una terapia, cuántos dirían que el o la terapeuta tiene una co-responsabilidad en dicha deserción, cuántos considerarían que el contexto social también participa y cuántos interrelacionarían estos y otros aspectos. Reflexiono esto porque comúnmente cuando las y los consultantes dejan de acudir a una terapia psicológica, la interpretación que se hace en la mayoría de las perspectivas terapéuticas es por una falta de compromiso o de resistencia al cambio por parte de las personas. Pocas veces se consideran la multiplicidad de factores que pueden participar para que una persona ya no regrese a la siguiente sesión.

Aunque no hay una respuesta única que dé explicación a la deserción terapéutica, la falta de coincidencia entre lo que las y los consultantes esperaban y recibieron, el costo económico de las sesiones, el tiempo de los tratamientos y la mejoría, son los motivos recurrentes que se han documentado en algunas investigaciones (Alcázar, 2007; Bados et al., 2002; Moreno et al., 2012). Por el hecho entonces de que la asistencia a una terapia implica compaginar un conjunto de aspectos, como lo son, la disposición de tiempo, lo económico, el desplazamiento hacia un lugar y otros más, tendríamos que no dar por sentado que las personas se sienten satisfechas y prestar mayor atención a sus voces, a sus necesidades, sentires y contextos (socioeconómico, familiar, comunitario, etcétera), preguntando de manera frecuente en cada sesión cómo se sienten y si les está siendo útil.

Finalmente, Fernanda recordó y compartió otras experiencias anteriores a estas últimas relatadas. Cabe señalar que previo al fallecimiento de su hermano, Fernanda había pasado por un diagnóstico de cáncer (en remisión), el cual le había provocado una serie de intervenciones quirúrgicas y de inconvenientes económicos y familiares. Desde su voz:

“Ya venía arrastrando como una, como que no me encontraba a mí misma, como que me sentía depre... ya mi mejor amigo me ayudó a convencerme a tomar una vi, ¿cómo se llama?, una entrevista en instagram con mi amiga que es psicóloga, con una terapeuta de reiki... la terapeuta de reiki me ve la primera vez y me dice: ¿has hablado con un tanatólogo? y yo: no, ¿eso con qué se come?, y ya con ella llego con la tanatóloga, me saca a flote... ya me estabilicé un poco y me dijo: necesitas terapia y yo: otra vez con, y yo: no necesito terapia. Me dijo: sí, acepta que necesitas terapia, han sido muchas cosas, necesitas sacar todo eso... yo te voy a poder ayudar respecto a los órganos que has perdido, sobre las pérdidas que has tenido pero no como tal para una terapia...”

Al escuchar y leer este último relato de Fernanda, me vinieron algunas reflexiones sobre tres aspectos de los cuales ya he escrito anteriormente. El primero es sobre la cantidad y variedad de servicios relacionados con la atención de la salud que pueden existir y lo útil o no que pueden ser para las personas; el segundo está vinculado con la manera en la que usualmente se llevan a cabo las prácticas de referencia a un servicio asociado a la salud, sea psicológico, médico u otros; y el tercero, con las ideas dominantes que todavía prevalecen respecto a los roles entre médico(a)/psicólogo(a) y pacientes o consultantes. Antes de abordar estos aspectos, por las similitudes que al respecto distinguí en el andar de Jesús en los escenarios de la terapia, traeré a cuenta su experiencia.

Jesús llegó a la Terapia de Atención Inmediata por algunos sentires emocionales debido a la enfermedad de cáncer que su madre presenta, sin embargo, anteriormente, ya había tenido un par de experiencias terapéuticas. Había asistido con un psicólogo durante algunos meses, siendo referido por este a un servicio de Alcohólicos Anónimos (AA). Como él lo relata:

“Yo traía como mucha carga emocional de muchos meses atrás por la problemática que tengo con mi mamá que está enferma... pusieron que si alguien gustaba de una sesión única y todo, y yo lo vi y dije: pues ¿por qué no? y dije: lo voy a hacer... con un psicólogo, este, es la

segunda vez, la segunda vez en toda mi vida. La primera vez fue hace como, ¿qué será?, como 14 años... en terapia estuve, ¿qué será?, como, no, como meses, tres, cuatro meses... creo que era una vez por semana... y bueno al final de cuentas me dice: te voy a dar un consejo, dice, no está bien que lo haga porque yo solito me estoy poniendo el pie, dice, pero me mandó a Alcohólicos Anónimos... dije: bueno pues sí tomo pero no me ahogo... yo no sabía ni comprendía por qué me había mandado ahí. Cuando yo llegué ahí pues supe porqué me mandó ahí y no es tanto, no era tanto mi forma de beber... sino más bien yo traía un conflicto ahí emocional muy fuerte que fui resolviendo poco a poco yendo a las juntas. La verdad es que las juntas me ayudaron bastante y sí, sí me, salí del hoyo en donde estaba”

Como ya señalé, el primer aspecto que llamó mi atención es sobre la cantidad y la variedad de servicios relacionados con la atención de la salud que hay y lo útil o no que pueden ser para quienes asisten a ellos. Simplemente, con lo relatado por Marina, Fernanda y Jesús, puedo distinguir más de cinco modalidades de servicios, que van desde los de tipo tanatológico y de doble AA, pasando por enfoques de terapia breve y de largo plazo, hasta llegar a otras alternativas como la terapia reiki. Más allá de esta variedad, la cual me parece valiosa porque brinda opciones para que las personas puedan elegir, lo más importante es la valoración que puedan hacer de dichas opciones; es a través de la experiencia (propia o ajena) que las personas deciden significar un servicio como útil o benéfico.

Por ejemplo, en relación a la terapia de reiki, comparto que desconozco su teoría y su práctica, sin embargo, para Fernanda fue el eslabón que la llevó a un servicio de tanatología, que a decir de ella, colaboró para estabilizarse un poco en relación de cómo se estaba sintiendo. Quizá algo tuvo que ver la confianza en sus amistades para llegar con la terapeuta de reiki y después en la conversación con ella, algo le habrá hecho sentido para aceptar la referencia y asistir con la tanatóloga. De forma parecida sucedió con Jesús, que de acuerdo a su relato, pudo salir del hoyo en donde estaba al acudir a Alcohólicos Anónimos por consejo de su psicólogo. En ese sentido, interpreto que tanto para Fernanda como para Jesús, ambos servicios de alguna manera fueron significativos.

Ahora bien, no obstante lo útil que pudo ser la referencia para Fernanda y Jesús, y este es el segundo aspecto, considero que, de manera frecuente, las personas llegan por referencia a muchos servicios asociados a la salud sin ser informadas del porqué de esta, de qué se trata y cómo funciona la atención que brinda el servicio al que están siendo referidas o con poco conocimiento al respecto. A diferencia de Fernanda que preguntó respecto a la tanatología: “¿eso con qué se come?” y sin restar o quitar la co-responsabilidad de las personas que en ocasiones no ejercen su derecho a ser informadas sobre cualquier procedimiento o servicio que reciben o asisten, me parece que en gran medida, las prácticas de referencia que poco toman en cuenta las voces de las personas y lo que ellas puedan pensar, necesitar u opinar, -como creo que fue el caso de Jesús-, provienen de las ideas dominantes que la Psicología y diría también de la Medicina y sus especialidades, situadas epistemológicamente en la Modernidad, en sus discursos lógico positivistas, han construido sobre distintos temas, que después se permean en la cultura como conocimientos normados (Anderson, 1999; Gergen, 1996).

Como lo menciona Gergen (2006), desde hace mucho tiempo, como herencia de la Modernidad, muchos de esos discursos y prácticas positivistas, relacionados(as) con las ideas de que existen realidades y verdades fijas y universales, de que se puede conocer objetivamente el mundo que nos rodea y de que a través de la Ciencia y de las disciplinas que se apeguen a ella, como la Psicología y la Medicina, pueden tener conocimientos válidos y confiables, han funcionado para señalar la posición que ocupan las personas en una sociedad, aislando o desacreditando a muchas de ellas a través de sellos de disfuncionalidad o inferioridad.

Por ejemplo, sobre los roles entre médico(a)/psicólogo(a) y pacientes o consultantes, -este es el tercer aspecto-, en ambas disciplinas, como parte de una formación profesional, la idea que todavía domina y que se nos enseña a quienes estudiamos una u otra o ambas, es que las(os) psicólogas(os), médicos(as) o psiquiatras son las y los poseedoras(as) del conocimiento en el área

de la salud, las y los expertas(os) que saben lo que les pasa a las personas física, psicológicamente y mentalmente, y por tanto, lo que necesitan para estar “bien” y para estar “saludables”. El rol de las personas que asisten a un servicio de salud se concibe en términos de recepción; generalmente se otorga poco valor a sus conocimientos, a sus experiencias y a sus necesidades. Lo que puedan pensar y opinar pasa a segundo lugar ya que las(os) psicólogas(os), médicos(as) o psiquiatras sí poseen una teoría y un método de intervención que ofrece las explicaciones y los tratamientos sobre y para las situaciones que les acontece (Anderson, 1999; Colmenares, 2008; White, 2002a).

Apegándome sólo a lo relatado por Fernanda, respecto a que la tanatóloga le dijo que necesitaba terapia y a pesar de la negativa de ella, insistió que sí, que lo que necesitaba era “sacar todo eso”, o de Jesús, que después de haber estado durante 3 o 4 meses costeando en muchos sentidos una terapia (tiempo, dinero, etcétera), su psicólogo le aconsejó ir a Alcohólicos Anónimos sin comprender el porqué lo había mandado ahí, reflexiono y cuestiono de qué manera tanto la tanatóloga como el psicólogo tienen significada la terapia y la relación terapéutica, en donde la primera le dice a Fernanda lo que necesita y el segundo aconseja a Jesús lo que tiene que hacer, y hasta qué punto estas prácticas y relaciones terapéuticas pueden colaborar para que las personas crean que no tienen la agencia o la capacidad para solucionar las situaciones que miran como problemas y para decidir por sí mismas sobre lo que es mejor para sus vidas. Estas mismas reflexiones y cuestionamientos las extiendo también para las experiencias que vivió Juan antes de que llegara a la Terapia de Atención Inmediata: la primera en un anexo y la segunda a través de un couching. Al preguntarle si había asistido a una terapia antes, -entre risas-, esto fue lo que me contestó:

“Una vez sin querer fui a trabajar y me quedé encerrado en un anexo, ahí estuve anexado, en un anexo unas horas, como unas 7 horas y ya le pliqué de cómo hacían, y como te, ¡órale!, bueno hasta con las palabras ¿no?, con muchas groserías... me dio risa porque ni

siquiera tomaba y fui a dar ahí porque me mandaron a trabajar y ahí me quedé encerrado y en el coaching por un amigo que me dijo: no mira, es que es un proyecto de que te ayuda a empoderar y no sé qué... porque yo quería vender cosas, ¡ah! pues a lo mejor algo me ayuda, ya después me acuerdo que me, le digo a mi novia de esas cosas del coaching, ¿no?, ¿por qué llegaste tarde? ¡Ah! es que esto. No, no, ¿por qué llegaste tarde? no, ¿quién de tu familia llegaba tarde y por eso te dejó este trauma de niño?, ¿cuál trauma? le digo. No, sí, necesita un abrazo, casi, casi, te abrazan todos y tú: ¡ay no! pero bueno, pero ya, pero eso digo, si pasó eso, la forma en cómo me hablaron en el anexo, digo pues sesión única, pues ¿qué me puede pasar?... por eso que dije: ¡ah, pues sí!, que me pueden y que digo obviamente toquen puntos que me van a doler, digo, pues, pues ahí, ya sé hacia dónde vamos...”

Con lo compartido por Juan y dando continuidad a mi ejercicio de reflexión y cuestionamiento, me pregunto lo siguiente: ¿Cómo es que funcionan el encierro, las groserías y las ideas de traumas infantiles para construir bienestar y empoderarse?, ¿las personas que trabajan en esos lugares, tendrán en cuenta las implicaciones que pueden tener las palabras que utilizan en la vida de las personas?, ¿les preguntarán a las(os) que hacen uso de esos servicios si lo conversado les está siendo útil, si es lo que necesitan y si suma a su bienestar?, y si alguien no necesita eso o no le está beneficiando, ¿qué explicación le dan?, ¿le ofrecerán opciones?, ¿hasta qué punto las ideas de que la asistencia a una terapia es para sanar traumas y que necesariamente tenga que doler, como lo cree la persona encargada del coaching y Juan, es compartida por otras personas?

Si bien no tengo las respuestas de todas esas preguntas, puedo decir al respecto de la última que, desafortunadamente, la terapia psicológica ha sido significada y entendida a lo largo del tiempo y de manera general, como una actividad que “sana” las mentes y las emociones de las personas (Gómez, 2010). Como lo apuntan Anderson (1999) y Tarragona (2006), la psicoterapia es una construcción social del modernismo y los enfoques terapéuticos ubicados en esa tradición, -como algunos que describí en el capítulo uno-, la conciben como un proceso en el que la o el terapeuta, además de ocupar un lugar de experto(a) y observador(a) objetivo(a) de las situaciones

de sus pacientes, buscará las causas “reales” de las mismas y a partir de ello, determinará un diagnóstico con el cual establecerá las intervenciones y/o tratamientos a seguir.

De acuerdo a Gergen (2006) y Tarragona (2006), en los enfoques de terapia con tradición moderna, además de que se suele utilizar un lenguaje de déficit y de patología, definiendo a los procesos terapéuticos como espacios para componer a personas defectuosas, han sido creados (y se sigue haciendo) una serie de vocabularios, escalas y procedimientos psicológicos y técnicos para muchísimas experiencias y situaciones, con el fin de hacer creer que ese lenguaje es superior al que se utiliza en la cotidianidad y después para justificar que dichas experiencias y situaciones son anormales, incorrectas, disfuncionales, patológicas o problemáticas.

Como ya lo puntué en el capítulo dos, pocas veces se reflexiona en la clase de pautas sociales que se establecen para posibilitar la construcción de los vocabularios de déficit y en cómo muchos de estos vocabularios y otros términos de las especialidades de la salud mental, se infiltran y funcionan dentro de cada cultura a tal punto que situaciones que antes pasaban desapercibidas o acciones que eran consideradas como buenas o adaptadas se vuelven ahora focos de interpretación e intervención. Para la Posmodernidad y el Construcciónismo Social, los vocabularios psicológicos, las categorías y las pautas diagnósticas, las teorías y los supuestos explicativos, -como la idea del trauma que le plantearon a Juan por llegar tarde a un lugar-, son producto de las relaciones sociales y de las interacciones comunicativas, por lo tanto, no tendrían que aceptarse como realidades. Justo por lo anterior, es que ambas miradas nos invitan a reflexionar, a cuestionar y a discutir hasta qué punto y en qué sentido ese tipo de discursos y otros más, relacionados con nociones de déficit y de patología, contribuyen a nuestro bienestar o por el contrario lo afectan (Anderson, 1999; Gergen, 1996, 2006; White, 2002a).

Desde mi perspectiva, muchos de los y las psicólogos, psiquiatras u otras personas que trabajan en cualquier servicio relacionado con la salud y que se sitúan en estos entendidos, se

vuelven evaluadoras(es) de la vida de las personas, ejerciendo en ocasiones prácticas de poder autoritarias y violentas, al no dar cuenta de la manera en que a través del lenguaje construyen conversaciones y discursos que silencian y marginan las voces de muchas de ellas. Según Gergen (2006), la patología no existe hasta que los vocabularios e instrumentos psicológicos transforman en algo patológico, las palabras y acciones de las personas. Finalmente, en la terapia como en cualquier otra actividad, cada quien mira lo que nuestras teorías, creencias, posturas, ideologías, experiencias y contextos nos permite mirar.

Así pues, en circunstancias un tanto peculiares, Juan tuvo este par de experiencias que para las perspectivas Posmoderna y Socioconstruccionista, están lejanas a las nociones que tienen sobre lo que consideran una terapia, ya que para ambas, el espacio terapéutico tendría que funcionar para que las personas puedan construir, -en colaboración con las(os) terapeutas-, historias alternativas, nuevos significados, posibilidades y soluciones que vayan más con sus intereses, valores y necesidades, y no para que les digan -incluyo las experiencias de Fernanda y Jesús-, lo que deben pensar, hacer o sentir, ni mucho menos que tienen traumas por llegar tarde a un lugar (Tarragona, 2006; Wilson, 2017).

Pero para Juan, que llegó a la Terapia de Atención Inmediata por algunas situaciones familiares que le estaban afectando, estas no fueron las únicas experiencias ya que antes había intentado asistir a una terapia con un par de psicólogos, sin embargo, ambos le cambiaron su cita. Como él lo relata:

“Una parte que además me afectaba era por la familia... intenté tomar terapia desde antes pero lo primero que me acercó, lo principal es de, esto que, por ejemplo, iba a terapia o quedaba y las dos veces que, como que sí, de pronto yo decía sí, no, mejor no y ya por fin cuando me decidía, este, me cambiaban la cita o el calendario me cambiaba el psicólogo y eran con dos diferentes y yo les decía: Ah! esto es una señal del cielo, casi, casi, ¿no?, y ya no volvía a agendar cita, como que se me iban las ganas... porque yo estaba atravesando por una situación económica, o sea, por lo de la pandemia y todo... ya después con lo de la sesión única y fue como que eso lo que me atrajo, una sesión”

Me llama la atención las circunstancias que han matizado el andar de Juan por las tierras (bastante amplias) de lo terapéutico; dos de sus experiencias, las primeras que relaté, las tuvo -diría yo- un tanto accidentales, es decir, sin que él haya planeado asistir a ellas, conociendo entretanto, maneras distintas de concebir y practicar una terapia, y en las otras dos, cuando sí quiso asistir, simplemente no fue posible por los cambios de cita que le hicieron en los dos servicios en los que solicitó atención, colaborando ello a que perdiera el interés para volver a agendar. Al respecto señalo que en algunas investigaciones se ha documentado que el 50% de las citas a terapia en muchos servicios de psicología no se lleva a cabo y que el porcentaje de que no se realice la primera sesión, puede situarse entre un 25 a un 40%, mientras que las listas de espera siguen aumentando (Bados et al., 2002; Barret et al., 2008).

Cuando leo que Juan estaba atravesando por una situación económica por la pandemia, -interpreto no tan favorable-, y que le resultó atractivo el concepto de sesión única, adquiere un mayor sentido -para mí- lo que mencionan Hoyt et al. (1992, citados en Slive & Bobele, 2011), respecto a que entre un 30 y un 50% de las personas que asisten a terapia, lo harán a una sola sesión. Como ya lo he señalado anteriormente, el aspecto económico no es sólo uno de los motivos que colabora para que una persona decida dejar un proceso terapéutico sino también para no poder iniciarlo (Bobeles et al., 2008).

Si muchas personas sólo asistirán a una sesión, sea por lo económico o por otros motivos, qué pasaría entonces si mirásemos cada una de ellas como una terapia completa, que esa es justo la invitación que hace la Terapia de Atención Inmediata. Si tan solo contemplásemos que todas las personas que inician una terapia pasan por la primera sesión y que resulta imposible predecir qué persona asistirá a una sesión y quién lo hará más veces, tendríamos un contexto para aprovechar -lo mejor posible- el tiempo que se tiene, centrándonos en las expectativas y necesidades de las personas así como en sus recursos y posibilidades (Young & Dryden, 2019).

Así como para Juan, la pandemia por Covid-19 que estamos viviendo, afectó al parecer su economía, a Irma, la trastocó en la asistencia que estaba teniendo a un servicio de salud. En el caso de ella, que acudió a la Terapia de Atención Inmediata debido a algunas dificultades en la relación de pareja, su llegada vino matizada de una experiencia terapéutica previa, proveniente de un contexto hospitalario con el que se ha relacionado durante algún tiempo, en este caso el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez (Alvarez & Trujano, 2022). Como ella lo relata:

“Por pandemia también dejé de ir a mi terapia psiquiátrica porque yo tomo, bueno ya no tomo los medicamentos psiquiátricos... ahorita me estoy atendiendo con cannabis... veía a mi psiquiatra y pues por pandemia no lo pude ver como 8 meses, casi 10 meses, casi el año yo creo. Estaba como muy frustrada ¿sabes?, o sea, sí necesitaba como su retroalimentación... en el 2016 que tuve un brote psicótico, yo estoy con psiquiatra... me estoy atendiendo en el Fray Bernardino... en 2019, tuve otro brote y otra vez estuve internada y pues a principios del 2020 yo ya estaba dopadísima, así horrible y luego vino pandemia, entonces pues ya no pude darle seguimiento”.

Como sucedió con Marina y con Fernanda, -y con tantas personas más-, que por motivos diversos tuvieron que dejar de asistir a un servicio relacionado con la salud (psicológico o psiquiátrico), Irma también tuvo que interrumpir su asistencia a la terapia que estaba llevando en el servicio de psiquiatría del Fray Bernardino (Alcázar, 2007; Alvarez & Trujano, 2022; Bados et al., 2002; Barret et al., 2008; García & Rodríguez, 2005; Labrador et al., 2010; Moreno et al., 2012; Rondón et al., 2009; Velasco & Hernández, 2016).

Si bien la pandemia es algo que ha alterado la vida en general, quiero señalar que en nuestro país, como ya lo pude distinguir a través de la historia de Fernanda, las dificultades de acceso y asistencia a un servicio médico o psicológico de carácter público, es un aspecto que suele vivirse de forma recurrente. Incluso en algunas investigaciones se ha documentado que sólo uno(a) de cada cinco mexicanos(as), de entre 18 y 65 años, que han presentado un problema de salud mental en algún momento de su vida, ha recibido tratamiento ante la solicitud de un servicio (Alvarez & Trujano, 2022; Berenzon et al., 2013).

Así pues y retomando lo relatado por Irma, la pandemia por Covid-19 vino a trastocar la asistencia y la relación que regularmente tenía con el hospital Fray Bernardino y con su psiquiatra tratante, al no poder verlo como lo solía hacer, que además afectó, como ella nos comparte a continuación, la manera en que después pudo regresar a dicho hospital (Alvarez & Trujano, 2022):

“Yo no podía ir, o sea, el hospital estaba cerrado a visitas... nos marcaban y era: es que no pueden venir y yo así de: ¡bueno, está bien!... hasta que ya se puso en semáforo naranja y fue un rollo poder, entré yo sola, nunca había entrado sola (llanto)... salí chillando como de no querer estar sola y aparte los olores, como la gente, o sea, sí me quedé muy tocada... la siguiente vez que fui, sí dejaron pasar a mi mamá pero ella, pues no podía acompañarme a todos lados de los trámites, ella ya está grande y no puede caminar... porque aparte de que te pedían el sello para no sé qué, te pedían formarte para no sé... me sentí un poco más tranquila pero aún así los trámites los hice sola”.

Este relato de Irma sobre su regreso al hospital Fray Bernardino, me permite dar cuenta por un lado, cómo de una forma u otra, nuestras prácticas cotidianas, nuestras creencias y costumbres fueron modificadas a partir de la pandemia y con ello, se hicieron presentes una serie de sentimientos, de emociones y de situaciones que -a mi parecer-, no habían sido experimentados(as). En el caso de Irma, tuvo que experimentar una práctica distinta: el entrar sola al hospital. Como lo señala Hernández (2020), la incertidumbre, el aislamiento social, el cambio de rutinas, el exceso o la falta de información, etcétera, pueden colaborar para que muchas personas experimenten miedo, confusión, estrés, tristeza, soledad y preocupación. Afortunadamente para Irma, el tener que entrar sola al hospital no fue por mucho tiempo.

Por otra parte, leer que a Irma le pidiesen trámites, sellos y hacer fila, me hizo recordar y traer de nuevo a la discusión, las ideas de Slive y Bobele (2011), sobre lo burocrático y lo poco amigable que puede ser la atención en muchos centros de salud, al requerirse de varios pasos previos para poder recibir el servicio solicitado. ¿Será que esos trámites son extremadamente necesarios? ¿Estas prácticas institucionales tendrán alguna relación con la información que

mencioné anteriormente, respecto a que muchas personas en nuestro país que presentan un problema de salud mental, no reciben la atención y el tratamiento que solicitan? ¿Sería posible construir alternativas para flexibilizar algunos procedimientos en la solicitud y en la atención? ¿Usted qué piensa lectora/lector? (Alvarez & Trujano, 2022; Berenzon et al., 2013).

Agregándose a estos andares y experiencias terapéuticas por parte de Irma, a finales del 2020, buscó atención psicológica a través de una institución en otro país, sin embargo, no le pudo dar seguimiento a su solicitud (Alvarez & Trujano, 2022). Desde su voz:

“De hecho, pre pandemia estaba buscando una terapia pues enfocada al feminismo... más bien no pre pandemia, en plena pandemia porque yo ya mi cabeza estaba así, no, me vuelvo loca...busqué el servicio de una institución que está en Madrid... la verdad no le di seguimiento... esta asociación en Madrid me llevó a la casa Mandarina, a la red feminista en México... sí me mandaron como muchas opciones... entonces yo pregunté por la terapia como por principios de Diciembre y ellas me contestaron hasta Febrero, entonces, cuando ya me llegó a mí la información, yo ya tenía topado, o sea, topado de chamba, yo ya no tenía tiempo...”

Así como el factor económico, los aspectos relacionales entre las(os) terapeutas y consultantes, las expectativas no cumplidas, las cancelaciones, la saturación de un servicio o las listas de espera, -cada uno de ellos o en combinación-, motivaron a algunas(os) de mis participantes, y como ya he documentado, a muchas personas más, a dejar una terapia o desistir de iniciarla, el factor tiempo es otro elemento que puede participar en ambas situaciones. En el caso específico de Irma, fue la razón para no iniciarla.

De acuerdo a Alcázar (2007), en el estudio sobre deserción psicológica llevado a cabo por Lorentzen en 1986, se documentó que el tiempo prolongado en la espera y la falta de tiempo por parte de las y los usuarios, son algunos de los motivos que propician que las personas deserten de la terapia o desistan en su deseo de iniciarla. Esta información guarda coincidencias con la investigación que hizo Labrador et al. (2010) para analizar la relación entre los tratamientos y los resultados obtenidos en una clínica universitaria de psicología de Madrid. Según estos autores, el tiempo de espera, de uno a tres meses, fue uno de los factores por los cuales algunas de las

personas que solicitaron terapia, no la empezaron. Asimismo, Moreno et al. (2012), que también han mostrado interés en este tema, han señalado que la falta de tiempo es uno de los argumentos que las personas refieren para abandonar o para no comenzar una terapia. Me parece que con Irma, se combinó lo documentado por Lorentzen, es decir, el tiempo de espera para un servicio solicitado y posteriormente, la falta de tiempo por parte de ella para poder asistir.

Si bien estas experiencias que tuvo Irma, de pasar por ciertas dificultades para acceder al hospital al que acude y de no recibir la información cuando la solicitó en algunas asociaciones, no le motivaron a desistir en su búsqueda de atención terapéutica, me pregunto qué tanto algunas prácticas institucionales y/o la falta de una respuesta inmediata de muchos centros de salud, pueden desalentar a otras personas de solicitar y esperar un servicio y también qué tanto dichas prácticas ya son un problema para que los mismos centros funcionen eficientemente y cumplan con la labor para la cual fueron pensados y contruidos, que es la de proporcionar un servicio psicológico o psiquiátrico cuando las personas lo necesitan (Slive & Bobele, 2011).

Cierro este apartado dedicado al contexto de llegada de mis participantes a la Terapia de Atención Inmediata con la voz de Victoria, quien asistió al servicio buscando sentirse más tranquila ante la decisión que tomó de separarse del papá de su hijo.

“Es que me habían preguntado que cuál era la razón y les dije que quería sentirme un poco más tranquila con mi situación, estar tranquila con todo... es que pienso que sí está bien querer una familia y todo, pero de qué te sirve tener una familia si no te vas a sentir pleno, si no es eso lo que te hace sentir bien... entonces yo le platiqué a una prima y ella me dijo: ¡ah mira!, te voy a contactar con alguien... nunca había tomado terapia... me contactó muy rápido, a los días, no pasó ni una semana... sí me acuerdo que fue muy rápido, la que se tardó en contestar como siempre fui yo, porque sí, de repente, veo los mensajes y pienso que los contesté pero no, sí fue muy rápido... iba a ser como, creo que sí como una semana pero por mis tareas del trabajo, yo les dije que no y se recorrió todavía otra semana...”

Como se puede leer, Victoria fue la única que asistió al servicio de Terapia de Atención Inmediata sin una experiencia terapéutica previa. A diferencia de algunas dificultades que

tuvieron, por ejemplo, Fernanda e Irma al solicitar atención psicológica en algunos lugares, para Victoria fue muy rápido obtenerla a tal punto que ella fue la que tardó en responder.

En resumen, esto es parte del contexto de llegada a la Terapia de Atención Inmediata de Marina, Juan, Fernanda, Jesús, Irma y Victoria, y con todo lo compartido y relatado por ellas y ellos, puedo distinguir que a pesar de la multiplicidad de formas diversas de concebir y practicar una terapia psicológica, parece que en muchas ocasiones se omite o no se le otorga importancia, considerar que esta actividad, como otras que están relacionadas con la atención a la salud, no son ajenas a los diversos contextos que conforman la sociedad y el lugar en donde vivimos, como tampoco lo son a las condiciones particulares de las personas ni a los modelos de terapia elegidos por las y los terapeutas y/o a los procesos institucionales de los servicios de salud, por lo que para su asistencia se requiere de ciertas circunstancias que o bien, pueden facilitarla, volverla un tanto complicada u obstaculizarla por completo.

Luego entonces, esto significa que aunque en nuestro país -como en otros más- existen varios servicios psicológicos, muchas personas no van a poder acceder a estos, sea porque no están dentro de sus comunidades ni de sus posibilidades económicas o por cancelaciones y saturación por parte de los servicios, como sucedió en algunas de las experiencias de Fernanda, Juan e Irma, y otras personas que ya pudieron asistir a las primeras sesiones, posiblemente lo dejarán de hacer por diversos factores relacionados con el contexto social, por el tiempo, la distancia y el costo para asistir a los servicios psicológicos, así como por aquellos aspectos que conciernen al trabajo de las y los terapeutas y/o a las prácticas (de admisión, evaluación, etcétera) de las instituciones de salud, como lo fue para Marina y Fernanda, que dejaron de acudir a sus procesos de terapia por lo económico y por no sentirse satisfechas con la atención o lo relatado por Irma, que tuvo que suspender por un tiempo la atención que le brinda el hospital al que asiste debido a la pandemia por Covid-19 (Alcázar, 2007; García & Rodríguez, 2005).

Por lo anterior, qué valioso resulta que los servicios de salud mental y psicológicos, como es el caso de la Terapia de Atención Inmediata y la Sesión Única, estén disponibles a las necesidades de las personas, es decir, que el acceso pueda resultar lo más sencillo e inmediato posible, -sin tener que pasar procesos burocráticos o de evaluación que sólo retardan la atención-, y que sean útiles y al alcance económico de todas las personas.

La utilidad de la Terapia de Atención Inmediata

Considerando que el propósito general de mi investigación es conocer los alcances terapéuticos de la Terapia de Atención Inmediata, uno de los elementos que distinguí como importante para construir dicho conocimiento y que está planteado dentro de mis propósitos específicos fue el saber y documentar si para las personas que acudieron a ese servicio les resultó útil y en qué sentido lo fue.

Para dar contexto a lo que ustedes lectoras(es) leerán en este apartado, esta categoría la construí con las respuestas que me dieron mis participantes a la pregunta expresa de: ¿en qué sientes que te sirvió la Terapia de Atención Inmediata? y con cada uno de los relatos que consideré que hicieron alusión a que la asistencia les fue útil y/o les proveyó algún provecho o beneficio para cambiar, solucionar o resignificar la situación que les llevó a ella. Derivado de ese ejercicio de lectura, análisis e interpretación, clasifiqué de nueva cuenta la información en tres subcategorías y las signifiqué de la siguiente manera: 1) Conversar, dar cuenta y resignificar, 2) Ejercitar mi agencia y 3) En lo relacional: ¿Quién lo notó? ¿Algo cambió?

1) Conversar, dar cuenta y resignificar

Comienzo este espacio señalando que desde la mirada Posmoderna y Socioconstruccionista, en el que la Terapia de Atención Inmediata está situada, la generación de significados tiene lugar cuando conversamos con otras personas, siendo el lenguaje el medio constructor con el cual

damos sentido y compartimos nuestras experiencias. Ahora bien, he mencionado con anterioridad que cuando las personas acuden a terapia, traen ciertas historias de su vida -construidas a lo largo del tiempo dentro de un contexto sociocultural- que son capaces de atraparlas hasta tal punto que dejan de considerar otros panoramas y posibilidades. Por ello, la conversación y la manera en que se haga, tiene un lugar preponderante en la terapia porque colabora, entre otras cosas, a visibilizar esos atrapamientos, a renegociar los significados que se tengan, a ampliar otras historias y a conocer formas distintas de mirar la vida que pueden enriquecer la propia (Young & Cooper, 2008).

Después de esta breve introducción, comparto las historias de Marina, Jesús y Fernanda, quienes mencionaron en primera instancia que conversar sobre lo que sentían en ese momento fue de gran ayuda. Términos como apalabrarlo, platicar y hablarlo estuvieron presentes en sus relatos. En el caso de Marina, que asistió a la Terapia de Atención Inmediata por el fallecimiento de su papá un mes antes de la sesión, el conversar sobre cómo estaba viviéndolo, le permitió dar cuenta de su dolor y ponerlo en palabras. Ella lo compartió así:

“Me ayudó como para poder como de alguna manera apalabrarlo ¿no?, como, o sea, porque en todo ese mes yo sentí que realmente no lo pude platicar como bien ¿no?, con nadie, excepto que conmigo... yo me sentía como bloqueada, o sea, como con una especie de shock ahí extraño con lo de mi papá que no podía ni llorar, ni sentir, o sea, era como estar con una especie de anestesia ¿no?, entonces no lo podía realmente ni platicar bien, ni sentirlo bien, no, ni llorar nada, nada, entonces, en ese sentido me ayudó porque lo pude sacar... tuve como un espacio que no había tenido antes para poder realmente hablar ¿no?, o sea, de lo que sentía respecto de lo de mi papá, no sé, como que un espacio en donde pues sí se me escuchaba... lo que me funcionó más que nada fue como un poco el intercambio en ese momento... de empatizar conmigo y platicarme un poco como lo que habían vivido ¿no?, o sea, pues también había otras personas que habían perdido a su papá... me ayudó que me compartieran como sus experiencias porque, pues de ahí de alguna manera yo puedo como, o sea, como que observo ¿no?, como lo que sintieron, como algunas cosas que hicieron... como encontrar como las similitudes y lo que no, lo que no se pareciera tanto, pues de alguna manera me ayuda a integrarlo mejor”.

Distingo el beneficio que pudo otorgarle a Marina no sólo contar con un espacio en el que pudo compartir su experiencia y expresar su sentir respecto a la pérdida de su papá, de tal forma

que dejó de sentirse bloqueada o anestesiada, sino también encontrar que otras personas, en este caso el equipo reflexivo, la escucharan de manera empática y también compartieran algunas experiencias de pérdida de seres queridos. Como ella mencionó, el intercambio de ese momento, el escuchar lo que otras personas habían vivido y cómo se habían sentido, encontrando similitudes entre esas experiencias y la suya, fue lo que le funcionó más y le ayudó a integrarla de mejor manera.

Es enriquecedor mirar que justo uno de los propósitos que se tiene al emplear un equipo reflexivo en el trabajo terapéutico, que es el promover un sentimiento de agencia y de unión con otras personas que han vivido situaciones similares mediante la escucha y el reconocimiento, fue de utilidad para Marina. Es a través de ciertas conversaciones que podemos llegar a sentir que nuestras historias están ligadas a las de otras personas y ese sentimiento de unión, en muchas ocasiones, es lo que nos permite construir otros caminos para movernos con menor sentimiento de vulnerabilidad ante situaciones de pérdida o adversas (Andersen, 1987; White, 2002a, 2016).

Algo semejante fue significado por Jesús, quien comentó que platicar en la sesión con alguien que escucha y hace preguntas para seguir conversando, le ayudó a desahogarse y a sentir alivio, incluso en la parte física, es decir, en algunas dolencias que presentaba en ciertas partes de su cuerpo. Vale recordar que Jesús asistió a la Terapia de Atención Inmediata debido a la preocupación por la enfermedad de cáncer de su mamá. Como él lo relata:

“En primera instancia para platicar con alguien... que hables con alguien que al menos está, o sea, te escucha pero como que de repente te dice, te hace preguntas como para motivar a seguir, digamos desahogándome más y más y más... en ese momento yo estaba angustiado, estaba presionado, angustiado, este, estaba pues así como te decía, a veces uno se siente con tanta presión que hasta te duelen los hombros y el cuello y te sientes como tenso... ahora me siento relajado, ahorita estoy relajado porque sé que estoy en el proceso de ir aliviando toda esta carga emocional que traigo... al momento de soltar todo eso, me sentí tranquilo, me sentí con un poco de paz, este, como alivio, sentí como alivio... me di cuenta de que, o sea, por medio de irme desahogando, de ir diciendo todas las cosas, este, como que me empecé a dar cuenta pues que también la vida sigue, o sea, que sí me duele mucho y me va a doler y me va a seguir doliendo (llanto) y el día que mi mamá se vaya, me va a seguir doliendo, o sea, pero yo también

tengo que seguir haciendo mi vida, tengo que seguir adelante con mis cosas... mi vida es mi responsabilidad... no puedo pararme sólo a ver o a encerrarme ahí y no salir... ”

Además de haber señalado que conversar con alguien que escucha, distinguiendo esa escucha, -en mi opinión-, como una escucha distinta, que estuvo dispuesta en conocer y valorar su sentir y en seguir conversando para saber más y más de este, le produjo alivio, tranquilidad y paz, considero que Jesús, también resignificó algunas ideas y posturas respecto a la vida en general. Sin restar importancia a la situación de enfermedad de su madre y sin que signifique que el dolor desaparecerá, me parece que pudo mirar su propia vida y la de ella desde otro lugar.

Escuchar y leer: *“mi vida es mi responsabilidad...no puedo pararme sólo a ver o a encerrarme ahí y no salir...”*, lo significo como una de las tantas maneras en las que Jesús, sin olvidarse de él, puede honrar la vida de su mamá y participar en su cuidado. Trayendo a cuenta la voz de Gergen (2006), al relatar una y otra vez lo que hemos vivido y al compartir esas vivencias con otras personas, como lo hizo Jesús, podemos construir diversos significados que nos permiten llegar a otros entendimientos, es decir, a otras formas de sentir y de mirar nuestra vida y lo que podemos hacer de ella e incluso cuestionar y desafiar algunas normas socialmente construidas y relaciones de poder.

Aquí conecto las experiencias de Fernanda y Victoria, que además de resignificar algunas ideas sobre sus vidas y relaciones familiares, hicieron también un cuestionamiento a ciertas normas sociales. Presento en dos partes el relato de Fernanda, que llegó a la Terapia de Atención Inmediata con algunas ideas de ya no querer vivir después de que falleciera su hermano por covid-19 y por algunos conflictos familiares:

“Pude hablarlo, que fue, pude llorar porque para mí era muy difícil llorar. Cuando veo que puedo llorar, dije: ¡de aquí soy!, o sea, ¡de aquí soy! Pude, ¡eh!, la psicóloga me llevó a un punto en el que me dio la confianza, lo pude hablar y pude sacar ahí muchas cosas... porque a veces lo único que queremos es hablarlo en ese momento y decir: ¡ah!, ya lo saqué... al otro día que me levanté de la sesión fue así de: ¡ah!, ¡dormí, dormí!, y luego fue de, en la tarde, en ese mismo día en la tarde fue de: ¡ah!, no he pensado en cómo quitarme la vida. ¡Ay no, qué

flojera!... como que ya no, pasaron uno, dos, tres, cuatro días y ya dije: ¡ya la libré!... como que destaparon el, o sea, yo estaba en la tina de ya, hasta ahí y ustedes llegaron, destaparon la tina y así de ya, que se vaya el agua, no te estás ahogando, estás en una tina, no estás en un mar, tú ves un mar cuando es una tina. Destaparon ustedes ese tapón y dije: ¡ah!, sí es cierto, estoy en una tina, cuando yo ya sentía el agua hasta aquí, o sea, ya me estaba hundiendo, hundiendo solita pensando que era un mar... Le digo a ella (refiriéndose a su cuñada): ¡ay!, ojalá fueran así todas las terapias porque a mí me ayudaron...”

Una vez más se valora la conversación y la escucha, pero no como aspectos que por se van a proporcionar beneficios. Desde mi perspectiva, aquí es donde lo cualitativo de la Terapia de Atención Inmediata y de la Sesión Única, y agregaría de cualquier enfoque terapéutico situado en una mirada Posmoderna y Socioconstruccionista, hace acto de presencia. Hago referencia a ciertos términos que han mencionado Marina y Fernanda, estos son la empatía y la confianza. En el terreno de la terapia, me parece que una conversación y una escucha sin esos elementos, resultan vacías. Luego entonces, qué importante es dar cuenta y compartir con ustedes lectoras y lectores que en una sola conversación, si ponemos esos elementos y otros más al servicio de las personas, se puede llegar a resignificaciones como la que hizo Fernanda, de considerar que lo que ella creía que era un mar, era una tina.

Posiblemente en otros espacios terapéuticos, la sesión completa se hubiese centrado en buscar los porqués de la idea de quitarse la vida, profundizando en su pasado para encontrar supuestamente la causa o raíz de una patología o del problema, o incluso refiriendo a Fernanda a un servicio psiquiátrico para ser medicada, sin que ella pudiese escribir una historia distinta para su vida y sin que ella pudiese también cuestionar algo que le dijeron en el servicio de tanatología al cual había acudido anteriormente, respecto al cáncer que tuvo y que provocó algunas intervenciones quirúrgicas en su organismo. Desde su voz:

“Me levantaron el autoestima y hubo algo que me dijo la psicóloga que para mí fue muy importante: sólo quiero que quede claro que no es tu culpa, que lo que has estado pasando no es tu culpa... ¿Por qué? Porque cuando estuve con la tanatóloga, me decía: es que lo que tú estás pasando, tú te lo estás provocando, y yo: ¿cómo? Me decía: lo del riñón es miedo, lo de la matriz es que no quieres, es el deseo a no tener hijos, así, y yo: ¡bueno! pero cuántas mujeres no

quieren tener hijos y no tienen esto ¿no?, o sea, no soy la única y me decía: sí, pero lo mentalizas tanto que lo haces, ¡ay! me dijo una palabra, pero bueno, el cuerpo lo refleja... entonces cuando eso me dice la psicóloga, es que no es tu culpa como que me quita un peso de encima... la verdad es que me sentía culpable, tanto me sentía como me hacían sentir culpable... pero llegando a sesión única me ayudó a decir: ¡ah caray! No, pues sí, sí, sí, o sea, me levantó el autoestima de no es tu culpa...”

Al escuchar y volver a leer lo que compartió Fernanda, mi postura terapéutica y de vida, me lleva a retomar algunas ideas que planteé en el capítulo tres sobre la manera en que la terapia basada en una perspectiva moderna es entendida y ejercida. He documentado que desde esa perspectiva, el lenguaje en la terapia se concibe sólo como un medio de representación de supuestas realidades y verdades ya establecidas y se utiliza regularmente para colocar a las personas en un lugar de deficiencia, de disfunción y/o de defecto (Anderson, 1999), de ahí que -según lo relatado por Fernanda-, la tanatóloga crea que ella es responsable de haberse provocado un cáncer que dañó su riñón y matriz porque “existe mentalizado” un miedo y un deseo -al parecer ocultos y defectuosos- por no tener hijos. Me pregunto de qué manera esa creencia y ese discurso pueden colaborar en el bienestar de Fernanda y cuál será la agenda -de manera ampliada- de la tanatóloga en el tema de elegir o no tener hijas(os) y en otros temas.

Como ya lo he señalado anteriormente, la idea heredada de la Modernidad, -que siguen al pie de la letra muchos modelos de terapia-, de que existen verdades y realidades fijas, universales e incuestionables, y que por tanto es posible ser neutral al mirar y conversar sobre una situación o un tema, hacen pensar a muchas personas, como la tanatóloga, que las palabras que utilizan sólo son descriptivas, es decir, ajenas a sus creencias y perspectivas, lo cual, en mi opinión, se vuelve el pretexto perfecto para no responsabilizarse de lo que dicen, de los términos que utilizan y de las implicaciones que pueden tener estos en la vida de las personas (Anderson, 1999; Gergen, 2006).

Si bien se han construido muchos conceptos, discursos y prácticas en la Psicología y en otras disciplinas de la salud, que han brindado bienestar a las personas en diversos sentidos y momentos, también es necesario decir que se han construido otros(as) tantos(as), por ejemplo, la idea del instinto materno o los discursos de que la realización de las mujeres es a través de la maternidad o el que las familias tengan que estar unidas pese a todo, que han sido utilizados(as) por cada disciplina desde un lugar de poder y privilegio como medio de control social, para dictaminar lo que es bueno, normal, correcto, verdadero, funcional, sano, etcétera, sobre muchos temas, que terminan marginando o invisibilizando las voces, derechos, valores, costumbres y opiniones de muchas personas que no se apegan a ellos o haciéndolas sentir trastornadas, incapacitadas o anormales (Anderson, 1999; Gergen, 2006; Goodrich, Rampage, Ellman y Halstead, 1989; Walters, Carter, Papp y Silverstein, 1991).

Es por lo anterior que en la Terapia de Atención Inmediata como en otros enfoques terapéuticos con perspectiva Posmoderna y Socioconstruccionista, el uso de categorías diagnósticas, de teorías y vocabularios psicológicas(os) y de métodos rutinarios de intervención resultan poco útiles, ya que más que servir a las personas, se vuelven orejeras y lentes específicos que impiden mirar otros panoramas. Hay tantas explicaciones para una situación y para lo que se considera un problema como personas que conversan sobre ello, es decir, lo que para una persona es un problema, para alguien más puede no serlo, de ahí que cada suceso o experiencia significada como realidad o verdad única, es sólo un relato como cualquier otro (Anderson, 1999; Gergen, 2006).

Aunque Fernanda hizo un esfuerzo para cuestionar y resistirse al planteamiento de la tanatóloga, al decirle que cuántas mujeres no quieren tener hijos y no han tenido cáncer, este esfuerzo no logró evitar que se instalara en ella un sentimiento de culpa. Por ello, desde mi punto de vista, fue muy oportuno y útil que en el trabajo terapéutico se fijara una postura de resistencia

y contrapeso al discurso y práctica que había tenido la tanatóloga con Fernanda y se deconstruyera la idea de que hay un problema en ella y que lo que le ha pasado es su culpa. Si en las relaciones, en las conversaciones y en el lenguaje construimos la realidad, entonces podemos también disolver o deconstruir con esos mismos elementos, cualquier cosa que consideremos una dificultad o un problema (Anderson, 1999; Gergen, 1996; Goodrich, Rampage, Ellman y Halstead, 1989; White, 2016).

Así como Fernanda pudo disolver la idea de no vivir más y el sentimiento de culpa con el que llegó a la Terapia de Atención Inmediata, Victoria, que acudió al servicio buscando sentirse más tranquila ante la decisión que tomó de separarse del papá de su hijo, también pudo quitarse de encima otro sentimiento de culpa. Como ella lo relata:

“Me sentía algo culpable por lo que estaba haciendo. Yo creo que sí buscaba que alguien me dijera: ¡mira!, no estás mal, ¿no?, lo único que estás haciendo es ver por tu bienestar y porque sí me decían (refiriéndose a otras personas): no, pero es que cómo crees, cómo estás haciendo esto, piensa en el niño, piensa en esto y nadie me decía pues piensa en ti y el que ustedes me hayan dicho, pues qué bueno que estaba viendo por mi bienestar, me sirvió bastante, eso me hizo sentir que no estaba tan errada... que yo no tenía que hacerme responsable de lo que mi ex hiciera o sintiera... porque sí me estaba preocupando bastante por él como siempre y ya después por lo mío... nunca pensé que le fueran a dar tanta atención a todo lo que yo dijera... me hizo mirarlo distinto... me hizo sentir que no estaba yo tan mal de pensar que ciertas situaciones no me parecían... no sé en qué momento tenemos tan, tan, planteada esa situación en que tenemos que estar con papá y mamá siempre, así no quiera una de las dos partes... es que pienso que sí está bien querer una familia y todo, pero de qué te sirve tener una familia si no te vas a sentir pleno, si no es eso lo que te hace sentir bien...”

Me parece que con Victoria, la sesión colaboró para que ella pudiese dar cuenta de que su bienestar es importante y que puede cuestionar y resistirse -como Fernanda-, a muchas normas socialmente construidas que señalan, entre otras cosas, que las mujeres “tienen” que ser las cuidadoras de las familias y que por tanto, “deben” velar porque todas y todos sus integrantes estén bien aún en contra del propio bienestar. Como lo mencionan Goodrich, Rampage, Ellman y Halstead (1989), la mayoría de las mujeres somos socializadas con la idea de que “nos toca ser” las cuidadoras principales de otras personas y por ello, el sentido que construimos de nosotras

mismas generalmente va ligado con el hecho de dar, de confortar, de pacificar y de conciliar en los conflictos, amoldándonos a los intereses de otra personas.

Las palabras de Victoria de: *“me sentía algo culpable por lo que estaba haciendo... me decían: no, pero es que cómo crees, cómo estás haciendo esto, piensa en el niño, piensa en esto y nadie me decía pues piensa en ti...”*, las relaciono con las ideas de Walters, Carter, Papp y Silverstein (1991), que refieren que a las mujeres, desde pequeñas, se nos construye con mensajes de que la imagen de una persona responsable de cuidar a otras personas, -como se cree que es una de las tareas de las mujeres-, es incompatible con la de alguien que antepone su bienestar y sus intereses, incluso aquellas mujeres que lo hacen suelen ser cuestionadas y criticadas ya que resultan ser una amenaza por considerárseles agentes de cambio que desafían el statu quo.

Es lamentable que el volumen de la voz social haya por momentos silenciado la voz de Victoria a tal punto que se sintiese culpable, sin embargo, valoro la manera en cómo ella pudo resistirse y construir de la mano de la Terapia de Atención Inmediata, otras formas de mirar la situación con el papá de su hijo, pero principalmente, a ella misma, incorporando a su identidad, alternativas a la definición de mujer que le provea mayores posibilidades para ejercer el derecho de elegir lo que más le convenga a su vida. Considero que lo que hizo Victoria fue subir el volumen a su propia voz (Goodrich, Rampage, Ellman y Halstead, 1989; White, 2016).

Ahora doy paso a la experiencia compartida de Juan, que asistió a la Terapia de Atención Inmediata por algunas situaciones familiares que le estaban afectando. En su caso, distingo que el servicio terapéutico colaboró, a través de la conversación, para que pudiese conectar más fácilmente con sus sentires y expresarlos, diría yo ponerles nombre y apellido. Desde su voz:

“Ayuda a permitirte sentir, el hecho de que, pues estás, hay una, no sé quién de las compañeras dijo: igual y con esto, ¿cómo te sientes?... yo: ¿sentir?, y yo por dentro: pues bien (risas), pero bien no es un sentimiento, ¿cómo me siento? y por eso como que se abre otra puerta, sentimientos, sentimientos, pues triste, ¿por qué estoy triste?, porque mis hermanos y ¿por qué son así? o ¿por qué esto?... ¿qué sentimiento tienes y qué es lo que estás pensando?, o

en ese momento, ¿qué estás pensando? Eso se me hizo una herramienta muy, muy fuerte que es la que estuve ocupando mucho, de que me empiezo a enojar, digo: a ver me estoy enojando, a ver, ¿qué está pasando por mi cabeza?, ¿es cierto o no es cierto eso?, ¡ok! y ya empiezo a cambiar eso y digo: ¡ay!, no vale la pena, ya digo: ¡ay ya!... me disminuyó el coraje y entendí que realmente estaba triste... porque dije: a ver ¿qué es lo que más te hace estar enojado?, el hecho de que no haya, bueno sean así, digo, pero pues sí, yo creo que es más tristeza porque obviamente yo espero una mejor respuesta o una amabilidad... pero ya entendí después de la terapia que vimos, que sí me dolió platicar eso, que pues no, el único que puede cambiar soy yo...”

Este ejercicio de conversar y nombrar sus sentimientos, además de posibilitarle a Juan resignificar que lo que creía sentir por enojo era tristeza, también le condujo a construir una herramienta, a decir de él muy fuerte, que es la conversación consigo mismo, que en mi opinión, le ha permitido seguir reflexionando, cuestionando y resignificando después de la sesión, muchas ideas, sentimientos y expectativas respecto a la relación con sus hermanos, llevándole a la conclusión de que el cambio podría iniciar primero con él mismo.

Cuando Anderson (1999), señala que todo lo que sabemos o creemos saber, los significados que atribuimos a las palabras, a los sentimientos y a las experiencias que vivimos, las(os) construimos al conversar tanto con otras personas como con nosotras(os) mismas(os) y por ello están sujetos a la reinterpretación constante, pienso justamente en este ejercicio que Juan ha tenido de conversar reflexiva y críticamente consigo mismo. La capacidad de hablarnos dialógicamente, manifestada en las ideas y sentires que tenemos, en las preguntas que nos hacemos y en las que nos podríamos hacer, -como él lo hizo-, nos permite cuestionar, repensar, abandonar o expandir nuestras interpretaciones, narrativas y acciones.

Es por ello que en la terapia con una mirada Posmoderna y Socioconstruccionista, como lo es la Terapia de Atención Inmediata, se considera que la conversación es la principal herramienta terapéutica que se puede tener. Cada uno de nuestros sentires y experiencias no resultan significativos hasta que encuentran un hogar en el lenguaje y en la conversación. Es a través de nuestras narrativas que podemos -como lo han hecho de alguna manera cada uno de las

y los participantes-, transformar en cualquier momento, nuestras identidades en otras, entender las relaciones y emociones que vivimos, construir nuevas historias y significados así como formas de sentir distintos (Anderson, 1999; Campero et al., 2014; Gergen, 1996).

Para cerrar este espacio dedicado a la conversación, al dar cuenta y a la resignificación, presento la historia de Irma, que llegó a la Terapia de Atención Inmediata debido a algunas dificultades en la relación de pareja. El relato que a continuación comparto es otro ejemplo de que al conversar, además de que podemos construir distintos caminos para llegar a una solución de lo que consideramos un problema, también podemos mirar en esos caminos construidos, aspectos de nuestra vida que antes no habíamos visto o significado como importantes y que suman a nuestro bienestar:

“Mi espacio feliz, este, pues sabía que existía pero no sabía que lo tenía tan claro... o sea, yo empiezo a trabajar sí o sí a las 10 de la mañana ¿no?, y este, y yo me di cuenta que ese era mi espacio feliz... entonces es ahí donde me puse yo a analizar sobre mis espacios felices no solamente a nivel laboral sino a nivel familiar, a nivel amistad, a nivel pareja y dije: ¡guau!, o sea, es necesario explotarlos para que yo me sienta bien y es lo que he estado haciendo... yo dije: si esto es mi espacio feliz, mi tienda es mi espacio feliz, por qué no yo hacerla aún más feliz y hasta me compré cositas para que huelan rico, entonces empecé a explotarlo, dije: ¡ya!, o sea, yo no tengo por qué ahogarme en un tema... mejor explotar lo que tengo a la mano para poder yo estar plena”.

En la mayoría de los modelos de terapia suele estilarse que las conversaciones se centren en los problemas; las y los terapeutas, en la necesidad de entender cómo es que se llegó a la situación en la que se está, pueden incluso llevarse toda una sesión “buscando” lo causal sin que las personas salgan con una sensación de alivio y con algo que pueda resultarles de utilidad. Diferencialmente, para la Terapia de Atención Inmediata resulta más importante que las personas puedan salir de la sesión reconociendo los esfuerzos que han realizado para hacer frente a los vaivenes de la vida y que puedan dar cuenta también de otras partes de sus historias, de las habilidades y recursos con las(os) que cuentan y de lo que pueden aportar estas(os) a su situación actual (Slive et al., 2008).

Una de las premisas que sustenta esta postura de la Terapia de Atención Inmediata y de la Sesión Única y que fue tomada del Modelo de Terapia Enfocada en Soluciones, es que cuando la sesión se centra en las posibilidades de las personas, en lo que sí funciona y en los momentos en que las cosas marchan favorablemente, se puede construir el cambio lo más pronto posible y hacer que la terapia sea breve, sencilla y efectiva. En lugar de considerar a las personas como seres incapaces o enfermas, o como receptoras pasivas de ayuda, que desde mi perspectiva sólo alarga y complica la terapia, se elige una postura que apuesta por la agencia y el reconocimiento de lo que han hecho y lo que pueden hacer (De Shazer, 1986, 1987, 1997; O'Hanlon & Weiner-Davis, 1989; Sen, 2000).

Me parece que cuando Irma narró sus espacios felices y consideró que explotarlos podría colaborar en su bienestar, construyó al mismo tiempo, -como a continuación nuestro-, una mayor confianza en sus habilidades y competencias para resolver ciertas situaciones en su relación de pareja, es decir, para ejercitar su agencia con una mayor seguridad, que es justo la siguiente subcategoría que elegí para este espacio dedicado a la utilidad de la Terapia de Atención Inmediata.

2) Ejercitar mi agencia

Como lo mencioné en párrafos anteriores, la apuesta en la Terapia de Atención Inmediata es que las personas construyan su bienestar de forma activa a través del ejercicio de su agencia, de ahí que se promueva de manera dinámica que las conversaciones en cada sesión den cuenta de ese sentido para que las personas puedan llevar a cabo las acciones que consideren pertinentes en pro de cambiar algunas situaciones en sus vidas. En el caso de Irma, ella pudo ejercitar su agencia al decidir establecer una conversación con su novio para expresar aquellos aspectos en los que no estaba conforme en la relación de pareja. Como ella lo relata:

“Yo se lo tengo que decir a ese escucha (refiriéndose a su novio) pero no encuentro las palabras adecuadas... porque se lo tengo que decir de alguna manera, pero era la inseguridad propia de no encontrar las palabras adecuadas o más bien de decir las palabras como son para posteriormente encontrar las palabras adecuadas y esas palabras como son, a veces, son hirientes, generan conflicto, o sea, eso no está, o sea, algo que no está padre ¿no?, pero sobre ese conflicto, este, se llegaron a acuerdos, o sea, posterior ya es como a otro mundo, te lo juro, te lo juro, o sea, así totalmente... fue así como otro rollo...”

Es importante reiterar que para la Posmodernidad y el Socioconstruccionismo y por tanto para la Terapia de Atención Inmediata, las personas que asisten a un servicio terapéutico, lo hacen en calidad de participantes dentro de una red de relaciones, la cual incluye tanto los vínculos como las prácticas cotidianas que se tengan en ellas, por lo que aquello que se considera un problema, se entiende como algo que ha sido construido en lo relacional, en lo lingüístico y en lo dialógico, que además está mediado por los discursos de los contextos en los que se vive. En ese sentido, la terapia tendrá el propósito de establecer un diálogo que colabore para que las personas puedan construir posibles soluciones o alternativas distintas para cada situación tomando en cuenta todos esos entendidos (Alvarez & Trujano, 2022; Anderson, 1999; Gergen, 2006).

Ahora bien, partiendo de lo anterior y de la premisa de que cualquier cambio o primer paso generado en la sesión se trasladaría a su relación de pareja, se colaboró para que Irma diese énfasis a su agencia personal. Lo que se privilegió en la terapia fue que ella pudiese construir ese primer paso pero desde su propio conocimiento, de lo que sabía que podía funcionarle mejor. Distingo que Irma, al llegar a la sesión, ya traía la solución a su motivo de consulta. Esto es: conversar con su novio; sólo faltaba que moviese su confianza y algunas ideas de tal forma que le permitiese llegar a ciertos acuerdos con él sin que significase poner en riesgo su seguridad y bienestar (Alvarez & Trujano, 2022).

Cada vez más, desde distintos enfoques, el papel de la agencia va adquiriendo mayor importancia y se le relaciona como uno de los elementos que generan bienestar, incluso, algunos

movimientos feministas han señalado que para no tener una visión limitada, los intentos que se pretendan hacer para mejorar el bienestar de las mujeres tendrían que, además de atender las causas que les ocasionan malestar, considerar la agencia de las mismas; es mirar a las mujeres y -agrego yo- a las personas en general, como seres con capacidades y posibilidades, con derechos y responsabilidades para decidir hacer algunas cosas y otras no (Sen, 2000).

Así como Irma ejercitó su agencia al conversar con su novio y llegar a acuerdos con él, Victoria pudo ejercitar la suya al priorizar su bienestar. Esto significó, entre otras cosas, el establecer una cierta distancia con otras personas pero principalmente con el papá de su hijo, del cual se había separado. Desde su voz:

“Desde ese día sí he tratado de pensar más las cosas por mí, de dejar de hacerle caso a los comentarios... fue esa, el alejarme un poquito de todos y decir: ¡ok!, voy a hacer mis cosas sin estarle preguntando a todo mundo qué debo hacer... he dejado de contestar llamadas o mensajes cuando me preguntan: ¡oye!, ¿qué has hecho?, ¿qué esto?, ¿qué el otro?... el otro día lo bloqueé (refiriéndose a su ex pareja). Definitivamente lo bloqueé de todos lados porque yo estaba trabajando y me estaba mande y mande mensajes, que esto, que el otro y dije: ¡ay no!... lo que hice fue bloquearlo de todos lados y ya hasta al día siguiente lo desbloqueé y ya no, no me dijo nada... el otro día me dijo: no te reconozco porque tú no eras así, yo nunca imaginé que fueras tan egoísta, tan mala persona y le dije: es que no estoy siendo mala, simplemente me estoy preocupando por mí, por mis cosas y me dice: es que no te reconozco, a la que se preocupaba por todos, a la que esto, a la que el otro y yo le digo: es que ya, ya me cansé de estar viendo por el bien de los demás y al último yo...”

¿Qué tan importante fue que Victoria disolviese el sentimiento de culpa que venía cargando y cuestionase ciertas normas sociales para llevar a cabo las acciones que compartió en este relato? Me parece que mucho. Valga recordar que Victoria, que llegó a la Terapia de Atención Inmediata buscando sentirse más tranquila con su decisión de separación, en su anterior relato, señaló que traía algo de culpa por lo que estaba haciendo. En ese sentido, desde mi perspectiva, este ejercicio de agencia, expresado a detalle en dejar de hacer caso a comentarios, en hacer sus cosas sin preguntar, en bloquear durante un día los mensajes de su ex y en otras acciones más, es una muestra no sólo de esa disolución de culpa y del cuestionamiento a ciertas

creencias, sino también, al estilo de White (2002a, 2016), de un ejercicio de re-autoría y de reflexión sobre la manera en que desea relacionarse.

Me llamó la atención el comentario que -según Victoria- le hizo su ex pareja de que nunca se imaginó que fuese tan egoísta y que no la reconocía, haciendo alusión a aquella mujer que se preocupaba por todos, pero más lo hizo la respuesta de Victoria, de que simplemente se estaba preocupando por ella y que estaba cansada de ver por los demás. Esto es a lo que me refiero con un ejercicio de re-autoría. En mi opinión, Victoria decidió experimentar otra manera de ser Victoria; eso distinto que dijo, esas prácticas diferenciales a las habituales que está teniendo en lo relacional, la han movido y posiblemente lo sigan haciendo, hacia nuevos significados de su ser ella y de lo quiere para su vida, y estos al incorporarse en su narrativa, recursivamente, la están impulsando como a continuación relata, a mirarse y relacionarse diferente, a seguir ampliando sus significados, a sumar otras prácticas y a continuar con aquellas que le puedan proporcionar mayor libertad y bienestar (White, 2016).

“Me he apoyado bastante con mi hermana, ya que vive aquí y con las personas que me cuidan a mi hijo, cuando, cuando son mis días de cuidarlo. Eso también me traía muy estresada, no sabía dónde dejarlo porque mi ex me había dicho que no quería que lo llevara con sus papás cuando me tocara, que yo me las arreglara en mis días... no sabía dónde iba a estar el niño, dónde y todo y ya me he apoyado con unos amigos, con mi hermana... ya me puedo ir a trabajar, ya puedo hacer mis cosas tranquila... dije: bueno, ¡ok!, si también las personas te están diciendo: pues no te preocupes, te ayudamos, esto, lo otro, ¿por qué no? Que si se ofrecían a ayudarme era porque querían ayudarme... yo soy la que digo no, no, yo puedo, yo esto, yo lo otro y sí dije en este momento: ¡ok no!, sí necesito un poquito de ayuda... porque ella (refiriéndose a su hermana) me ha visto, ella vive, vivimos aquí juntas... me dice: pues es que ya, que te deje de importar lo que digan y haz lo que a ti te haga sentir bien y todo. Ella es la que sí me da un empujón...”

Trayendo la metáfora del club de vida de White (2002a, 2016), respecto a que todas y todos tenemos un club de relaciones en la vida, en el que podemos decidir el estatus de pertenencia de cada uno(a) de sus miembros, ya sea suspendiendo, privilegiando o revocando su membrecía al mismo, reflexiono que Victoria, con esto que compartió en su relato, se encuentra

en un trabajo de revisión de membrecías de su propio club. Distingo que algunas voces, como la de su ex pareja, las está silenciando dado que ya no le resultan útiles y a otras, como la de su hermana, las está privilegiando porque abonan a su bienestar.

Entretejiendo las historias de Irma y Victoria, es por ese tipo de experiencias relacionales, en donde, desde mi punto de vista, se asoman algunos ejercicios de violencia por parte de sus pareja y ex pareja respectivamente, que el papel de la agencia de las mujeres es fundamental para que, en la medida de las posibilidades, se puedan reducir las inequidades de género que perjudican su calidad de vida. Tomando en cuenta que en diversos estudios se ha documentado que el tener un empleo y el contar con independencia económica son dos de los factores que contribuyen con mayor fuerza a la agencia de las mujeres (Sen, 2000), resulta significativo que Irma haya compartido que se dio cuenta de que su negocio es su espacio feliz y explotarlo le vendría bien y que Victoria haya dicho que bloqueó los mensajes de su ex mientras estaba trabajando. Por lo que sus empleos pueden aportar a sus respectivas vidas, celebro las distinciones y acciones que ambas hicieron, como también celebro las que Fernanda realizó al ejercitar su agencia y con las cuales ha podido igualmente re-autorarse y elegir un camino distinto del que las ideas de ya no querer vivir le decían (White, 2016). Desde su voz:

“Esa sesión única te ayuda a aclarar esos puntos y va de nuez... pero eso no significa que por todo lo que estás pasando, no vuelvas a llenar ese costalito, pero esa sesión única te ayuda de: a ver aquí esto, aquí lo otro y ya... o sea, aliméntate, cuídate y vamos por ahí, este es el camino... ya pongo, estoy tratando de poner límites con mi mamá que es la que me estaba costando más trabajo, y no nada más con mi mamá, con mi cuñada también porque yo era así de: a mí me decían rana, brinca, gato, maúllo, perro, ladro, lo que quieran, yo lo hago. Entonces ahorita es así de: rana, ¡ay espérate!, no quiero brincar... he hecho cosas en ese sentido de: mamá, me voy a ir a mi casa. Porque antes era de te quedas a dormir conmigo y yo: ¡bueno!, si tú dices pues qué hago ¿no?... y ahora es de: ¿te quedas a dormir? No, no, este, me voy a mi casa... ya te puedo decir, me siento muy, ya disfruto más los momentos. Trato ya de dar, estoy tratando, mejor dicho, de, como que de darme un espacio para mí, para leer, para ver hacia dónde voy... a partir de ahí, desde quiero comer, empecé a molestar a la niña (hace referencia a su sobrina), empecé a hacer todo lo que venía yo haciendo...”

Después de que en su anterior relato Fernanda mencionó que la Terapia de Atención Inmediata colaboró para que se diese cuenta que lo que creía que era un mar resultó una tina, me parece que tiene sentido que haya señalado que aunque puede volver a llenarse su costalito, sabe que puede acomodar las cosas que están dentro de él y que incluso puede valerse de elementos que le han funcionado en otro momento, como alimentarse, cuidarse, darse espacios para ella misma, etcétera, y poner otros nuevos a prueba, como poner límites a su mamá y cuñada para evitar que se llene de manera frecuente.

Considero que Fernanda al llegar al servicio terapéutico, traía como señalan White y Epston (1989, citados en Tarragona, 2006), una historia dominante de su vida saturada de problemas; venía de haber pasado por un cáncer, por intervenciones quirúrgicas, por el fallecimiento de su hermano y por algunas dificultades en sus relaciones familiares que la habían afectado de diversas maneras, agregándose a ello, comentarios en algunos servicios de salud a los que asistió que, desde mi punto de vista, más que colaborar a restablecer su bienestar, se integraron a dicha historia dominante o como diría ella, a su costal o tina. Pues bien, esa historia fue tan grande y abrumadora, como válidamente la significa Fernanda: un mar, que invisibilizó otras historias de su vida, llevándole a considerar la idea de no querer vivir más.

Ante ese escenario, que podría seducir a otras y otros terapeutas a conversar y “profundizar” aún más en la historia dominante de Fernanda y quizá sugerirle hacer cambios radicales, que tienden regularmente a desalentar a muchas personas por resultar un desafío, lo que distingo que se hizo en la Terapia de Atención Inmediata fue visibilizar otras experiencias e historias de su autoría en las que ella ha ejercitado su agencia, es decir, acciones sencillas que ya había hecho antes y que le producían satisfacción, tranquilidad y bienestar, y construir otras que le motivasen a seguir ejerciéndola y fortaleciéndola. Creo que al traerlas a la conversación, se deconstruyeron las ideas que estaban alimentando su historia dominante dando como resultado

que ella pudiese mirar que puede quitar el tapón a su tina en cualquier momento (White, 2002a; 2016). Como lo refiere Sen (2000), entre las vidas que las mujeres pueden salvar al dar cuenta y ejercer su agencia, se encuentran justamente -como lo hizo Fernanda-, las propias.

Dando continuidad a los ejercicios de re-autoría y de agencia, ahora doy paso a la experiencia de Juan, que después de que mencionó en su anterior relato que conversar consigo mismo y cuestionarse algunas ideas, sentimientos y expectativas respecto a la relación que mantiene con sus hermanos le permitió llegar a la conclusión de que podría cambiar algunos aspectos de la manera en que se relaciona con ellos, decidió hacer lo siguiente:

“Voy a practicar, voy a intentar los cambios o posibles cosas que yo quiera... voy a preocuparme con lo que sí se acercan, que es mi hermana y mi cuñado, y sí, eso fue lo que me empezó a solucionar y ellos (refiriéndose a sus hermanos) ya como que ven esa distancia que yo he empezado como que a estar... ya poner como un alto... la terapia me hizo sentir como que, como, no sé, es que le platico a mi novia, hasta le digo, es que es como un: ¡venga, tú hazlo, tú ponte primero!... nunca me había puesto yo como prioridad... le digo a mi novia: ¡ay! hasta sientes alivio el decir no... y sobre todo que, porque hasta era una preocupación el ayudar... porque hasta el estómago, luego hasta (risas) decía, hasta me daban retortijones... decía: ¡ay, ay, ay!; ya después pasa y digo: no, ya, el dolor de garganta, como si tuviera un peso, porque me acuerdo que me dolían mucho los hombros... como que empezaba un poco de dolor de garganta, o de espalda o de cuello y eso como que me generaba mucha tensión y ahora que digo que no, digo: ¡ah pues!, no ya no y no me había dado cuenta... siempre me quedaba callado y decía: ¡mmm!, y empezaba con esas cuestiones... era porque no hablaba”.

Al leer lo que Juan expresó, pareciera que estoy leyendo algunas partes del relato de Victoria. Es curioso cómo, a pesar de las diferencias de género, las historias pueden entrelazarse y compartir muchas similitudes. Como Victoria, Juan también dejaba su propio bienestar al último; le daba prioridad a las voces de otras personas, apagando la propia, aunque esto le trajera distintas dolencias en su organismo. Sin embargo, a partir de la sesión y principalmente de los ejercicios dialógicos que tuvo consigo mismo, en donde se ha cuestionado muchas de sus ideas, le llevaron a ejercitar su agencia atreviéndose a hacer cosas que no solía hacer. El resultado de todo esto es que -al igual que Victoria-, pudo darse cuenta de que es capaz de ser un Juan distinto; un Juan que puede ponerse como prioridad y marcar altos a las cosas que no le gustan,

que también puede privilegiar en su club de vida a algunas personas y no a otras, y que al hacer visible y audible su propia voz, su salud se ve beneficiada.

Es por estas posibilidades de construir algo distinto que en la Terapia de Atención Inmediata se apueste por conversaciones, como las de re-autoría, que colaboren para que las personas puedan incorporar en sus miradas y relatos, aquellos eventos, ejercicios de agencia y experiencias de vida que han estado silenciados(as) o subordinados(as) por las historias dominantes, ya que al hacerlo, se construyen otros significados e ideas que llevan a nuevas conclusiones sobre algunos sucesos, problemas o circunstancias que se están viviendo e incluso se puede resignificar la vida misma (Tarragona, 2006; White, 2016).

Antes de pasar a la experiencia de Jesús, quiero abordar un punto que he distinguido a través de los relatos de Juan, Victoria y Fernanda que, desde mi punto de vista, atrapa a muchas personas y puede ser limitante para ejercitar nuestra agencia. Esta idea, -herencia de la Modernidad, aceptada por muchos modelos de terapia y permeada en la cultura-, hace referencia al supuesto hecho de que todas y todos somos de una determinada manera y que esa forma de ser se mantiene constante. Así pues, la distingo, por ejemplo, en el comentario que hizo la ex pareja de Victoria, que manifestó que ella no “era” así y que no la reconocía; en Juan, al decir que “nunca” se había puesto como prioridad y “siempre” se quedaba callado, y en Fernanda, que mencionó que como “era” de una manera, hacía ciertas cosas cuando su mamá o su cuñada le decían algo.

Como lo expliqué en el capítulo dos, desde el pensamiento moderno, además de que se cree que nada más hay una realidad, se piensa que tenemos un yo y una identidad acabados que poseen ciertas características fijas, que se expresan constantemente y que son ajenos a los distintos contextos en los que vivimos y nos relacionamos, de ahí que muchas personas utilicen términos como siempre o nunca, o crean que no es posible cambiar así como así y si acaso se

podiese, se tendría que asistir a una terapia por mucho tiempo para lograrlo. Luego entonces, alguien que lo haga de un momento a otro, como ya lo han hecho Fernanda, Juan y Victoria, puede resultar desafiante, desconcertante y/o de incredulidad para quienes, como la ex pareja de esta última, comparten y mantienen dicha idea (Gergen, 1996, 2006).

En contraste con esa visión moderna, para la Posmodernidad y el Socioconstruccionismo, ni el yo, ni nuestra identidad están acabados sino en continua construcción a través de lo lingüístico, lo relacional y lo social y pueden transformarse en la medida como cambien-cambiamos los contextos en los que nos movemos. En otras palabras, lo que creemos que somos es una manifestación del lenguaje y de la interacción discursiva que mantenemos con otras personas. En ese sentido, nuestro ser es una construcción narrativa que se forma, informa y reforma al relacionarnos y al contar y recontar nuestras historias (Anderson, 1999; Alvarado, 1993; Gergen, 1996; Gómez, 2013; Tarragona, 2006).

Desde esa perspectiva, lo que se hace en la Terapia de Atención Inmediata, es colaborar con las personas teniendo presente que aquello que llamamos “yo”, puede vivirse en la multiplicidad y en la coexistencia de cambio y de continuidad, lo cual resulta liberador de esas creencias que nos hacen pensar que sólo somos de cierta forma. Se trata de que las y los consultantes en la conversación, den cuenta de que pueden ser y dejar de ser como mejor convenga a sus intereses, contextos y relaciones, y que ninguna actitud, ni comportamiento las y los define. Así, cada persona puede entrar y salir de varias identidades y roles al relacionarse porque el sentido de sus acciones les resulta legítimo y útil de acuerdo a su contexto (McNamee, 2001; White, 2016).

Dicho lo anterior, ahora doy paso al ejercicio de agencia de Jesús, quien después de su asistencia a la Terapia de Atención Inmediata, decidió realizar y retomar algunas actividades para

seguir construyendo ese sentido de alivio y tranquilidad que le permitiese hacer frente a la situación de enfermedad que está viviendo su mamá. Como él lo relata:

“Vivía pegado a ella, entonces este, pues ahorita, por ejemplo, ahorita mi mamá ya está en una casa de reposo... comprendí que mi mamá está enferma y que yo no estoy enfermo, o sea, yo estoy consciente de lo que estoy haciendo y de cómo está ella... como que me pusieron un interruptor y me volvieron a prender (risas)... vi la posibilidad de retomar mi vida y estar cuidando a mi mamá pero sí haciendo también mis cosas... estoy haciendo proyectos personales, de otros géneros, de otras cosas que a mí me gustan mucho y estoy apenas pues montando las canciones y cómo voy a hacer como una especie de show... sé que lo voy a hacer, me tarda un poquito pero sé que va a llegar ese momento y eso me va a dar mucha satisfacción... la sesión me ayudó a salir de ahí... me jaló y ya estoy tomando terapia... para estar como más en control conmigo mismo ante cualquier cosa que se pueda presentar...”

Respecto a lo compartido por Jesús, tengo un par de puntos que me parece interesante abordar. El primero es que haya mencionado que a partir de la sesión, sintió que se prendió un interruptor en él y que vio la posibilidad de retomar su vida. Este comentario corto y sencillo, desde mi perspectiva, es lo que da sentido a la Terapia de Atención Inmediata. Justo el propósito principal de esta modalidad de servicio terapéutico es que las personas miren que pueden construir posibilidades. Que alguien entonces pueda hacerlo, como lo hizo Jesús, diría que es uno de los ejercicios de agencia más poderosos. Utilizando su narrativa, es prender nuestro interruptor a las ideas, a las habilidades y a las soluciones, ya que por muy complicada que pueda verse cualquier situación, habrá cosas que puedan realizarse para modificarla (Slive & Bobele, 2011, 2012).

Sobre ese encendido de interruptor, -que precisamente es el segundo punto-, resalto cómo Jesús lo convirtió en tres acciones que desde distintos lugares han sumado a su agencia y a su bienestar. El apoyarse de una institución para el cuidado de su mamá, lo distingo como una resignificación de ideas respecto a la manera en que tenía concebida esa práctica. Para él, cuidar era vivir pegado a su mamá, lo cual, -como refirió en su anterior relato-, le estaba ocasionando angustia y dolencias en distintas partes de su cuerpo.

Aquí vale decir que la experiencia de cuidado de Jesús hacia un familiar, con todas las implicaciones que esto puede tener en la salud y en el bienestar, es compartida por muchas personas, -principalmente con las mujeres-, que por diversas circunstancias, entre ellas, las creencias culturales y el aspecto económico, dejan de hacer ciertas cosas aunque en ello vaya por la borda el bienestar propio y/o el de alguien más (Gómez, 2002). En ese sentido, el que Jesús haya dispuesto de una institución para continuar con el cuidado de su madre, me parece que abrió el camino para que retomara su actividad musical, -segunda acción-, que desde mi punto de vista, es un sostén muy importante que él necesitaba poner a funcionar de nuevo. Como lo señalan Tarragona (2006) y White (2016), cuando las experiencias e historias que nos resultan significativas se visibilizan, nuestras vidas y voces se empoderan para encarar cualquier dificultad, dilema o problema que tengamos.

Es tal la diferencia de postura que distingo en Jesús, que aunado a este par de acciones, llevó a cabo una tercera que es decidir tomar terapia y hacer de esta un recurso más para su vida. Me parece que a través de la Terapia de Atención Inmediata, pudo visibilizar la utilidad que puede proporcionar el contar con un espacio conversatorio y que este puede ser una manera más para seguir cuidando tanto a su mamá como de sí mismo. Quizá para algunas personas, el que Jesús haya decidido buscar otro servicio terapéutico es indicio de que la Terapia de Atención Inmediata no le resultó favorable, sin embargo, el propósito de este servicio terapéutico no es convertirse en una panacea ni desplazar la utilidad que pudiesen tener otros sino ofrecer -como ya lo he mencionado- un espacio que se pueda mirar como un recurso de construcción de posibilidades y también ser una opción más de la cual se pueda disponer. El punto importante aquí es que las personas tengan alternativas para elegir las que más convengan a sus intereses.

Finalmente, presento el ejercicio de agencia de Marina, que una vez que ya pudo dar cuenta del dolor que le causó el fallecimiento de su papá y lo apalabró, quitándose la especie de

anestesia o shock que sentía por no poder llorar, como ella expresó en su anterior relato, ahora está en una posición que le permite ya vivirlo de manera distinta. Desde su voz:

“Creo que ahora sí me está pasando esta cuestión de hacer como el proceso... empecé a sentir como el dolor ¿no?, como de manera más clara... es como más fácil darle salida... a veces me permito sentir algunas cosas y a veces más bien llegan solitas ¿no? (risas) pero antes no estaba pudiendo suceder eso”.

Este ejercicio de agencia de Marina, lo interpreto -desde las ideas del Modelo de Terapia Enfocada en Soluciones-, como un reencuadre (Cade & O´Hanlon, 1993; O´Hanlon, 1999; O´Hanlon & Weiner-Davis, 1989). ¿A qué me refiero con esto? Considero que dentro del marco de creencias de Marina, quizá había ciertos significados respecto a la muerte y a la manera de vivirla que estaban limitándole su necesidad de darle salida al dolor sentido por lo de su papá, pero al conversarlo en la sesión y compartir e intercambiar experiencias con otras personas (equipo reflexivo), pudo construir un marco con significados diferentes que ahora le facilitan y alientan la expresión de su dolor.

Al leer por parte de Marina que ahora ya se permite sentir algunas cosas, reflexiono que en ocasiones sucede que, por no refrescarlos de ideas nuevas, nuestros marcos de creencias llegan a convertirse en lentes específicos que nos impiden mirar otras opciones de sentir, de pensar y de entender la vida y esto en algún momento, limita nuestros ejercicios de agencia. Bajo este supuesto, lo que se hace en la Terapia de Atención Inmediata es adoptar una postura de multiplicidad de perspectivas, en donde tiene cabida opiniones y conocimientos diferentes, con el propósito de que las y los consultantes puedan a través de ellos, refrescar sus marcos de creencias para seguir moviéndose en el entorno en que se desenvuelven.

En resumen, para cerrar este apartado y teniendo como testimonio los relatos de Marina, Jesús, Juan, Fernanda, Victoria e Irma, enfatizo la importancia que tiene para la promoción, el afiance y el ejercicio de la agencia de las personas, que las conversaciones en cada sesión,

colaboren en visibilizar, por un lado, sus recursos, competencias, fortalezas, habilidades, relaciones de apoyo, saberes y experiencias, y por otro, en construir otras tantas(os) que puedan sumarse y participar todas a favor de su bienestar (De Shazer, 1986, 1987, 1997; O'Hanlon & Weiner-Davis, 1989; Slive & Bobele, 2011, 2012).

De acuerdo a Sen (2000), la agencia no sólo tiene un papel fundamental en nuestro bienestar sino también en el desarrollo de nuestra libertad, ya que cuando esta se amplía en un área, de manera sistémica, contribuye a fomentar la libertad en otras, así que, desde esa perspectiva, en la Terapia de Atención Inmediata se colaborará para generar significados que empoderen a las y los consultantes. Como ya señalé, cuando las sesiones se centran en este aspecto, además de que se pueden construir escenarios de mayor bienestar y libertad para las personas que asisten a una terapia, esta se vuelve más breve y sencilla.

Ahora bien, después de haber documentado la utilidad que tuvo para cada participante las conversaciones que se co-construyeron en la Terapia de Atención Inmediata, en donde a través de ellas, resignificaron algunas de sus ideas, creencias, expectativas, sentimientos, etcétera, sobre diversos temas, así como los ejercicios de agencia que ya hicieron, mediante las acciones que ya describí, me pareció oportuno incluir en esta categoría de utilidad, -dado que los motivos de consulta de cada una(o) de ellas(os) hacen referencia a los vínculos que se tienen con otras personas-, cómo esto que ya realizaron, es decir, esas resignificaciones y esos ejercicios de agencia, fueron notadas(os) y recibidas(os) por sus relaciones más cercanas, de tal forma que algunas de ellas pudieron transformarse en un sentido favorable. El resultado es la siguiente subcategoría que a continuación presento.

3) *En lo relacional: ¿Quién lo notó?, ¿Algo cambió?*

Antes de compartir los cambios relatados por Juan, Fernanda, Jesús, Irma, Victoria y Marina en algunas de sus relaciones, que aunque fueron significados por cada una(o) de distinta manera, en mi opinión coinciden en que estos les han sido útiles para sentirse mejor, quiero recordar y volver a señalar que para el servicio de Terapia de Atención Inmediata, las personas no son consideradas como entes separados del contexto (familiar, económico, cultural, social, político, etc.) en el que viven, como tampoco lo son las situaciones que puedan ocurrirles, por lo que cada vez que una persona llegue al servicio terapéutico, el entendimiento y la colaboración que se haga para construir los primeros pasos de cambio o de posibles soluciones, será desde una visión relacional y sistémica, es decir, se conversará teniendo presente las relaciones y las circunstancias contextuales que sean referidas como significativas por las personas, con el propósito de saber cómo estas participan en su vida y si suman o no a su bienestar (Anderson, 1999; Gergen, 1996, 2006; Slive & Bobele, 2011, 2012).

Dicho lo anterior, al preguntarles a las(os) participantes en la entrevista conversacional, si a partir de la Terapia de Atención Inmediata, notaron cambios en sus relaciones y si alguien les hizo algún comentario, esto fue lo que comentaron. Por las semejanzas que distinguí, inicio con las experiencias de Juan y de Fernanda; ambos llegaron a la terapia señalando tener dificultades con algunos familiares. De manera específica, Juan mencionó que eran con sus hermanos, sin embargo, después de las resignificaciones y ejercicios de agencia que realizó, en términos de ponerse como prioridad, la relación con ellos se transformó:

“Mi mamá me dice: este, vino tu hermano (risas), ¿y qué quería?, ¡ah! pues es que me dijo que necesitaba esto. ¡Ah!, le digo: usted mami sabe que es su dinero, usted decide pero ya tiene la experiencia, usted póngase, con poner de lo que yo aprendí, decirle, pues es que debe de aprender a decirles que no. Dice: no, le dije que no... me dice: ¡ay hijo!, si no fuera por ti que veo y haces... como que hay ese apoyo mutuo entre mi mamá y yo y ella ha visto. Es que sí me siento muy apoyada por ti, te lo agradezco... le digo: yo empiezo a ver ciertas cosas con lo de la

terapia única... la sesión esta me ha ayudado porque platico más con ella, empezamos a estar muy cercanos... de hecho me ha dicho que: sí he visto cómo tus hermanos, dice: también a ti ya ponen un, más bien has puesto como un, me dijo, como un tope o algo... ya empiezan a medir un poco cómo abordarte... de hecho el que exprese lo que yo sienta y les diga a mis hermanos, no tiene porqué afectar el trato que yo les dé... el decirles no, tampoco resta mi forma de decirles te quiero hermano, te quiero, o sea, hay otras formas de decirle a mi hermano te quiero... a pesar de todo, es raro, yo creo que nos llevamos muy bien... hablan ya más conmigo: oye hermano ¿no vas a hacer esto?... antes este, no, no lo hacían... me siento bien, eso fue lo que me ayudó. El hecho de que tengamos ideas diferentes o ellos vean yo los puedo seguir queriendo... es como llegar a una frontera y saber hasta dónde te acercas y hasta dónde no... ”

A partir de lo compartido por Juan, puedo distinguir más de un beneficio en lo relacional.

En primera instancia y dado que fue el motivo por el cual asistió a terapia, la relación con sus hermanos, aunque todavía no está como él quisiese, se movió hacia un lugar que le ha permitido sentirse más cómodo y tranquilo. Me parece que los comentarios que hizo de: *“el decirles no, tampoco resta mi forma de decirles te quiero hermano..., hay otras formas de decirle a mi hermano te quiero..., hablan ya más conmigo..., me siento bien, eso fue lo que me ayudó...”*, nos confirman cómo nuestras vidas y relaciones pueden transformarse favorablemente, si decidimos introducir otros significados en nuestras historias y narrativas y las ponemos al servicio de nuestras conversaciones y prácticas cotidianas (Anderson, 1999; Tarragona, 2006; White, 2016).

Qué tan poderosos pueden ser lo dialógico y lo conversacional, que así como lo hizo Juan en la Terapia de Atención Inmediata, la mamá de este, a partir de sus conversaciones con él, pudo co-construir-se también maneras diferentes de mirar y entender algunas situaciones y de relacionarse con los integrantes de su familia que, según mi entendido, le han resultado de utilidad. Por ejemplo, una simple palabra como “no”, que al parecer dentro de la familia de Juan estaba significada como una falta de querer, ya fue resignificada y puesta en las conversaciones y en las prácticas relacionales sin que sea entendida en esos términos, lo cual, de forma dinámica y recursiva, revitalizó los vínculos familiares, algunos fortaleciéndolos, con mayor cercanía y confianza, como ha sucedido entre Juan y su mamá, y otros modificándolos, como lo hicieron

ambos con hermanos e hijos respectivamente, pudiéndose establecer con ello, relaciones en donde pueden llevarse mejor aún diciéndose “no” en algunas situaciones.

Y bueno, así como Juan ya integró el “no” dentro de sus prácticas relacionales, Fernanda igualmente lo hizo con algunos miembros de su familia. Como referencia, valga decir que para ella, según su relato anterior, poner límites a su cuñada y principalmente a su mamá, era algo que le costaba trabajo -y quizá todavía lo sea-, sin embargo, ya pudo hacerlo -diría yo- con un resultado conveniente para ella. Desde su voz:

“Después de sesión única, me dijo mi cuñada en cuanto salí: ¿cómo te fue? y yo: ¡excelente! Y me dijo: ¡cañón!, o sea, te cambió la cara... me dijo: ¡ok!, te fue muy bien porque vienes con otra cara y yo: ¡sí!, o sea, me dijeron mensajes bien bonitos... ya más o menos ya encontré en dónde va su lugar de cada cosa... (haciendo referencia a la relación con su mamá) porque ya estábamos, estábamos saturadas, entonces, empezarle a poner el límite de: hoy no, mañana sí, espérame, yo te hablo, ha hecho ese poner que ella: ¡ah ok!, te respeto cuando tú quieras y yo: ¡ok!”.

Desde mi perspectiva, el encontrar el lugar de cada cosa y los mensajes bonitos a los que hace alusión Fernanda, que se llevó de la Terapia de Atención Inmediata, no son otra cosa que los conocimientos co-construidos a partir de la conversación. Los pienso en términos de nuevos saberes relacionales, es decir, de posibilidades que antes ella no había considerado en el trato con su mamá, porque como Juan, sus entendidos de querer estaban significados en un lugar que le dejaba poco espacio de atención a sus propias necesidades.

Es por ello que desde las líneas de pensamiento Posmoderno y Socioconstruccionista, se le otorga tanta importancia al lenguaje y a lo social, ya que es a través de las conversaciones con otras personas que podemos construir aquello que nombramos como conocimiento, que además, puede seguir -de manera dinámica- significándose y resignificándose en tanto sigamos relacionándonos y conversando, lo cual puede abrirnos -como lo fue para Juan y Fernanda-, un espacio amplio para poder cambiar lo que creemos conocer, así como nuestros(as) discursos y prácticas cotidianas (Anderson, 1999; Gergen, 2006).

En mi opinión y esto es algo que ya he señalado anteriormente, esta invitación que nos hace la Posmodernidad y el Socioconstruccionismo, de adoptar una postura de apertura hacia las posibilidades de conocimiento desde una mirada dialógica-relacional, la considero de lo más útil en el trabajo terapéutico dado que, por un lado, posibilita que las y los terapeutas ejerciten y expandan su escucha y comprensión a lo más importante, es decir, a las voces, historias y relatos de las y los consultantes, con lo que estas signifiquen, sin atarse a ninguna idea, ni teoría, y por otro, a que lo construido en la sesión, pueda seguir bailando y resignificándose en las conversaciones que se tengan fuera de la misma (Anderson, 1999; Gergen, 2006).

Hablando metafóricamente, es convertir el espacio de la terapia como si fuese una liga colaborativa, de tal forma que, -como lo fue en el caso de Juan y Fernanda-, pueda traer beneficios a sus vidas y a las de otras personas (Anderson, 1999; McNamee, 2001). Como lo apunta Gergen (2006), cuando las y los consultantes establecen un vínculo entre lo que se conversa en terapia y lo que sucede en sus vidas y entornos, la terapia tiene mayores posibilidades de que les resulte significativa (Alvarez & Trujano, 2022).

Dando continuidad a lo que se conversa en la terapia y lo que sucede en la vida de las personas, ahora doy paso al cambio que Irma relató en su relación de pareja, quien había acudido a la Terapia de Atención Inmediata por algunas dificultades en la misma, como producto de ciertas conductas y actitudes por parte de su novio que fueron referidas por ella como micromachismos:

“No solamente me sirvió a mí sino a la contraparte de la escucha (refiriéndose a su novio), así cañón porque obviamente hubo bronca, o sea, hubo confrontamiento pero sobre el confrontamiento hubo una plática más consensuada y se llegaron a muchos acuerdos... me escuchó y yo sí le dije que no estaba a favor de muchos puntos... como que esas partes donde falseaba, que llega a falsear a veces... esos micromachismos muy marcados, entonces, o sea, sí fue como ya con las palabras adecuadas y sin enojos, yo pude expresarme más claramente y él pudo escuchar mejor. Eso estuvo increíble... porque yo también le dije: es parte de la confianza donde yo te estoy diciendo, necesito un lugar y un espacio y por qué llegas y lo rompes, o sea, ¡no!, entonces él dijo: sí, o sea, hasta hubo disculpas... yo creo que todo consensuadamente se

puede llegar a un buen acuerdo ¿no?, y este, eso a mí me lo dejó muy personal, muy, muy, muy personal porque también lo estoy trabajando con mi mamá... ya hasta ella me marca a mí, cuando ella era imposible... ayer me dejó un recado en la contestadora, o sea, entonces fue como ¡guau!... también se da cuenta de que si ella no hace drama, yo no hago drama”

Leer que Irma y su pareja, al entablar una plática, pudieron llegar a acuerdos en ciertos temas a pesar del confrontamiento de ideas y posiciones que también estuvieron presentes en la misma, me hace retomar la importancia que tiene en las relaciones -y en cómo estas pueden moverse-, que las voces y las agencias de las personas se fortalezcan, sean audibles y estén en constante ejercicio, y aún más, en situaciones y momentos en donde pueden asomarse actitudes o conductas que llegan a violentar los espacios y las necesidades de alguien.

Por ejemplo, al referir Irma -tanto en su sesión de terapia como en la entrevista conversacional que tuve con ella-, que en su relación de pareja, su novio mostraba *micromachismos*, -significados estos como quebrantos que él realizaba hacia su necesidad de espacio-, se conversó con ella en ambos momentos (sesión y entrevista), que al momento de platicar con él sobre esos temas que, desde su experiencia y saber son complejos y han terminado en conflicto, contemplase -en la medida de sus posibilidades-, un escenario que pudiese brindarle mayor seguridad para su persona (Goodrich, Rampage, Ellman y Halstead, 1989; Sen, 2000).

Esto que acabo de puntuar, se hizo así, porque como ya lo señalé anteriormente, desde la mirada dialógica-relacional en la que está situada el servicio de Terapia de Atención Inmediata, lo que se conversa en la sesión traspasa sus paredes, es decir, no es ajeno a lo que sucede en la vida de las personas, como tampoco lo es al contexto sociocultural en el que vivimos, por lo tanto, nuestra responsabilidad es poner atención y cuidado a las implicaciones que puede tener la asistencia a terapia para las personas que pueden estar viviendo alguna situación de violencia y lo que pueden hacer al respecto (Anderson, 1999; Gergen, 1996, 2006; Goodrich, Rampage, Ellman y Halstead, 1989).

En síntesis, distingo que la utilidad en lo relacional que pudo construir Irma a partir de su asistencia y colaboración de la Terapia de Atención Inmediata, fue que a través de su ejercicio de agencia, mostrado al platicar con su novio, este escuchase, aceptase y se hiciese responsable de algunos comportamientos que no estaban sumando al bienestar de la relación y a partir de ahí, se estableciesen ciertos acuerdos de convivencia. Pero esto no fue lo único, dicha utilidad pudo extenderse también en la relación con su mamá, la cual, según el relato de Irma, se ha transformado, -interpreto yo-, a una de mayor cercanía e interés, dándose cuenta ambas de que son capaces de hacer cosas distintas y que dichas cosas, colocará su relación en un lugar diferente del que estaba.

Algo similar tanto del trabajo en terapia como de los cambios en lo relacional que acabo de documentar, fueron contemplados, construidos y logrados también con y por Victoria, principalmente en la relación que tiene con el papá de su hijo. Desde su voz:

“Ya los demás no se han involucrado tanto en todo esto, entonces, yo me he hecho cargo de lo que llegue a pasar... siento que sí ha puesto de su parte (refiriéndose a su ex pareja) en no estar yendo afuera de mi trabajo, en no estarme diciendo qué haces o marcándome en las noches... entonces ya tiene bastante también él que no lo hace... siento que sí, ya está tomando las cosas diferentes... que a pesar de que yo al principio le decía: es que nos tenemos que llevar bien por el niño, por esto y por el otro, pero él me decía que no, que él nunca se iba a llevar bien conmigo, pues ya me contesta mejor, ya si le pregunto algo del niño o le marco para comentarle algo, me contesta bien”

Cabe traer a colación que lo que motivó a Victoria a asistir a la Terapia de Atención Inmediata, era sentirse más tranquila en su decisión de separarse del padre de su hijo, el cual, al no estar de acuerdo con dicha decisión, tenía acciones y hacía comentarios que a ella le ocasionaban malestar y culpa. Sin embargo, a partir de los ejercicios de agencia que Victoria hizo, tales como: dejar de contestar llamadas y mensajes a algunas personas y bloquear la comunicación con el padre de su hijo en ciertos momentos, por ejemplo, mientras trabajaba, le posibilitaron darle mayor poder a su voz y con ello, que el padre de su hijo se diese cuenta de este

cambio y eligiese cambiar su postura, modificando así, en un sentido favorable, algunas actitudes en la manera de relacionarse con ella. Parece que poco a poco, la idea de ser una pareja se está diluyendo en él y está construyéndose otra que le permite mirarse a lado de Victoria sólo como padres de un niño.

Aquí, como con Irma, y en el entendido de que es en la conversación y en la relación en donde construimos de forma dinámica nuestra vida social, es decir, nuestros conocimientos, valores, creencias, etcétera, lo que se privilegió en la Terapia de Atención Inmediata con Victoria, con previa consideración respecto a su contexto de seguridad, fue que mostrara y enfatizara a través de sus ejercicios de agencia, su postura de cuestionamiento, -que ya se había asomado en algunos de sus comentarios-, hacia ciertos(as) saberes y normas sociales preestablecidos(as) que suelen colocar a la mujer en una posición de desventaja sobre muchos temas, entre ellos, sobre los derechos que se tienen de priorizar el propio bienestar, tranquilidad y libertad en distintos escenarios (Anderson, 1999; Gergen, 1996, 2006; Goodrich, Rampage, Ellman y Halstead, 1989; Sen, 2000).

De acuerdo a Hirschkop (1993), uno de los precios de la Modernidad, -que valga decir, defiende la existencia de conocimientos universales e incuestionables y varios modelos de terapia están situados en esa línea de pensamiento-, ha sido la pérdida del diálogo, produciéndose con esto que muchos discursos autoritarios, opresivos y de desigualdad, -como aquellos, por ejemplo, de género, que señalan que la mujer debe velar siempre por el bienestar de la familia aunque el suyo se invisibilice o se violente-, se mantengan y reproduzcan al conversar y relacionarnos (Goodrich, Rampage, Ellman y Halstead, 1989; Walters, Carter, Papp y Silverstein, 1991).

Por lo tanto, si el dialogismo, como se ha señalado desde una perspectiva Posmoderna y Socioconstruccionista, refiere un tipo de intercambio lingüístico que incorpora el lenguaje en la vida social, entonces en la medida en que las conversaciones sean consideradas como bienes

políticos y sociales, la participación de la diferencia, significada a través de distintas(os) perspectivas y discursos que apuestan por una equidad e igualdad de género, tendrá que estar presente a la hora de relacionarnos, sea en un espacio de terapia o en cualquier otro (Gergen, 2006; Goodrich, Rampage, Ellman y Halstead, 1989).

Más allá de las discrepancias que se pudiesen tener con otros enfoques y servicios terapéuticos, el principal interés de la Terapia de Atención Inmediata y la Sesión Única, es que las personas puedan gozar de realidades que les ofrezcan, desde sus miradas, buenas condiciones de salud, de justicia, de libertad y de calidad de vida. En lugar de enfatizar los discursos y las prácticas que sólo disminuyen las posibilidades de las personas y las arrinconan en callejones sin salida, la apuesta de este par de servicios terapéuticos, es a la construcción y multiplicación de alternativas y perspectivas que sean capaces de ofrecerles, principalmente a aquellas voces que no han sido escuchadas o silenciadas, sea por un marco sociocultural o por otra circunstancia, como lo fueron por momentos las de Irma, Victoria y Fernanda, un panorama favorecedor y más amigable (Gergen, 2006; Goodrich, Rampage, Ellman y Halstead, 1989; Walters, Carter, Papp y Silverstein, 1991).

Antes de cerrar este apartado dedicado a la utilidad en lo relacional con el relato compartido por Jesús, quiero puntualizar que Marina fue la única que al preguntarle si ahora que ya pudo darle salida al sentimiento de dolor por la pérdida de su padre, le trajo algún beneficio en sus relaciones más cercanas y si esto fue notado por alguien, contestó que nadie le comentó algo al respecto, dado que con su hermano casi no se lleva, a su mamá no la ve muy seguido y cuando lo hace, ella no le expresa mucho lo que siente, con las dos amigas que tiene, a una nunca la ve porque no vive en la ciudad de México y con la otra, que la ve de vez en cuando, no ha podido hablar de cómo se siente porque terminan hablando de otras cosas. Agregó que si acaso con su novio, con el cual vive, pudo compartir algo de lo que conversó en la sesión, esto fue poco

porque en esos días él estaba trabajando mucho y no había tiempo para platicar. Así pues y de acuerdo a lo compartido por Marina, distingo que para ella no hubo un cambio en sus relaciones que pudiese ser significado desde un lugar de utilidad.

Finalmente, con Jesús, alguien miró algo distinto en él al salir de la Terapia de Atención Inmediata, construyéndose además un beneficio en lo relacional. En este caso, su esposa le hizo comentarios sobre los cambios que notó, que se han puesto de manifiesto también al momento de relacionarse con la familia, principalmente, en la disposición que Jesús ha mostrado para realizar algunas actividades para su mamá y en el ánimo para disfrutar el tiempo con ella, a pesar de la circunstancia de salud en la que se encuentra. Como él lo relata:

“Mi esposa, creo que ella sí se ha dado cuenta... le dije que me fue muy bien, este, que está muy padre y que eso, a lo mejor que iba a tomar terapia. Ya después ya cuando le dije que iba a tomar terapia, este, ¡ah! pues está excelente, dice, ¡qué bueno!... me dijo que mi semblante me cambió, que este y pues que me ve con más ánimo, me ve como antes, como antes de la pandemia... (haciendo referencia a su mamá) el martes fue su cumpleaños y le hicimos una pequeña reunión así aquí la pura familia y este, un pastel y pues mi mamá va más, va decayendo más pero el hecho de que pude haber juntado la poquita familia y que se sintiera ella querida, pues sí también me ayudó mucho a sentirme bien... me ayudó mucho a salir del atorón en el que estaba (haciendo referencia a la Terapia de Atención Inmediata). Estaba como atascado y fue como una palita para salir de ahí”.

Me parece que el que Jesús haya señalado que celebró el cumpleaños de su mamá en compañía de la familia y que le hizo sentir bien las demostraciones de cariño que ella recibió, de nuevo da cuenta, como ya lo he documentado a través de las historias de otras(os) participantes, de cómo nuestras vidas y relaciones se pueden beneficiar cuando nosotras(os) invitamos e incorporamos en nuestras historias y en nuestro conversar, otros significados que nos abren la puerta a un abanico de posibilidades que antes no habíamos contemplado (Anderson, 1999; Tarragona, 2006; White, 2016).

Diría que el comentario que expresó Jesús en sus relatos anteriores, de que su vida era su responsabilidad, fue una resignificación tan poderosa que dio pie no sólo para que ejercitase su

agencia en el sentido de retomar algunos de sus proyectos de tipo musical, que desde mi visión, era algo que él necesitaba, sino también, para que se percatara de que pese a la situación de enfermedad de su mamá, es posible construir también en la relación con ella, momentos agradables, de cercanía, de afecto y de satisfacción.

El sentido de bienestar que ha construido y referido Jesús, que en mi opinión, se ha nutrido recursivamente al relacionarse con su mamá y con otros miembros de su familia a partir de considerar e incluir en las prácticas de cuidado que realiza con ella algunas de celebración, es la invitación aceptada hecha acción que nos hace la Terapia de Atención Inmediata tanto a consultantes como a terapeutas, de mirar y dar valor a lo que nuestras relaciones, nuestro pasado y la vida en general nos pueden aportar en el presente.

De acuerdo a Alarcón (2011), se trata de conversar en la terapia desde un lugar de lo diverso, lo valioso y lo posible, así como de co-construir otros significados que colaboren para que las personas puedan comprender de manera distinta lo que les pasa en el día a día. Es mostrar, como creo que se hizo no sólo con Jesús, sino también con Marina, Fernanda, Victoria, Irma y Juan, algo que todas y todos podemos hacer, esto es, considerar y reflexionar nuestras experiencias y relaciones desde otros puntos de vista, liberándonos así de aquellas historias que hemos construido a lo largo del tiempo que poco nos han favorecido.

En resumen, a través de los relatos de las y los participantes que documenté y de las reflexiones que hice al respecto en cada una de las tres subcategorías que elegí para significar la utilidad de la Terapia de Atención Inmediata, mi pretensión fue, además de mostrar los beneficios que construyeron y señalaron Marina, Fernanda, Juan, Jesús, Irma y Victoria al asistir al servicio terapéutico, transmitir el espíritu de la Terapia de Atención Inmediata de creer en lo “imposible” y desafiar los supuestos teóricos y metodológicos que dicen cómo se tiene y debe hacer una

terapia, empezando por mostrar que en una sola sesión, es posible construir un cambio, un beneficio o algo que sea de utilidad.

Desde mi perspectiva, en cada uno de los relatos de Marina, Fernanda, Irma, Victoria, Juan y Jesús, se asomó ese espíritu de creer en lo imposible. Baste como ejemplos el que Fernanda haya dicho que después de una sola sesión dejó de pensar en quitarse la vida y que ya puede ponerle límites a su mamá, algo que antes le costaba trabajo, o Marina, que señaló que ya pudo darle salida al dolor de haber perdido a su padre, en tanto que antes se sentía bloqueada y no podía hacerlo, y qué decir de Juan, Jesús e Irma, que el primero mencionó llevar una mejor relación con sus hermanos, el segundo, que ya retomó su vida y sigue cuidando a su mamá, y la tercera, que además de que llegó a acuerdos con su novio para convivir de manera distinta, su madre ahora hace cosas que antes era “imposible” que hiciera, o finalmente Victoria, que se lleva mejor con el padre de su hijo a pesar de que este le había dicho que “nunca” lo iba a hacer.

En conclusión, si bien hay formas todavía dominantes de relacionarse, de vivir, de pensar y de concebir a las familias, a las parejas y a los procesos terapéuticos, la Terapia de Atención Inmediata y la Sesión Única, han elegido inclinarse y apostar por una postura que está dispuesta a entrar en diálogo y cuestionamiento tanto con los propios sistemas de creencias como con aquellos discursos y relatos que hacen parecer que sólo existe una verdad, una realidad o una forma de hacer terapia, y al mismo tiempo, por un movimiento hacia la diversidad y la multiplicidad de significados y entendimientos que posibiliten que las personas puedan construir para sus vidas otros escenarios. Trayendo una vez más a Derrida y Caputo (2009, citados en Alarcón, 2011), la terapia es construir un espacio para lo “imposible”, ya que es en esa apertura a las supuestas imposibilidades, en donde se puede reflexionar, considerar y resignificar que todas las personas y la misma terapia pueden organizarse, funcionar y vincularse de múltiples maneras.

Después de haber documentado la utilidad de la Terapia de Atención Inmediata, el siguiente tema que a continuación presento es la satisfacción que este servicio terapéutico pudo proporcionarles a las y los participantes.

La satisfacción con el servicio de la Terapia de Atención Inmediata

En este espacio, abordaré, desde las voces de quienes asistieron a la Terapia de Atención Inmediata, el concepto de satisfacción con el servicio recibido. Así como antes señalé que el concepto de utilidad resultaba importante y necesario de investigar para construir un conocimiento sobre los alcances terapéuticos que tuvo la Terapia de Atención Inmediata para Marina, Fernanda, Irma, Victoria, Jesús y Juan, que justo es el propósito general de mi investigación, la satisfacción con dicho servicio de terapia es igualmente otro elemento que elegí investigar para la construcción de ese conocimiento, dado que es un término que regularmente empleamos para dar cuenta de si la experiencia que vivimos al hacer uso de algo, sea un producto o un servicio, nos ha resultado importante, buena, favorable o positiva.

Así pues, para dar significado al concepto de satisfacción, contemplé y relacioné cualquier expresión que hiciera alusión a un sentido de conformidad y/o de agrado por el servicio utilizado, así como algunas respuestas que me dieron al preguntarles cómo les había parecido la Terapia de Atención Inmediata, si la asistencia les había sido satisfactoria y si la recomendarían. Como en las categorías precedentes, entretejé las historias de las voces participantes por las similitudes o puntos de conexión que distinguí en sus relatos. Presento primero a Jesús, quien al preguntarle si le resultó satisfactorio haber asistido a la Terapia de Atención Inmediata, esto fue lo que respondió:

“Muy satisfactorio diría yo, o sea, sí, sí, sí salí muy contento la verdad... a mí me dejó muy bien, muy satisfecho, muy enriquecedor, muy aliviado... porque tenía esa necesidad, tenía necesidad de expresarlo, de que alguien me escuchara... me dio gusto que, ya ves que hay como una especie de retroalimentación (haciendo referencia al equipo)... eso está muy padre también porque cuando ellos te empiezan a hablar y a decir, por ejemplo, que me decían: es que en la

parte donde tú decías y no sé qué, yo pienso que y no sé qué, yo dije: ¡bueno!, sí me entendieron, o sea, sí entendieron por dónde me está doliendo... eso está muy bien porque pues, lejos de alejar como al paciente, lo reconforta y eso me gustó también...” Y respecto a la recomendación del servicio, esto fue lo que contestó: *“Totalmente, totalmente sí... este servicio, a parte que es gratuito, está muy bien... yo creo que eso es una buena herramienta para, pues a mí me sirvió para poder salir”*

De acuerdo a lo compartido por Jesús, distingo que la satisfacción la significó a través de distintos aspectos, que por cierto coinciden un poco con los que algunas(os) participantes de la investigación de Miller (1996) mencionaron como fortalezas del servicio de terapia al que asistieron, siendo estas su atención inmediata, el poder hablar con alguien y la actitud afectuosa del o la terapeuta. Regresando a Jesús, me parece que una parte de su satisfacción se construyó al haber podido complacer en primera instancia, la necesidad que él tenía de expresar lo que sentía y de ser escuchado por un todo un equipo terapéutico (terapeuta y equipo reflexivo), que además, colaboró -mostrando una postura y un trato empático en esa retroalimentación que Jesús refirió, que no es otra cosa que ideas puestas en una conversación-, para que él pudiese sentirse entendido en su dolor y reconfortado. Y otra parte de dicha satisfacción, que se liga con la afirmación que hizo de recomendar el servicio, diría yo que se relaciona al considerarlo como una herramienta útil y gratuita.

Estos elementos que puntuó Jesús cobran relevancia si consideramos que entre los motivos de insatisfacción que han señalado algunas personas -documentadas en varias investigaciones- para dejar de asistir a un servicio psicológico o psiquiátrico o desistir en su solicitud son: la dificultad de acceso (debido a procesos administrativos y evaluatorios), por tratamientos largos y costosos, y por no sentirse escuchada(o), valorada(o) y atendida(o) en las expectativas y necesidades (Alvarez & Trujano, 2022; Cait et al., 2016; Stalker et al., 2016). Luego entonces, el que se hayan tomado en cuenta estos motivos para evitarlos y sobre todo el

que Jesús se haya sentido como lo manifestó: escuchado, aliviado y satisfecho, resulta alentador para continuar sobre esta línea de trabajo.

Desde una mirada Posmoderna y Socioconstruccionista, la finalidad de la terapia es construir mediante una relación y conversación colaborativa con las y los consultantes, un amplio puente de sentidos, comprensiones y caminos esperanzadores para sus vidas (Anderson, 1999; Tarragona, 2006). De acuerdo a Crow (2016) y Lambert (1986, citado en Miller, 1996), la relación entre las y los terapeutas y consultantes es uno de los factores de mayor importancia para que una sesión pueda ser considerada por estos(as) últimos(as) como una experiencia útil y satisfactoria.

Pero Jesús no fue el único que significó la satisfacción de la Terapia de Atención Inmediata a través de esos aspectos ya que algo similar fue relatado por Victoria, Marina y Fernanda. Para Victoria, por ejemplo, todo el servicio de terapia, incluyendo la participación del equipo reflexivo, fue de su agrado, y como Jesús, igualmente se sintió escuchada durante la sesión e hizo la recomendación de dicho servicio. Desde su voz:

“Sí lo recomendaría bastante... la verdad sí me gustó bastante todo, tanto el cómo lo trabajan y el que haya personas. Todo, todo me gustó. No pensé que pudiera ser algo así... se me hizo muy bien la parte en que había varias personas y al final dieran su retroalimentación... me agradó que cada quien diera su punto de vista. Creo que más que nada por las edades, por la situación diferente, porque creo que había alguien que tenía hijos, otras muy jóvenes, entonces que cada quien diera su punto de vista sí me agrada... eso me pareció muy bien... eso fue lo que me ayudó... me sentí muy escuchada... fue muy respetuoso y son muy amables...”

Estos últimos comentarios de Victoria de: *“me sentí muy escuchada... fue muy respetuoso y son muy amables...”* muestran de nuevo que el trato en la terapia es uno de los puntos que muchas personas toman como referencia para decir si les fue o no satisfactoria y para recomendar o no un servicio. Esto es una invitación a que cualquiera que sea nuestro enfoque terapéutico, la prioridad sea comprometernos a trabajar y relacionarnos de forma respetuosa, empática, transparente y colaborativa, y reflexionar una y otra vez, sobre cómo entendemos y establecemos

nuestras propias prácticas como terapeutas. Si como ya referí en otros espacios de esta tesis, pensamos que la exigencia en la investigación es tener información basada en la evidencia, entonces las voces de quienes asisten en este caso a una terapia y participan en una investigación sobre ella, deben estar presentes, ser escuchadas y tener la misma trascendencia que las de las y los terapeutas e investigadoras(es) (Anderson, 1999; Young & Cooper, 2008).

Ahora bien, respecto a la participación del equipo reflexivo, -que es otro punto en donde Jesús y Victoria coincidieron al significar la satisfacción-, así como al primero le resultó “*padre*” la retroalimentación de este, que a decir de él, colaboró para que se sintiese entendido y reconfortado, a Victoria, esta también le resultó agradable, aunque aquí el matiz de ese agrado o satisfacción estuvo colocado más en apreciar lo que la diversidad de edades y condiciones de vida de las y los terapeutas podían aportarle en los puntos de vista que le hicieron. Incluso me atrevería a decir que el hecho de que en el equipo de reflexión estuviese participando una terapeuta que tiene hijos fue algo que a Victoria le resultó significativo; me parece que fue una voz con la cual pudo reconocerse y sentirse acompañada en la experiencia de ser madre.

Sea para sentirse entendido y reconfortado, como lo fue para Jesús, o en el caso de Victoria, para construir ideas desde la diversidad de una multivocalidad, es importante volver a destacar que en las conversaciones que sostiene el equipo reflexivo durante una sesión, todas las preguntas, reflexiones y comentarios se basan en lo conversado por la o el consultante y el/la terapeuta y se hacen desde una postura propositiva, tentativa y de diferencia, es decir, se plantean sin ninguna imposición y no se hacen juicios sobre los sistemas de creencias de las personas, como tampoco se hacen afirmaciones de que algo tenga o deba ser de una sola forma. La invitación que nos hace el equipo reflexivo es pensar el trabajo terapéutico como una forma diferente de estar con las personas; nos invita a mirarlas como co-terapeutas dispuestas de saberes

y opiniones que están esperando su turno para hacerse escuchar, capaces de construir otros significados y otras perspectivas (Andersen, 1987; Sesma et al., 2016).

Siguiendo en esta misma línea de nociones, la principal encomienda de un equipo reflexivo es la producción de ideas, en el entendido que si bien algunas puedan ser tomadas en cuenta por las personas, otras pueden ser rechazadas, lo cual y a diferencia de otros enfoques de terapia que pudiesen considerar este rechazo como un acto de negación o resistencia, aquí se significa como un ejercicio de agencia. Lo que se pretende al utilizar un equipo de reflexión con una postura así, es que a través de la participación dialógica de este, con las posibilidades y distintas visiones que pueda ofrecer, las personas que asisten a terapia construyan y/o se lleven algo que les ayude (Andersen, 1987; Sesma et al., 2016).

Reitero que para la Terapia de Atención Inmediata, en contraste con la forma jerárquica de concebir la relación terapéutica que muestran los modelos situados en la Modernidad, tanto el/la/las(os) consultante(s) como el/la/las(os) terapeuta(s) y el equipo reflexivo (cuando se trabaja en coterapia y con este último), son definidos como una sociedad colaborativa y conversacional en el que todas y todos son responsables de construir nuevas historias y significados. Desde esta perspectiva, la multiplicidad de voces, incluso aquellas que no están físicamente presentes en la sesión pero sí lo están en la conversación, así como los conocimientos locales que puedan tener cada uno(a) de los(as) asistentes, tienen un profundo valor (Anderson, 1999; Tarragona, 2006).

Esta polifonía o multivocalidad, al mismo tiempo que es un excelente recurso en la terapia porque amplía la comprensión sobre un tema, al ofrecer la posibilidad de que se aprecien diversas realidades y una variedad de recursos para proceder, es una oportunidad de cuestionar y deconstruir aquellos discursos o narrativas que han sido normalizadas por un contexto social y/o por un modelo de terapia que llegan a marginar las voces de muchas personas (Anderson, 1999; Tarragona, 2006). A través de estas prácticas terapéuticas no normativas -que muestran la postura

política que tienen tanto la Terapia de Atención Inmediata y la Sesión Única respecto a las relaciones de poder dentro del escenario terapéutico-, se puede reducir la autoridad del/la terapeuta, equilibrando y moviendo con ello la relación hacia un lugar de colaboración (Gergen, 1996; White, 2002a).

Retomando a De Shazer (1997), en muchas ocasiones, como sucedió con Jesús y Victoria y como igualmente lo fue con Fernanda y Marina, que a continuación presento, la sola posibilidad de sentirse escuchada(o) y al mismo tiempo escuchar que existen otros modos de mirar y entender la vida y las situaciones que nos pasan, puede ser suficiente para renovar los significados, las perspectivas y las historias que tenemos de ellas y sentirnos satisfechas(os) por haber asistido a un servicio terapéutico. Bateson ya señalaba (citado en Andersen, 1987, 1992), la importancia de cómo una versión diferente podría resonar en la actitud de las personas y de cómo nuevas ideas podrían colaborar para cambiar lo que se pensaba que era un problema.

Dándole continuidad al tema de la satisfacción con la Terapia de Atención Inmediata y su relación con el equipo de reflexión, para Fernanda y Marina, la participación de este durante la sesión fue un aspecto que también estuvo presente en sus significados de satisfacción. Distingo que para ambas, los comentarios y/o experiencias que las y los terapeutas del equipo aportaron en la conversación les resultó valioso. En el caso de Fernanda, como ella lo relata, pudo mirar cosas distintas, cosas que antes no había contemplado:

“Es una maravilla... muy satisfecha y de verdad sí me ayudó mucho en todos los sentidos... porque me llevaron a ese punto. La verdad es que me sentí muy cómoda... rebasó mis expectativas porque no me imaginé salir a flote tan rápido... me dio mucha confianza, me gustó su vibra y la manera de cómo me fue llevando al grado de poderme abrir...” (En referencia al equipo de reflexión): *“Escuchar a cada una de las personas que están ahí, dices: ¡ah!... esta vio esto, esta vio el otro, esta vio el otro, tengo que ponerle atención a esos puntos... ves varios puntos que te prenden; si tu psicóloga en ese momento se enfocó en una cosa, los otros cuatro vieron otra cosa... cuando las escucho a todas hablar, es así de: ¡ah!, es que no había yo visto eso, ¡ah!, es que no había yo checado el otro. Entonces, si no te prende el foco una, te la prende el otro... dices: ¡Ok! Esto lo agarro... en esa terapia única, que debió de haberme dado pena porque había más gente, no, o sea, fue así de: ¡ah! y aquí estoy”*

Además de esta distinción de Fernanda, de significar que una parte de su satisfacción con el servicio de terapia provino de que a partir de lo que dijeron algunas integrantes del equipo reflexivo a ella se le prendieron algunos focos, -que valga insistir, se suma a las opiniones de bienestar de otras voces participantes respecto a la presencia de dicho equipo y realza el compromiso que tiene con una postura colaborativa y de posibilidades-, me parece importante destacar del mismo modo el comentario de agrado que hizo con relación al trabajo realizado en términos generales de la terapia y cómo este favoreció en que se sintiese cómoda y en confianza para poder abrirse.

Sobre este último sentir, -hablo de la confianza-, he señalado en algún espacio de esta tesis que, de acuerdo a Henry y Strupp (1994, citados en Tena-Suck, 2017), en diversas investigaciones se ha documentado que la promoción de esta en la terapia, es uno de los elementos que mayormente abona a que se produzca un resultado favorable. En ese sentido, dar cuenta de que se construyó un espacio de confianza entre Fernanda y el servicio terapéutico y que esto fue de ayuda para ella, lo considero significativo, y reflexiono entonces si habría algo más terapéutico y agregaría yo satisfactorio que asistir a un servicio en el que se escuchan, se valoran y se dignifican los sentires y saberes de las personas y desde ese lugar, se promueve que en las conversaciones, las y los consultantes puedan sentirse en libertad y en confianza para expresarse. ¿Usted qué piensa lectora/lector?

En mi opinión, cualquier servicio terapéutico que se ocupe y priorice que las personas se sientan cómodas y acompañadas pero también que se sepan competentes y confiadas de todo lo que pueden hacer, llevará, además de acortar el tiempo de una terapia a tal punto de una sola sesión, a que las personas construyan otros caminos en sus vidas y que miren que en los que ya recorrieron, es decir, en sus propias historias, en los recursos que tienen en su entorno y en sus relaciones, se encuentran las técnicas de terapia más efectivas.

Por el contexto de llegada de Fernanda a la Terapia de Atención Inmediata, con ideas de no querer vivir más, me resulta relevante cuando dice: “¡ah!, es que no había yo visto eso, ¡ah!, es que no había yo checado el otro...”, “Esto lo agarro...” y “rebasó mis expectativas porque no me imaginé salir a flote tan rápido...” y lo interpreto en dos sentidos. El primero como un cambio de postura desde un lugar de agencia en el que miró y valoró lo que ha hecho en su vida, con sus ires y venires y con la confianza de lo que en adelante puede hacer de ella, y el segundo, como la satisfacción que le produjo asistir a un servicio de terapia en el que sus expectativas no solamente fueron cumplidas sino rebasadas. Posiblemente por las ideas tradicionales que se tienen de la terapia, Fernanda pensó que para “salir a flote” se necesitaba mucho tiempo aunque como lo refiere en el siguiente relato, no sea algo en lo que esté de acuerdo, de ahí su satisfacción y la recomendación que hizo del servicio. Desde su voz:

“Lo platicué con mi cuñada. Le dije: me dio la confianza de aquí estamos, o sea, no, no, no te dejamos y me dijo: ¿y por qué no pides la sesión única? Como que de qué les voy a hablar, si ahorita no me siento complicada.... yo soy de la idea de que nosotros no nos debemos hacer dependientes de ustedes ni ustedes de nosotros...me dice mi cuñada: ¿y la recomendarías? Pero por supuesto que la recomendaría... la situación económica está por todo mundo, o sea, hay alguien que volteas acá lado y dices: no, pues vente porque yo también estuve ahí y lo digo desde mi compañera de trabajo que acabo de hablar con ella y le dije: ¿no le gustaría una sesión única?, y le empecé a platicar... o sea, yo se lo dije hasta la psiquiatra, de verdad que sí deberían de poner esto más en práctica porque ayuda mucho... ahora hay que cambiar creo que el plan también de terapia, porque ya estamos muy saturados... ojalá esta idea siga creciendo porque allá afuera, aquí afuera tenemos mucha gente que de verdad lo necesita”

Estas ideas compartidas por Fernanda, -principalmente las que hacen referencia a que las personas no dependan de una terapia, al cambio en la forma en que esta aún se concibe y al contexto económico en el que vivimos-, coinciden completamente con algunas de las premisas de la Terapia de Atención Inmediata, que considera que el cambio puede ser construido en cualquier momento, incluso para cuestiones que la mayoría de las personas, incluidas(os) terapeutas, pensaría que se requiere de varias sesiones, y que para muchas personas, como lo fue para Jesús, Victoria y Fernanda, tener una sola sesión en el momento en que lo solicitan, puede ser suficiente

para resignificar o resolver una situación siendo sensible además a los diversos contextos (económico, político, cultural, etcétera) que conforman una sociedad, que en muchas ocasiones los servicios terapéuticos no toman en cuenta (Slive & Bobele, 2011, 2012).

Tomando como referencia lo dicho por Bados et al. (2002) y por Cameron (2007), las personas esperan solucionar sus problemas o las situaciones que les aquejan con una terapia que no se prolongue, y por ello, cada vez más se implementan servicios como la Terapia de Atención Inmediata y la Sesión Única en algunas instituciones y centros de salud de otros países y poco a poco en el nuestro, que además de ofrecer la atención con una postura de fácil acceso, de bajo costo y de consideración a las necesidades de las personas, buscan desafiar aquellos entendidos tradicionales que creen que las terapias tienen que ser complicadas y de largo plazo para generar un cambio.

Ahora bien, lo anterior no significa ni implica que las personas no puedan solicitar más sesiones, ya que pueden hacerlo cuando así lo deseen, sino mostrar, -como ya lo hizo Fernanda con la respuesta que le dio a su cuñada que para qué pedía una sesión si no se sentía complicada-, que la decisión sobre el número de sesiones tendría que ser tomada por las personas y no por un servicio de terapia. Como lo señala Cameron (2007), al trabajar con una postura de puerta abierta, como se hace en la Terapia de Atención Inmediata y en la Sesión Única, en el que las personas saben que pueden regresar cuando lo necesiten, es posible ofrecer un servicio terapéutico de forma efectiva a un mayor número de personas dado que no hay cancelaciones ni tiempos de espera. Se asume que las personas son capaces de resolver por sí mismas -la mayoría de las veces- los inconvenientes que viven, por lo que cuando llegan a solicitar una sesión, se co-construye con ellas la confianza en su propia agencia para que desde sus capacidades, recursos y habilidades puedan seguir haciéndolo sin tener que estar asistiendo de manera constante a una terapia.

Por su parte, Marina, además de coincidir con Jesús y Victoria en haber encontrado una escucha empática y comprensiva en el servicio terapéutico, resaltó lo sencillo que fue el acceso a este y el hecho de que algunas(os) integrantes de dicho equipo le compartiesen sus propias experiencias de vida como motivos de su satisfacción:

“Creo que fue bueno... está más sencillo meterse al zoom ¿no?, que no pierdes tanto tiempo... me sentí escuchada... con la terapeuta, este, yo siento que estuvo bastante, como que si me escuchaba y todo, o sea, ajá, ¿no?, yo creo que estuvo bastante bien, bastante comprensiva ¿no?, o sea, como empática, como que siento que escuchaba con mucha atención... lo que me gustó es que sí sentí que empatizaron conmigo como varias personas ¿no?, entonces pues es muy extraño pero como que en sus conclusiones se abrieron también conmigo ¿no?, como para contarme como muchas veces sus experiencias... me sorprendió un poco porque no pensé que lo hicieran (risas). Sí, o sea, como que no me imaginé que harían algo así pero lo valoré, sí lo aprecié bastante...”

Antes de introducir un par de ideas sobre lo compartido por Marina en relación al equipo reflexivo, quiero hacer un señalamiento respecto a su comentario de que le fue más sencillo meterse al zoom para asistir a la sesión ya que no se pierde tanto tiempo, dado que justo este hace referencia a uno de los aspectos más relevantes para la Terapia de Atención Inmediata.

Como ya he mencionado a lo largo de esta tesis, uno de los temas que motivó la construcción de la Terapia de Atención Inmediata y de la Sesión Única, fue que las personas pudiesen tener un fácil acceso y una pronta atención a un servicio de terapia. En el apartado dedicado a la asistencia y la deserción terapéutica del capítulo uno, establecí que las dificultades de acceso o barreras institucionales -como también suelen llamárseles- que hay en varios centros y servicios de salud tanto en nuestro país como en otros, entendidas estas como largas listas de espera y procedimientos administrativos y evaluativos, son algunos de los motivos documentados que causan insatisfacción y disuaden a muchas personas para no asistir a una terapia o dejar de hacerlo (Cait et al., 2016; Kliff, 2012, citado en Bloom & Tam, 2015; Slive & Bobele, 2011, 2012; Stalker et al., 2016).

En ese sentido y tomando en cuenta que la manera en que se pueda acceder a un servicio, -como lo señaló Marina en su comentario-, es un tema que la mayoría de las personas consideran importante para decidir asistir a este, regresar de nuevo y/o recomendarlo (Cait et al., 2016; Stalker et al., 2016), el servicio terapéutico que se brinda a través del seminario de Sesión Única, perteneciente a la Maestría de Terapia Familiar de la Facultad de Psicología de la UNAM, supervisado por la Mtra. Nora Rentería Cobos, se ha preocupado y ocupado en que las personas puedan recibir la atención lo más pronto posible sin tener que pasar por dichos procedimientos que sólo la demoran.

El propósito que se tiene en el servicio de terapia de dicho seminario, -en el cual se sigue trabajando-, es consolidarlo siguiendo los principios de algunos centros de salud en donde se ha implementado tanto la Terapia de Atención Inmediata como la Sesión Única, principalmente en Canadá y Estados Unidos, que son: brindar un servicio de terapia que sea factible y accesible en lo económico, que pueda estar disponible de inmediato o lo más pronto posible, que pueda ser mirado por la comunidad como un recurso del cual puedan disponer y que sirva al mismo tiempo en la formación como terapeutas de las y los estudiantes de la maestría (Harper-Jaques et al., 2008; Miller & Slive, 2004; Slive & Bobele, 2011, 2012). En resumen que posibilite atender a muchas personas y que pueda ser un ganar-ganar para todas y todos los que hagan uso de él.

Dicho lo anterior, prosigo ahora con un aspecto que a Marina, aunque le pareció extraño porque no era algo que esperaba, le gustó y lo valoró bastante. Me refiero a que algunas(os) de las y los terapeutas que fueron parte del equipo de reflexión le compartiesen sus propias experiencias. Aunado a todo lo que he señalado con anterioridad sobre la postura dialógica, colaborativa, multivocal, propositiva, tentativa y de diferencia con la cual se trabaja en la Terapia de Atención Inmediata, también se tiene contemplado que tanto él o la terapeuta que está frente a las y los consultantes como el equipo reflexivo, se sientan en libertad de transparentar o hacer

público no sólo las ideas, creencias y teorías preferidas que tienen sobre algún tema, sino también sus miedos y valores, así como las experiencias y/o aquellas situaciones significadas como difíciles o complicadas que hayan vivido, ya que al comunicarlas, se abre el diálogo para que las y los consultantes puedan participar y construir con o a través de ellas, algo que pueda resultarles de utilidad (Anderson, 1999; Pérez, 2003).

Así, al compartir una parte de nuestra vida con las personas, significamos una conversación o un diálogo como “estar con” en lugar de “hacer a” (como usualmente algunos modelos y servicios de terapia lo llevan a cabo), y practicamos con ello, una responsabilidad relacional. Esto es, considerando desde una perspectiva Posmoderna y Socioconstruccionista que no hay manera de ser neutral, ponemos al servicio de las y los consultantes nuestros sentires, saberes y experiencias, y construimos de forma conjunta con las de ellos y ellas, los entendimientos sobre cualquier situación. De esta manera podemos dar cuenta de cómo estamos relacionados de diversas maneras con otras personas, que no somos inmunes a vivir y sentir tantas cosas, -como las y los consultantes-, y que tampoco somos ajenas(os) a un contexto sociocultural (McNamee, 2001; Olson et al., 2014).

Esta invitación a transparentarnos ante las y los consultantes, además de ser un elemento que permite que las personas conozcan cuáles son nuestras posturas sobre diversos temas, lo cual contrarresta la agenda terapéutica, es decir, las ideas, hipótesis, creencias y teorías que ocultan algunas(os) terapeutas, que terminan luego por dirigir la sesión sin que las personas sepan de ellas ni mucho menos las intenciones de las mismas, -como el comentario que le hizo la tanatóloga a Fernanda de que lo que le pasó en su riñón y matriz estaba relacionado con un deseo a no tener hijos-, también posibilita reducir significativamente el espacio entre los que “sí saben” y los que “no”, así como los(as) que están supuestamente enfermos(as), anormales, trastornados(as) o disfuncionales y los(as) que están “bien”, “sanos(as)”, “normales” o

“funcionales”. Con ello, la terapia se convierte en un lugar de apertura y flexibilidad para la participación de todas las voces (Anderson, 1999; Pérez, 2003; Tarragona, 2006).

Justo los temas, me refiero al que como terapeutas nos transparentemos o hagamos público nuestras ideas, sentires, valores, experiencias, etcétera, en lugar de mostrar la supuesta postura de neutralidad que tanto se defiende desde otras perspectivas terapéuticas y el construir posibilidades y/o soluciones en tan poco tiempo sin tener que estar asistiendo constantemente a una terapia, fueron elementos igualmente de satisfacción de Irma -la siguiente voz que presento- y de conexión con Marina y Fernanda. En la primera parte de su relato, comparto lo que me respondió al preguntarle cómo le había parecido el servicio terapéutico y si este le resultó satisfactorio, en tanto que en el segundo y tercero, muestro lo que yo diría que es una resignificación y un cuestionamiento por parte de ella sobre la “neutralidad” que han tenido otras(os) psicólogos(as)/psiquiatras a los(as) que ha acudido, y en el último, una invitación a que escuchemos lo que ella y tal vez otras personas quieren y necesitan de un servicio psicológico y/o médico:

“Sí tuve satisfacción de la terapia única... me latió, dije: ¡ah! como que está padre... no entramos más a detalle de mi vida... es como un aliviane porque no me voy a enganchar en ese tema para mi siguiente sesión y voy a estar 30 sesiones hablando de lo perra mismo... lo veo mucho más resolutivo, mucho más inmediato, o sea, porque no te enfrascas, o sea, y te resuelve... llegar a ese grado de resolverte algo es como de: ¡guau!, o sea, se agradece cañón... es como si yo me hubiera metido a un lugar y a un espacio y ustedes hubieran estado ahí para darme, ¡ah mira!, aquí tienes, este, un cuchillo, ¡ah mira!, aquí tienes una metralleta... como si me hubieran dado herramientas, o sea, armas para ir a una batalla... aquí están, tú sal y entonces te empujan a hacerlo... empiezas a trabajarlo tú, entonces esa apropiación está bien padre... se construyó algo en mi mente, o sea, de verdad, porque una, yo también me escuché y otra, esa escucha que hicieron de mí a través del zoom 10 personas o no sé cuántas fueron fue, o sea, y que aparte ellos replicaran... entras como más en confianza, así, bueno a mí me pasó eso ¿no?, o sea, yo sí entré en confianza... ayer que estaba mi amiga, dije: tienes que tener esta terapia...”

Al respecto de lo relatado por Irma, específicamente de no tener que asistir a una terapia de 30 sesiones para hablar y engancharse en un tema, que en mi opinión se parece a lo comentado

por Fernanda de no hacerse dependiente de la misma, vuelvo a traer a cuenta que en muchas ocasiones no se le otorga la suficiente importancia a preguntar, escuchar y saber lo que las personas desean y esperan cuando llegan a una sesión, ya que se suele dar por supuesto y por entendido que van a poder y querer acudir a una terapia durante meses o años y que son los y las terapeutas quienes tendrían que decidir el tiempo y las condiciones de su asistencia. Como ya antes lo indiqué, esto se debe a que en gran medida, en otros modelos de terapia resulta impensable creer que en pocas sesiones y mucho menos en una sola, las personas puedan llegar a cambiar, mirar diferente o solucionar una situación. Sin embargo, y teniendo como testigos los relatos de Irma y Fernanda, las ideas relacionadas con la noción de que una terapia “deba” ser larga para lograr un “buen” resultado, puede no coincidir con lo que muchas personas quieren, esto es, que la terapia sea lo más breve posible (Alvarez & Trujano, 2022; Harper-Jaques et al., 2008; Miller & Slive, 2004; Slive & Bobele, 2011).

En contraste, desde la perspectiva de la Terapia de Atención Inmediata, se considera que el poder está en las y los consultantes; son ellas y ellos las(os) que saben y deciden cuándo necesitan ayuda, cuándo solicitarla y dejar de hacerlo y lo que es mejor para sus vidas, de ahí que no esté presente como sí lo está en muchos servicios psicológicos y que resulta ser un problema dentro de la práctica clínica, -como ya lo documenté-, el fenómeno de la deserción en la terapia (Alvarez & Trujano, 2022; Harper-Jaques et al., 2008; Miller & Slive, 2004; Slive & Bobele, 2011), que a decir de Porcel (2005), en parte es generada por concebir la psicoterapia como un proceso protocolarizado que debe seguir una línea de síntomas-diagnóstico-tratamiento-curación, lo cual, además de que hace fácil su abandono por el tiempo y otras circunstancias que esto puede conllevar, reduce la posibilidad de que tanto terapeutas como consultantes muestren, compartan y ejerzan posturas de responsabilidad para construir de manera conjunta rutas diversas de solución.

En la Terapia de Atención Inmediata como en la Sesión Única, una vez más señalo, se mira cada sesión como una terapia completa y desde ese entendido, teniendo entonces presente las necesidades, expectativas y saberes de las personas, se conversa, se colabora y también se comparten con ellas nuestras ideas, teorías, opiniones, valores y en ocasiones algunas experiencias de vida, para que salgan no sólo con la sensación de haber sido escuchadas, acompañadas y comprendidas, sino también con una mayor conciencia y confianza de su agencia, es decir, de las acciones que pueden realizar para lograr un cambio desde sus recursos, conocimientos, habilidades y fortalezas (Alvarez & Trujano, 2022; Miller, 2008; Slive & Bobele, 2011, 2012). Precisamente la parte de compartir algo de nosotros(as) como terapeutas, es decir, nuestras opiniones, experiencias, etcétera, evitando la “neutralidad” que otros enfoques y servicios terapéuticos utilizan, fue algo que a Irma, por su siguiente relato, interpreto que le satisfizo:

“Me encantaría tener sesión única con otro guía y otro tema... el hecho de que generes este vínculo con alguien para que tengas la confianza entera de decirle las cosas está padre... yo dije va a haber más neutralidad y creo que no hubo, o sea, sí fue como ¡pum!... pero, o sea, analizando yo misma el proceso de cómo fue, no sé, pero voy a decir una pendejada pero creo que entre menos neutro mejor... ¡eso me ayudó! Ahora yo me quejo al revés, me quejo de los que pudieron haber sido neutros y se guardaron cosas... o sea, entre más sinceros mejor, entre menos neutros mejor... entras más en confianza y ¡pum!, se vuelve así una masa de ideas que se unen y está increíble aprender de ahí, o sea, porque, sí claro, o sea, qué terrible ir con un terapeuta que no, no es que no piense igual que tú, porque nadie va a pensar igual que tú, sino que tenga enfoques diferentes a los tuyos y que te quiera imponer... te quiera imponer lo que esa persona piense...”

Distingo que así como Marina significó como valioso e inesperado el que las y los terapeutas que participaron en su sesión se abriesen y compartiesen algunas de sus experiencias, a Irma, que tampoco lo esperaba, la falta de neutralidad de parte de las y los integrantes del equipo terapéutico, expresada esta en mostrarse sinceros(as) en las ideas que tenían sobre los temas que se conversaron, fue algo que le ayudó para sentirse en confianza de decir las cosas que quería y que incluso la movió hacia un cuestionamiento sobre las veces que, amparados en esa supuesta

neutralidad, algunos(as) profesionales de la salud a los(as) que ha acudido, se guardaron cosas o como lo refiere en sus siguientes textos, sin ser escuchada ni validada en sus saberes, le impusieron lo que pensaban:

“A mí me ha pasado mucho con, este, con psiquiatras y psicólogos del Fray, porque yo llego con mi gotero de RCO y les digo: es que yo estoy atendiéndome con cannabis... porque ya me quitaron como 4 medicamentos, entonces, o sea, nada más estoy con uno ahorita que, a veces me lo tomo, que es carbonato de litio y cuando me lo tomo, me seca la boca, me siento mal, este, siento que no estoy pensando bien, entonces, quiero que ustedes me ayuden a esto. No, y es que no está comprobado científicamente, no te lo tomes, no lo hagas... entonces, me siento frustrada ya cuando yo les quiero decir es que a mí sí me está ayudando. Porque yo conozco médicos, porque digo, más allá de que el seguimiento psiquiátrico me lo está dando el Fray Bernardino, y por mi parte, yo estoy viendo médicos también ¿no?, o sea, y esos médicos me han dicho que sí ¿no?, o sea, y me lo han demostrado, entonces, por qué ustedes dicen que no...”

Y agrega:

“A mí me hubiera encantado y a la fecha, poder juntar a todos los psiquiatras y psicólogos que me han visto... literal, me den una sesión, una sesión y que el tema sea el trastorno bipolar de, o sea, me encantaría... sería disruptivísimo, ¡cañón!. ¡Sí, súper sí, súper jalo!, ¿por qué?, porque me gustaría tener una conclusión de todos, porque con todos me quedo a la mitad o me quedo al 10% o al 20%... en 5 años me han atendido alrededor de 9 psiquiatras y 6 psicólogos... por eso yo ya estoy recomendando terapias únicas, terapias únicas, o sea, de verdad...”

Dándole sentido a esto compartido por Irma y a otras voces que también han vivido alguna situación similar, me pregunto: ¿Qué transcendencia hubiese tenido para ella, si esos psicólogos y psiquiatras hubiesen tenido una postura de escucha, de reconocimiento y de respeto hacia sus conocimientos, historias, sentires y discursos, considerándolos con la misma importancia que las de ellos? ¿Una disposición al diálogo hubiese abonado a la salud de Irma, a su bienestar y confianza? Yo digo que sí y también digo que un espacio de terapia tendría que funcionar para colaborar en que las personas puedan mirarse a ellas mismas como su principal recurso de salud. Cuando evitamos colocar una bata blanca, un título profesional, una teoría o un solo conocimiento por encima de las voces de las y los consultantes, se puede seguir colaborando y co-construyendo con ellos(as) posibilidades que puedan hacerles sentido y satisfacerles.

Ahora bien, estas reflexiones, preguntas y cuestionamientos que acabo de hacer no significan estar en contra de las prácticas diagnósticas ni de los tratamientos farmacológicos, ya que en muchas ocasiones, ambas posibilitan que las personas puedan sentirse mejor al saber y nombrar lo que les pasa o aqueja, además de que hay enfermedades que pueden tener una base neuroquímica, como es el caso de Irma, que lleva un tratamiento psiquiátrico para un diagnóstico de trastorno bipolar y que ha estado algunas veces internada en el Fray Bernardino por haber presentado un brote psicótico, sino más bien, la cuestión que aquí yo resalto a través de sus relatos, es mostrar cómo ciertas posturas pueden llegar a oscurecer y limitar las voces de tantas personas en la escucha y en el texto que se hace de ellas (Campero et al., 2014).

Como lo refiere Gergen (2006), los y las terapeutas, -y lo extendería a otros(as) profesionales de la salud-, a través de nuestro quehacer terapéutico, colaboramos en construir política, ideológica y moralmente la sociedad en la que vivimos, lo cual implica que las teorías con las que nos identificamos resultan significativas no porque sean verdaderas, sino porque pueden abrir la puerta para que las personas reflexionen, cuestionen, resignifiquen y/o transformen sus ideas y prácticas, o bien, sigan manteniendo un statu quo autoritario, opresivo, inequitativo, etcétera, que margina otras teorías, conocimientos y discursos, de ahí que desde la mirada en la que estamos posicionadas(os) epistemológicamente, que es la Posmodernidad y el Socioconstruccionismo, resulte cuestionable que quienes nos dedicamos a la terapia no compartamos las opiniones y experiencias que tenemos, ni expliquemos las teorías, hipótesis y técnicas que empleamos al ejercerla o queramos imponerlas.

Además, -y aunado a lo que ya he mencionado en otros espacios de esta tesis, entre ellos, en el de Marina-, a través de la transparencia o el hacer público, podemos evitar los deber ser en la terapia y resolver los dilemas que pudiesen haber en ella, mostrando en la conversación la postura ética y política que tenemos los y las terapeutas ante ciertos temas, así como facilitar

ejercicios de responsabilidad y de elección en las personas, ya que como lo explican Gergen (2006) y Kaufhold (2001), las ideas son poderosas y no existe alguna terapia que no dependa de determinados valores, por lo que aquellas que son retenidas intencionalmente por considerar que las y los consultantes no necesitan conocerlas, aunque de alguna forma se asoman en la conversación, como me parece que sucedió con Irma y Fernanda, en mi opinión personal resultaría una falta de ética.

Valga ser reiterativa, lo que interesa en un espacio dialógico-conversatorio como el que se ofrece en la Terapia de Atención Inmediata, es que las personas, incluidas las y los terapeutas, puedan compartir sus ires y venires, sus opiniones, incluso en temas que pudiesen generar contradicciones o diferencias, ya que cuando escuchamos y respondemos en la terapia desde una perspectiva polifónica, damos paso a la existencia de muchas voces y de puntos de vista múltiples, válidos y diversos. Ya no es de nuestro interés, como lo puede ser para otros modelos de terapia, llegar a conclusiones ni a un solo resultado, dado que esto sólo cierra la conversación y con ello la oportunidad de generar otros significados, sino que ahora la prioridad está puesta en seguir dialogando para construir otras maneras de pensar, de actuar y de relacionarnos que estén abiertas a la constante transformación y que sean satisfactorias para las personas (Olson et al., 2014).

Ahora doy paso a la última voz, la de Juan, que al preguntarle cómo le había parecido la Terapia de Atención Inmediata, contestó:

“Fue muy, muy, le digo a mi novia, fue muy linda, me dice: ¿por qué?, porque hablas y te escuchan, bueno unas personas me dieron su punto de vista, lo que vieron... me hizo sentir escuchado, sobre todo escuchado... es muy diferente, porque vuelvo a lo mismo ¿no?, cuando estaba en el anexo, que nada más estuve un rato ¿no?, pero ahí todos te atacan, o sea, como que ven al más débil y todos empiezan a chingarlo y ahí lo único que aprendes, en vez de cambiar, lo único que aprendes es a defenderte... en lo del couching como que es, es que el couching como que es muy suavcito, así como que: ¡ay no sí, tú estás bien!... entrecomillas porque después dicen que todo lo que tienes es atribuido a los traumas que tienes de niño... y en este caso es

como que muy asertivas las respuestas, eso es lo importante y entre más sean, como que todos es una retroalimentación bastante amplia... no fue algo que tal vez me doliera”

Como ha sucedido con la mayoría de las y los participantes, Juan también mencionó el haberse sentido escuchado y la participación del equipo reflexivo como motivos de su satisfacción con el servicio terapéutico y en contraste con otras experiencias que ha tenido, esta la distinguió como linda. Si tomamos en consideración que el conocimiento previo que Juan traía respecto a la terapia venía significado con ideas de que tendría que ser dolorosa, y baste como referencia los comentarios que hizo sobre lo vivido en el anexo y el couching, me parece entonces que tanto el trato como la manera en que se conversó, es decir, las palabras que fueron elegidas y utilizadas en la sesión, colaboraron para que él hiciese esas distinciones sobre la Terapia de Atención Inmediata.

Opuesto a la noción modernista que al parecer tienen y comparten en el anexo y en el couching sobre el uso del lenguaje, -coincidente en mi opinión con el de la tanatóloga a la que asistió Fernanda-, en los que se suele creer que las palabras y las teorías sólo describen o representan una supuesta realidad existente y acabada, otorgándole poca importancia a las consecuencias que puede tener todo lo que se dice de la vida de las personas, desde una mirada Posmoderna y Socioconstruccionista, como ya lo he distinguido, se concibe que el lenguaje no es neutral ni inocente, dado que cada afirmación que hacemos y escuchamos de otras personas, instituciones o disciplinas, muestra un marco particular de mirar la vida, es decir, un lugar y una postura teórica desde la cual entendemos y explicamos las cosas, e incluso se considera que los mensajes que comunicamos, pueden llegar a predisponer a las personas que los escuchan a pensar de un modo determinado (Anderson, 1999; Moya, 2008), como en algún momento sucedió con Fernanda, que le dijeron que su deseo a no tener hijos tenía una cierta relación con el cáncer que

padeció, llegando a sentirse culpable por ello, y un poco con el mismo Juan, de que todo lo que le sucedía era por traumas en su niñez.

Para la Posmodernidad y el Socioconstruccionismo, el pensamiento se construye a partir del lenguaje, es decir, este último, es el medio con el cual además de comunicarnos, construimos y reconstruimos nuestras realidades, de ahí que en la Terapia de Atención Inmediata se rechace la práctica de estar empleando el espacio terapéutico para estar etiquetando y patologizando las vidas de las y los consultantes y también de objetivar y utilizar el lenguaje para transmitir la idea de que existen verdades absolutas, las cuales suelen ser convenientes para algunas personas. En lugar de ello, la invitación que se nos hace a las y los terapeutas es a mirar la terapia como una conversación atenta, respetuosa y empática, cuya misión sea la de construir en colaboración con las y los consultantes, alternativas de relación y acción que les hagan sentido y les sean útiles para emanciparse de sus problemas o situaciones que les preocupan (Anderson, 1999; Morales, 2009; Moya, 2008). Así como lo fue para Juan, quien nos compartió lo siguiente:

“Me ayudó a ver que la terapia no es nada más que uno hablar sino también poner atención en cómo te contestan... la atención, la disposición, la amabilidad y esa, no sé cómo llamarlo, buena vibra... había esa atención, sobre todo la atención que me tienen, fue como decir: ¡ok!, realmente hay acompañamiento... dije: ¡no manches!, realmente están ahí porque realmente les importa... sé que ellos no lo tomaron como a la ligera... el hecho de que fue más tiempo me hizo sentir como apapachado, consentido, de decir: sí nos interesa cómo te sientes, tu sentir nos importa... creo que para los que lleguemos a estar indecisos o lleguemos a dudar de la terapia es como algo muy bueno porque te ayuda bastante... es una terapia que creo que debes estar activo tanto para dar como para recibir... de buscar también un poquito más de soluciones y de salidas... o sea, no nos vemos tan seguido pero cuando quieras algo, ahí estamos... crear esa seguridad, de decir: ¡ok! yo sé que están ahí pero yo también debo dar de mi parte... te damos herramientas, trabaja y si esas no te funcionan, puedes contactarnos. Es como yo lo veo... me sentí bien, luego, es que, hasta con ella (refiriéndose a su mamá), dije: por qué no vemos también si usted quiere tomar terapia...”

En resumen y como lo indica Morales (2009), -que de alguna manera refiere el sentido que Juan le dio a la terapia en este último relato-, somos tanto terapeutas como consultantes, los y las participantes y responsables de la creación de posibilidades y soluciones, siendo la propia

conversación la principal herramienta de transformación en la terapia. Retomando a Anderson (1999), se trata de que todo lo que se construya en cada sesión, sea decidido con mutualidad sin comprensiones superiores ni unilaterales por parte del equipo terapéutico, ya que al hacerlo así, facilita que las personas se sientan acompañadas y satisfechas con los significados, narrativas, herramientas, recursos, etcétera, que pudiesen haber desarrollado o visibilizado al asistir a terapia.

Para cerrar este apartado dedicado a la satisfacción con el servicio de la Terapia de Atención Inmediata, concluyo con las siguientes apreciaciones. En primera instancia, la postura terapéutica que se adoptó con cada uno(a) de los(as) participantes, fue desde la colaboración, en la que se contempló una escucha curiosa y comprensiva que concibió que las personas son las expertas en sus vidas, es decir, que son ellas y sólo ellas, las conocedoras de sus circunstancias y experiencias, de lo que les duele, de lo que valoran, de lo que podría sumar a su bienestar y causarles satisfacción, y desde ahí, desde esa postura, se mostró interés por saber lo que tenían y querían decir y se conversó para que se sintiesen en confianza de dar valor a sus conocimientos y experiencias, de afianzar las habilidades con las cuales han hecho y pueden seguir haciendo frente a sus situaciones y preocupaciones, y también, de conocer quizá otros aspectos de sí mismas que no habían sido visibilizados o que estaban silenciados (Young, 2008).

Lo que se pretendió en la Terapia de Atención Inmediata, que en mi opinión está presente en los significados de satisfacción que construyeron la mayoría de las(os) participantes fue que, sin perder de vista el contexto sociocultural, económico y político en el que vivimos y del cual la terapia psicológica no es ajena, saliesen de la sesión con la sensación de haber sido escuchadas(os) y comprendidas(os), y también, con la esperanza de cambio, es decir, con la idea de que cualquier situación puede transformarse. En ese sentido, conocer desde un inicio lo que querían y esperaban de la terapia, así como sus circunstancias de vida, y conversar en base a ello

qué cosas podían hacerse al respecto y qué tendría que ocurrir para que considerasen que la sesión valió la pena y se sintiesen satisfechas con su asistencia, resultó indispensable (Miller, 2008; Slive & Bobele, 2011).

Por lo anterior, distingo nuevamente que la manera en que se colabore y se converse en cada sesión serán diferencia que haga diferencia, sea para que las personas puedan aumentar las posibilidades de resignificar y/o resolver las situaciones que viven y se sientan satisfechas, o para disminuirlas, ya que es en las conversaciones y en las relaciones con otras personas en donde formamos y reformamos el sentido y entendimiento que damos a nuestras experiencias. Como ya subrayé, tanto terapeutas como consultantes producimos conocimiento a través de una investigación compartida, en la que de forma conjunta, exploramos lo familiar y co-creamos lo novedoso, por lo que, mediante una postura terapéutica que se aleje de utilizar un lenguaje de disfunción o de patología y se acerque más a mostrar una disposición de escucha, de diálogo, de comprensión y de respeto, es posible además de transformar significados y construir soluciones, disminuir el riesgo de explotar el poder social de la terapia (Anderson, 1999; Bateson, 1982; Tarragona, 2006).

Finalizo señalando que desde una perspectiva Posmoderna y Socioconstruccionista, que es el lugar epistemológico en el que está situada la Terapia de Atención Inmediata, invito a quienes se dediquen al trabajo terapéutico, a mirarlo como un espacio y un ejercicio que favorezca el que todas las realidades, voces, saberes y opiniones de las personas sean escuchadas y tomadas en cuenta, para que desde sus propias agencias sea construida la más amplia gama de posibilidades que pueda sumar a la tranquilidad, bienestar, confianza, seguridad y calidad de vida de cada una de ellas.

Las mejoras a la Terapia de Atención Inmediata.

Tomando en cuenta el contexto en el que Marina, Fernanda, Irma, Juan, Jesús y Victoria llegaron a la Terapia de Atención Inmediata, he podido documentar hasta ahora la manera en que cada uno(a) de ellos(as) significó la utilidad y la satisfacción de su asistencia. Aunque la mayoría de los comentarios diría yo que connotaron y posicionaron a este servicio terapéutico en un sentido positivo o favorable, hay aspectos que no fueron del agrado de algunas(os) de ellos(as) y recomendaciones que hicieron para un mejor funcionamiento. Dando seguimiento entonces a mis propósitos de investigación que planteé y bajo la premisa de que todo es perfectible, presento en este espacio el tema de las mejoras a la Terapia de la Atención Inmediata.

Comienzo con Marina, que al preguntarle si hubo algo que no le gustó del servicio de terapia y si tuviese que hacer algún cambio o recomendación a este, cuál sería, esto fue lo que comentó:

“Yo creo que fuera un poquito más, como más precisa ¿no?, como más concisa en ciertas cosas... pues se quedan como de pronto cabos sueltos... yo me acuerdo que te preguntan que qué es como lo que te gustaría, como qué te pudieran aportar y yo les dije que me gustaría como si alguien pudiera como plantearme como alguna herramienta ¿no?, y pues yo siento que no me dieron como propiamente herramientas... no hubo nada ¿no?, o sea, en cuanto a alguna herramienta tal cual no... porque dije: ¡bueno!, qué bien que yo pude sacar esto pero pues ahora qué ¿no? (risas)... porque pienso que una herramienta es algo que te ayuda como a resolver ¿no?, a resolver en tanto que avance... sí, como dar algo más parecido como a una solución, algo que pueda trabajar ¿no?, es lo que digo, como una herramienta más clara”

A partir del relato de Marina, puedo decir que he señalado frecuentemente la importancia de conocer desde el inicio de la sesión lo que desean y esperan las y los consultantes, sin embargo, de poco sirve este conocimiento si no es entendido con claridad, si no se pone en la conversación alternativas que estén cercanas a esos deseos y expectativas, si no se valida constantemente con las personas que lo que se está conversando está siendo útil y si no se construye al final de la misma algo que puedan llevarse y poner en práctica (Slive & Bobele, 2011, 2012).

En un ejercicio de reflexión y de asunción de responsabilidad, considero que con Marina dimos por sentado que teníamos claro lo que ella quería, es decir, creímos que el que diese cuenta de su dolor por el fallecimiento de su padre, apalabrándolo -como ella refirió- para dejar de sentirse anestesiada o bloqueada era suficiente. Me parece que nos faltó una mayor sensibilidad en la escucha de sus necesidades y curiosidad para saber bien a bien qué significaba, por ejemplo, una herramienta, que justo fue el término que empleó y solicitó durante la sesión. Quizá algunas preguntas como: cuando mencionas que te gustaría que te planteásemos una herramienta, ¿a qué te refieres?, ¿cómo te darías cuenta que esa herramienta te está funcionando?, ¿algo de lo que has hecho por momentos te ha permitido sentirte mejor? y validar durante la conversación todos los entendidos que pudiesen haberse construido a partir de estas y otras preguntas nos hubiesen acercado a eso que ella esperaba de la sesión (De Shazer, 1986, 1997; Slive & Bobele, 2011).

Más que detallar lo que pudo haberse hecho distinto, -que a posteriori resulta “sencillo” decir muchas cosas-, mi propósito con la inclusión de esta categoría temática, es dar cuenta de lo valioso que es en el ejercicio de la terapia el regresar a las voces de las y los consultantes para saber qué aspectos de esta no les está siendo del todo satisfactorios ni de beneficio y poder hacer algo al respecto. En pocas palabras, conocer las limitaciones que estamos teniendo en dicho ejercicio. Como lo apuntan Slive y Bobele (2011, 2012), se trata de asumir como práctica común que sean las y los consultantes quienes nos orienten en cómo colaborar de mejor forma con ellos y ellas.

Transparento que durante la búsqueda y la lectura de información que hice sobre la Terapia de Atención Inmediata y la Sesión Única, encontré pocos artículos, acaso tres o cuatro, que incluyeron dentro de sus motivos de estudio, la investigación de aquellos aspectos del servicio terapéutico que no fueron del agrado de las personas o recomendaciones de cambio al mismo, lo cual me lleva a pensar que tal vez no se realiza más investigación porque aún cuesta

trabajo mirar el ejercicio de la terapia como un proceso dinámico y recursivo que requiere ser expuesto y revisado cotidianamente por las personas que participan y hacen uso de él para su óptimo funcionamiento y mantenimiento.

Ahora doy paso a Victoria e Irma, cuyos comentarios -en mi opinión- coincidieron en que previamente se ofreciese mayor información sobre algunos puntos del encuadre terapéutico, específicamente, el dejar claro el número de integrantes que conforma el equipo de terapia que estará presente en la sesión y la cualidad de su participación. Desde la voz de Victoria, ella compartió:

“Sí me imaginaba como tres (refiriéndose al número de integrantes del equipo terapéutico)... pero ya después sí vi varios, no me acuerdo cuántos eran... dije: ¿qué está pasando?, pero no, no me incomodó en ningún momento nada porque sí me dijo: todo esto es confidencial, te vamos a grabar, hay varias personas, están escuchando y sí, no, no hubo algo que me incomodara”

Y por su parte, Irma señaló lo siguiente:

“Me advirtieron que había más personas ¿no?, que iba a haber más personas pero no pensé que hubiera tantos ¿no?, o sea, yo pensé que iban a ser dos o tres más y de repente se dejan caer un buen de personas y un buen de personas te están escuchando, o sea, al principio puede sonar intrusivo ¿sabes?, o sea, como que de: ¿qué onda, por qué?, o sea, si uno en terapia está acostumbrado al uno, uno, ¿no?... pero de repente ves más personas, pues sí te sacas de onda, o sea, sí es como que no estoy entendiendo nada... ahorita que reviso la conversación, más bien yo ya lo sabía y la terapeuta no me lo reiteró pero pues ella al fin y al cabo es la guía ¿no?, entonces, yo creo que como guía, ella debe, aunque yo ya lo sepa, ella debe de darme todas las, la previa ¿no?”.

Tomando como referencia las partes de los relatos de Victoria de: *“Sí me imaginaba como tres... pero ya después sí vi varios, no me acuerdo cuántos eran...”* y de Irma: *“Me advirtieron que había más personas ¿no?, que iba a haber más personas pero no pensé que hubiera tantos ¿no?, o sea, yo pensé que iban a ser dos o tres más...”*, lo que distingo e interpreto que sucedió, es que en el encuadre terapéutico que se realizó con ellas, entendiéndose por este la comunicación que se establece con las y los consultantes antes de la sesión de terapia para explicarles cómo se lleva a cabo esta y hacerles llegar el consentimiento informado para la

misma, posiblemente sus respectivas terapeutas señalaron que iba a participar un equipo de reflexión durante la sesión, que comúnmente suele ser de tres o cuatro personas, sin mencionar o sin darle la misma atención al momento de informar que también estarían presentes mirando y escuchando la conversación otras personas que forman parte del equipo de terapia, de ahí que haya sido un tanto sorprendente o desconcertante para ellas.

Si bien a Victoria no le incomodó la presencia de más terapeutas de las(os) que se imaginaba, entiendo el sentir de Irma de lo intrusivo que fue esto para ella, -que posiblemente lo pueda ser para otras personas-, incluso teniendo una previa advertencia, porque como lo indicó en su relato, la costumbre en la terapia es estar frente a un(a) terapeuta. En muy pocos servicios psicológicos se cuenta, por ejemplo, con un enfoque de coterapia, -que implica dos terapeutas colaborando con las y los consultantes-, y mucho menos con un amplio equipo terapéutico que incluya terapeuta o terapeutas (sea el caso) que estén frente a las y los consultantes, un equipo de reflexión que participe conversando en algún momento de la sesión y otro que mire, escuche y participe también aunque no lo haga directamente con las y los consultantes.

Considerando entonces que el servicio de Terapia de Atención Inmediata que se ofrece por parte del seminario de Sesión Única de la residencia de Terapia Familiar en la Facultad de Psicología de la UNAM cuenta con este equipo de terapia ampliado, que desde mi perspectiva es una de sus principales fortalezas, es importante que esta no se diluya ni se signifique como lo refirió Irma de intrusivo o con cualquier otro término que connote negativamente por una falta de información o de claridad en ella al establecer el encuadre terapéutico con las personas. Aunque pudiese resultar redundante, es necesario describirlo detalladamente y preguntar sobre cualquier duda o problema tanto en la conversación previa que se tenga con ellas como al inicio de la sesión. Lo principal es privilegiar su comodidad (Slive & Bobele, 2011, 2012).

Además de lo anterior, Irma hizo algunos comentarios, que significaría yo como una recomendación, de también informar sobre las condiciones tecnológicas y físicas que -desde su visión- se requieren para llevar a cabo la terapia vía plataforma Zoom. Aquí su relato:

“También estaría bueno decirles a los consultantes: necesitamos que tengas una buena señal de internet, prepárate con unos audífonos... como que darle un previo a cuáles son las condiciones que ustedes necesitan estaría bueno. Yo no lo tomaría a mal, a mí me daría más seguridad llegar a decirles: sí ya tengo buen internet, ya tengo una computadora o ya tengo mi teléfono puesto en un lugar...”

En relación con esta recomendación, quiero señalar que igualmente, en la comunicación que se establece con las personas que solicitan el servicio de Terapia de Atención Inmediata, -hablo en tiempo presente porque aún se sigue haciendo-, se les informa que por la pandemia por Covid-19, para salvaguardar la salud de todas y todos, la sesión tiene que ser vía internet por Zoom. Usualmente se les pregunta si conocen esta plataforma, si la han utilizado y si tienen algún inconveniente en que se lleve a cabo de esta manera. Hasta el momento, la mayoría ha referido conocerla y utilizarla, y por lo compartido por los y las colegas terapeutas del seminario de Sesión Única, no sé de alguien que se haya quedado sin sesión o no se haya podido conectar.

Ahora bien, es importante que puntualice que no se les pide que se conecten en un lugar y con herramientas en específico (sea una computadora, audífonos u otros), ni que tengan un determinado número de megas, ya que no todas las personas cuentan con estos recursos materiales y/o económicos para gastar en un servicio de internet de alta velocidad. Lo que se solicita básicamente es que lo hagan como les sea posible y de la forma más cómoda y segura para ellos(as). Sin ser lo que predomina, he de decir que algunas(os) consultantes lo han hecho estando en su trabajo y otras(os) dentro de un automóvil estacionado. Quizá para muchas personas esto no es lo conveniente, sin embargo, hemos respetado la decisión respecto a las condiciones (de lugar y tecnológicas) que las personas han elegido para asistir a la terapia.

Cabe destacar que las y los participantes de esta investigación fueron los(as) primeros(as) en inaugurar con su asistencia el servicio de terapia vía Zoom, por lo que en el seminario de Sesión Única se tenía contemplado que algunas cosas pudiesen resultar un poco complicadas, principalmente por la falta de experiencia en brindar la terapia bajo este escenario con todo lo que ello implica, es decir, con el hecho de contar con todo un equipo terapéutico que puede ser hasta de 15 terapeutas como se tiene y se hace en la Facultad de Psicología. En lo personal, hago público que pensé que esta categoría iba a tener muchos más comentarios connotados como quejas, mejoras y recomendaciones de las que tuvo, sin embargo, la colaboración y la co-responsabilidad de las(os) participantes y terapeutas hizo factible que en cada sesión se pudiese -en términos generales- construir y lograr el propósito de que las(os) primeros(as), es decir, las y los consultantes asistieran a un servicio de terapia que les fuese mayormente útil y satisfactorio (Anderson, 1999).

No obstante lo que acabo de indicar, ha venido muy bien para el seminario de Sesión Única, conocer y valorar las aportaciones -significadas como aquellos aspectos que no fueron de agrado y/o recomendaciones- que hicieron Marina, Irma y Victoria para seguir mejorándolo, como también las compartidas por Fernanda y Jesús que mencionaron lo siguiente:

“¿Que si debería de haber una segunda?, como creo que sí y no porque yo lo pida sino como que para ver cómo vas ¿no?... un poquito más de tiempo... unas dos horas” (Fernanda).

“Me inscribí y todo y este, y ya me inscribí, pero me dijo: te van a hablar el lunes, pasó el lunes, no me llamaron, pasó otro lunes, otro lunes y pensé que ya no se iba a hacer nada... me parece, no recuerdo bien pero me parece que pasó como un mes, algo así, no estoy seguro totalmente pero sí pasaron semanas... pasó el tiempo y ya la verdad, este, no lo tenía en la mente, ya había pasado y de repente fue que me contactaron... ya fue que dije: ¡ah bueno, qué padre!... de la sesión, de la sesión... igual más tiempo, un poco de más tiempo... yo creo que unas dos horas” (Jesús).

De estos relatos, comienzo con la pregunta-respuesta de Fernanda que desde su consideración debería de haber una segunda sesión sin solicitarse. Al respecto y como ya he

señalado y documentado en diferentes espacios de esta tesis, uno de los sentidos de la Terapia de Atención Inmediata como de la Sesión Única es que las personas -y no las y los terapeutas- sean las que soliciten el servicio terapéutico cuando lo consideren conveniente, por lo que programar sistemáticamente una segunda sesión o más, implicaría asumir y regresar a las premisas de la terapia tradicional de que somos nosotros(as) los y las terapeutas las(os) que sabemos lo que necesitan y deben hacer las personas y que no cuentan con los suficientes recursos, habilidades, capacidades, etcétera, para hacer algo saliendo de la sesión, sea resolver, resignificar o cambiar algún aspecto de su vida (Slive & Bobele, 2011, 2012). De igual forma podría suceder que algunos(as) consultantes que acudieron a la primera sesión no lo hagan a la segunda, lo cual supondría tiempos muertos en el servicio que dejarían de ser aprovechados por otras personas (Barret et al., 2008).

Pese a estos argumentos referidos, que se alejan de la propuesta de que se establezca una segunda sesión de forma sistemática, mi postura, -colocada en las posibilidades-, me llama a no entrar en una paradoja que invalide la voz de Fernanda, así que valiéndome de ellas, reflexiono que podría enfatizarse aún más con cada consultante el mensaje de puerta abierta del servicio de terapia, es decir, que al final de la sesión, se vayan con la plena seguridad y confianza de que pueden disponer de este y contactarlo en el momento que lo deseen e incluso valdría la pena que en el medio o los medios por el/los cual(es) se les da difusión a la Terapia de Atención Inmediata y la Sesión Única se mencione con mayúsculas que se puede acudir cada vez que lo necesiten (Slive & Bobele, 2011).

Dicho lo anterior, prosigo con otra de las recomendaciones en la que convergen Fernanda y Jesús de que se modifique el tiempo de la sesión. Sobre este tema quiero compartir primero que siendo yo residente de la Maestría en Terapia Familiar, mientras cursaba justo el seminario de Sesión Única, llegamos a comentar con la Mtra. Nora y las(os) compañeras(os) sobre algunos

aspectos de la metodología de trabajo tanto de esta última como de la Terapia de Atención Inmediata, entre ellos, el tiempo dispuesto para una sesión. En la lectura de los diversos textos que hicimos sobre estas, se señala 60 minutos; incluso uno de ellos, que es de los autores Arnold Slive y Monte Bobele y que lleva por título en inglés: *When one hour is all you have. Effective therapy for walk-in clients*, y en español hay una traducción titulada: Cuando solo tienes una hora. Terapia efectiva para clientes de atención inmediata, hacen referencia a este lapso de tiempo (Slive & Bobele, 2011, 2012).

Pues bien, bajo este contexto de conocimiento, al conversar sobre la suficiencia de tiempo de la sesión, considerábamos que quizá una hora era poco si tomábamos en cuenta la participación del equipo de reflexión así como nuestra falta de experiencia con una postura de sesión única, dado que era la primera vez que la íbamos a hacer, llegando a plantear entonces que este no fuese a ser una limitante para nuestro ejercicio y que bien podría ser de 90 minutos. Valga decir que en la búsqueda y documentación de artículos que posteriormente hice para esta investigación, encontré dos estudios que hizo Miller (1996, 2008), -para evaluar el servicio terapéutico en el Eastside Family Centre (EFC) de Calgary, Canadá-, en los que se mencionan como recomendaciones de cambio que las sesiones fuesen más largas.

Es curioso que a pesar de esta modificación del tiempo que se hizo para la sesión por parte del seminario de Sesión Única, aumentándose 30 minutos, este no haya sido suficiente para Fernanda y Jesús, lo cual me lleva a pensar en el proceso de la sesión y en que todavía nos falta afianzar como práctica cotidiana el estar pendiente de este a través de la conversación, con una mirada de 360 grados que invite a preguntarles a las y los consultantes, cómo va la sesión, cómo se están sintiendo y si hay algo que está quedando al margen y requiere de incluirse. Aunque este es un comentario que ya he hecho anteriormente, me parece que es en la propia conversación en

donde podemos dar cuenta si estamos bailando al mismo ritmo de las personas (Anderson, 1999; Slive & Bobele, 2011).

Regresando a la sugerencia de Fernanda de una segunda sesión, me pregunto qué tanto podría estar relacionada con su comentario de extensión de tiempo. Sin que esto sea significado como algo que pudo haber evitado dicha recomendación, me parece que la propuesta que tanto ella como Jesús plantean de que la sesión sea de dos horas, podría colaborar -y esto lo digo desde mi experiencia cuando hice mi primera sesión única- para que las y los compañeras(os) terapeutas en formación puedan sentirse con menos presión de adoptar una postura de sesión única, la cual implica mirar cada sesión de principio a fin como una terapia completa e incluso también podría abonar, por un lado, en el afiance de las habilidades para dar cuenta del proceso de la misma, como ya lo mencioné en el párrafo anterior, y por otro, en posibilitar la recomendación que hizo Juan, mi siguiente y última voz, de que todo el equipo de terapia y no sólo el reflexivo pueda participar en la conversación.

Antes de pasar con Juan, quiero dar especial atención a lo sucedido con Jesús, quien compartió en otra parte de su relato que llegó a pensar que no iba a tener su sesión dado que pasaron varias semanas en tener respuesta por parte del servicio terapéutico después que lo solicitó. Lo que refirió: *“me inscribí pero me dijo: te van a hablar el lunes, pasó el lunes, no me llamaron, pasó otro lunes, otro lunes y pensé que ya no se iba a hacer nada... ya la verdad, este, no lo tenía en la mente, ya había pasado y de repente fue que me contactaron... ya fue que dije: ¡ah bueno, qué padre!”*, es algo que -en lo sucesivo- tenemos que evitar que vuelva a ocurrir ya que esto es un contrasentido de la Terapia de Atención Inmediata, que justamente se creó con el propósito de que las personas tuviesen acceso a un servicio terapéutico de manera pronta, sencilla y al alcance económico para no tener que estar esperando semanas, meses o hasta años como suele suceder en otros servicios (Bloom & Tam, 2015; Slive & Bobele, 2011, 2012).

Aunque Jesús estuvo dispuesto a asistir a la sesión a pesar del tiempo que transcurrió, que en ocasiones otras personas no lo hacen porque simplemente ya no les resulta necesario ni útil (Cait et al., 2016; Stalker et al., 2016) y aunque entiendo que pueden llegar a presentarse contratiempos que retrasen la atención terapéutica, es importante hacer los ajustes necesarios en la organización del servicio para que este pueda cumplir con sus funciones de manera eficiente.

Por último y no menos importante, presento a Juan que, por un lado, como ya dije, recomendó que todo el equipo de terapia participase conversando en el de reflexión, y por otra parte, señaló haber tenido algunas dudas sobre si podía contactar después con el servicio. Desde su voz:

“No estoy tan seguro pero la neta al igual que todos aportaran algo, los doce que estaban... al momento de la devolución, yo creo que sí sería como que algo importante el hecho de que todos participaran”

Respecto a las dudas, esto fue lo que compartió:

“Intenté como con ganas de contactarlo porque yo tenía dudas pero digo, bueno, si tengo dudas, pues una de dos, lo aplico y descubro qué es lo que hay o no hago nada... desde un principio, bueno, de las instrucciones siempre fue muy clara, eso sí... me acuerdo que me dijo que había posibilidad de acercarme, pero no sé si es durante lo que iba a durar la terapia o ya después... no me quedó claro o al igual y sí me dijo pero yo por estar pensando después de la terapia todo lo que tenía en mi cabeza... me dijo que podía contactar pero yo después como que digo: no, mejor primero aplico... es como decir pues hazlo y ya después platicas, ya a ver si te animas o no te animaste o qué. También fue lo que me ayudó, me animó a decir eso, bueno, o a llevarlo en práctica...”

En relación a la participación de todo el equipo de terapia conversando en el reflexivo, -alusivo a que a Juan le hubiese gustado escuchar la aportación de las(os) doce terapeutas que estuvieron en su sesión-, considero poco viable que todos y todas los(as) terapeutas que lleguen a estar en una sesión (que a veces son más de esos doce) puedan conversar en el equipo reflexivo porque en mi opinión, esto le restaría dinamismo a la terapia y se necesitarían varias horas disponibles para hacerlo, pero sí algunos(as) más de los(as) que suelen estar, que son tres o cuatro, lo podrían hacer con la recomendación que Jesús y Fernanda plantearon de que se

extendiese la sesión a dos horas. Tomando en cuenta cualitativamente el proceso de cada sesión, esto daría un poco más de margen para que en el equipo puedan participar más integrantes con sus reflexiones y experiencias o para otra cosa que se crea que pueda ser de beneficio a las y los consultantes.

En esta misma lógica de construir caminos que se acerquen a la recomendación que hizo Juan de que todo el equipo de terapia aporte algún comentario, haciendo uso de algunos de los recursos de la terapia narrativa, los y las terapeutas que no puedan estar en el equipo reflexivo podrían escribir algunas de sus ideas en un texto y dárselos a las y los consultantes (White, 2002b). De acuerdo a lo expresado por cada uno(a) de las y los participantes de esta investigación y por otras voces que han sido documentadas en distintos espacios literarios, la participación del equipo de reflexión ha sido significada como una experiencia útil, agradable, positiva, satisfactoria, etcétera, por lo que vendría bien ampliar y extender lo más posible y más allá de la sesión estos significados y sus beneficios a través de los diversos recursos que los enfoques de terapia ofrecen (Andersen, 1987; Sesma et al., 2016).

Por último, sobre el relato de Juan en el que refirió haber tenido dudas de contactar nuevamente con el servicio, decidiendo no hacerlo, lo cual, -según su voz-, le ayudó a aplicarse y llevar a la práctica algunas cosas que infiero están relacionadas con lo que mencionó en el espacio de utilidad, sólo puedo indicar -con riesgo de ser redundante- la importancia de que el mensaje de puerta abierta del servicio de terapia quede establecido claramente para las personas, de tal manera que no suceda, como lo fue con Juan, que alguien se quede con dudas al respecto (Slive & Bobele, 2011).

Para cerrar este tema dedicado a las mejoras de la Terapia de Atención Inmediata, quiero distinguir que aunque en términos generales se ofreció una atención terapéutica referida por las y los participantes como útil y satisfactoria, es necesario seguir conversando sobre los aspectos del

servicio que no fueron de agrado y las recomendaciones que se hicieron, para reflexionar un poco más en el trabajo que estamos realizando, implementar algunas de estas últimas e incluso plantear otros cambios que se pueden hacer, además de los que propusieron tanto ellos(as) como yo, para evitar una mala atención, pero sin trastocar la postura de sesión única que se tiene en el servicio.

Para que un espacio terapéutico -y agregaría los de tipo médico, odontológico u otros, extendiéndolo incluso hasta los de enseñanza y supervisión-, brinde los mejores servicios posibles, el punto fundamental es hacer que los procesos que los involucran sean circularmente colaborativos. Como ya lo señalé anteriormente, sólo realizando como práctica cotidiana estos ejercicios de regresar a las voces de las personas, es que podemos saber en dónde está colocado cualquier servicio en los sentires de quienes hacen uso de ellos, es decir, si a sus usuarios(as) les fue o les está siendo -dentro de una gama de matices, en el que el nada está incluido-, útil, satisfactorio, benéfico y/o recomendable, y qué ideas, experiencias, saberes, etcétera, están siendo empleadas para significar dichos términos (Anderson, 1999; Gergen, 2006; Slive & Bobele, 2011).

Dentro del paradigma epistemológico Socioconstruccionista y Posmoderno en el que está situada tanto la Terapia de Atención Inmediata y la Sesión Única como esta investigación, si nuestro propósito es seguir conociendo sobre los alcances y limitaciones que pueden tener estas modalidades de servicio en los distintos escenarios que se ofrezca, me parece que uno de los recursos y al mismo tiempo termómetro con mayor credibilidad que disponemos en la investigación de corte cualitativo para construir este conocimiento y cualquier otro, es la entrevista conversacional con las personas. Por ello, además de preguntar durante la sesión cómo les está pareciendo la terapia y si está cumpliendo con sus expectativas, la conversación tendría que mantenerse constante en llamadas de seguimiento y a través de investigaciones como la presente (Anderson, 1999; Brinkmann, 2018; Gergen, 2006; Katayama, 2014).

En conclusión, en este capítulo he viajado en colaboración con Marina, Irma, Fernanda, Victoria, Juan y Jesús por cuatro caminos. En el primero de ellos, pude documentar parte del contexto que antecedió a la llegada de cada una(o) de ellas(os) a la Terapia de Atención Inmediata, el cual hizo referencia sobre lo que les significaba e implicaba la asistencia a una terapia, así como algunas experiencias terapéuticas que tuvieron previamente.

A manera de síntesis, conocí que Marina y Fernanda, que asistieron a la Terapia de Atención Inmediata (TAI), la primera por el fallecimiento de su papá y la segunda por ideas de no querer vivir más, habían utilizado en distintos momentos de su vida varios servicios de terapia, interrumpiendo ambas su asistencia en dos de ellos; en uno por motivos económicos y en el otro por expectativas no cumplidas. Asimismo supe que Fernanda había solicitado atención en algunos servicios psicológicos de la UNAM, pero por saturación de estos no la pudieron atender y fue derivada a la TAI.

También di cuenta de que Jesús y Juan, que llegaron a la TAI por algunos sentires emocionales debido a enfermedades y dificultades familiares, coincidieron en haber asistido anteriormente a un servicio de Alcohólicos Anónimos y a un anexo respectivamente, sin que haya sido una decisión planeada por ellos, dado que Jesús fue enviado ahí por el psicólogo que le estaba brindando atención terapéutica sin decirle el porqué de su referencia y Juan llegó sin querer por cuestiones laborales, señalando además un trato con groserías. Este último por cierto, intentó acudir con un par de psicólogos pero ambos le cancelaron su cita y en otro servicio que le recomendaron y al que asistió, uno de coaching, le dijeron que tenía traumas infantiles por haber llegado tarde.

Y qué decir de Irma y Victoria, que a mi juicio son los polos opuestos. En el caso de Irma, que asistió a la TAI por problemas con la pareja, conocí que desde el 2016 acude al hospital psiquiátrico Fray Bernardino, ha estado dos veces internada por un brote psicótico y tuvo que

suspender su atención psiquiátrica por casi un año debido a la pandemia, motivándole a buscar opciones que no pudieron concretarse porque cuando le contestaron en una de ellas, ya no tenía el tiempo disponible. Por la parte de Victoria, que acudió a la TAI para sentirse más tranquila respecto a la decisión que tomó de separarse del padre de su hijo, me enteré de que nunca había tomado terapia y que esta iba a ser su primera vez.

Una vez co-construido este conocimiento contextual de saberes, significados y experiencias terapéuticas previas al que nombré como la llegada a la Terapia de Atención Inmediata (TAI), decidí continuar un segundo camino e investigar si a Marina, Fernanda, Irma, Victoria, Jesús y Juan, la asistencia a esta les sirvió o colaboró en algo para cambiar, solucionar o resignificar la situación que les llevó a ella y si fue así, en qué sentido. De esta manera, con todo lo que me compartieron, pude clasificar la información y generar tres subcategorías que nominé como: 1) Conversar, dar cuenta y resignificar, 2) Ejercitar mi agencia y 3) En lo relacional: ¿Quién lo notó? ¿Algo cambió?, que fueron las que dieron sentido a un concepto general: la utilidad de la Terapia de Atención Inmediata, mi segunda categoría temática.

En este conversar, dar cuenta y resignificar, distinguí, por ejemplo, que a Marina la TAI le fue útil para apalabrar lo que sentía por el fallecimiento de su papá y para dejar de experimentar el bloqueo o anestesia que decía tener, que no le permitía llorar ni sentir. Algo similar lo fue para Jesús, que según sus palabras, el platicar con alguien que lo escuchó y le hizo preguntas sobre lo que sucede con la enfermedad de cáncer que presenta su madre, le ayudó a desahogarse, a cambiar la angustia por alivio y a darse cuenta de que la vida sigue, que tiene que salir adelante y que no puede pararse sólo a ver o encerrarse.

Siguiendo con estos ejemplos resumidos, respecto al segundo rubro: ejercitar mi agencia, conocí que Victoria, después de que asistió a la TAI, dejó de hacer caso a los comentarios de algunas personas, se preocupó más por ella y por sus cosas, apoyándose de personas que han

querido ayudarla en el cuidado de su hijo y estableció una cierta distancia con el padre de este, bloqueándolo por momentos para evitar que le estuviese marcando o mandando mensajes mientras ella trabajaba, y en el caso de Fernanda, que llegó con ideas de no querer vivir más, la TAI colaboró en que retomase actividades en pro de su bienestar, como alimentarse, cuidarse, leer y jugar con su sobrina e igualmente, como Victoria, puso límites pero aquí con su mamá y cuñada.

Finalmente, en lo relacional, Juan e Irma, después de las resignificaciones y ejercicios de agencia que hicieron, compartieron que la relación tanto con los hermanos como con la pareja, con quienes respectivamente tenían algunas diferencias, se transformó hacia buenos términos. Los hermanos de Juan modificaron algunas actitudes: hablaban más con él y le preguntaban cosas, aspecto que antes no ocurría. Incluso, esta utilidad o beneficio se extendió hasta la madre de Juan, que sintiéndose más cercana y apoyada por él, pudo decirles no a sus hijos en algunos momentos y situaciones. Con Irma, la TAI sirvió para que ella diese el paso de conversar con su novio, le dijese que no estaba de acuerdo en muchas cosas y a partir de ahí, él le ofreciese disculpas y llegaran ambos a muchos acuerdos. A decir de Irma, también la TAI trajo como beneficio que la relación entre ella y su madre cambiase hacia una mayor cercanía. Esta última le llamó y dejó mensajes en la contestadora cuando antes no lo había hecho.

Posterior a esta utilidad documentada a través de tres secciones, en las que las voces de las y los participantes estuvieron presentes, el tercer camino que co-construí para los propósitos de mi investigación, fue el de la satisfacción de la Terapia de Atención Inmediata. Aquí, di significado a este concepto, como ya lo mostré en su respectivo apartado, relacionando cualquier expresión de Marina, Irma, Fernanda, Victoria, Juan y Jesús que hiciese alusión a un sentido de conformidad y/o agrado por haber asistido al servicio, así como a la recomendación que realizaron del mismo.

Así, en dicho espacio, di cuenta de que para la mayoría, la Terapia de Atención Inmediata (TAI) resultó satisfactoria y merecedora de ser recomendada, y la participación del equipo de reflexión fue significada como algo agradable, enriquecedora, asertiva, valiosa o reconfortante.

De forma específica, conocí, por ejemplo, que para Jesús fue satisfactorio haberse sentido escuchado y entendido, y que el servicio fuese gratuito, mientras que a Victoria le agradó que hubiese en el equipo reflexivo personas de diferentes edades y circunstancias de vida, así como el trato amable y respetuoso de todo el equipo terapéutico, en tanto que en Fernanda, una parte de su satisfacción estuvo colocada en que la terapia rebasó sus expectativas al salir a flote muy rápido y en haberse sentido muy cómoda y en confianza para poder abrirse.

Asimismo, pude documentar que para Marina el servicio de la TAI fue bueno, y entre los aspectos de satisfacción que mencionó, estuvieron lo sencillo de meterse al zoom para asistir a la sesión, la escucha atenta, empática y comprensiva de la terapeuta y las experiencias compartidas por parte de algunas(os) integrantes del equipo reflexivo. De modo similar a Fernanda y Marina, Irma compartió que le resultó satisfactorio la confianza que sintió al conversar, la sinceridad o falta de neutralidad por parte del equipo, que expresaron algunas de sus ideas y experiencias, así como lo inmediato y resolutivo del servicio, significado esto como un “aliviane” al poder resolver algo sin tener que acudir a varias sesiones, y respecto a Juan, me di por enterada que para él, la TAI fue muy linda porque se sintió escuchado; distinguió que la atención, la disposición y la amabilidad del servicio le hizo también sentirse apapachado, consentido y acompañado durante la sesión.

Para terminar este viaje, el cuarto camino que recorrí fue el de las mejoras a la Terapia de Atención Inmediata (TAI). Como ya lo destacué antes, bajo el supuesto de que en cualquier servicio pueden presentarse fallos en su funcionamiento y/o se pueden hacer cosas distintas para brindar todavía una mejor atención, elegí -en colaboración con las y los participantes- co-

construir el conocimiento sobre los puntos que no fueron del agrado de estas(os) y/o recomendaciones de cambio, con el fin de hacerlo llegar al servicio terapéutico para que se considerasen y tomasen las medidas correspondientes.

Entre otros aspectos, señalé que a Victoria e Irma les hubiese gustado tener más información sobre algunos temas del encuadre de la terapia, concretamente, clarificar el número de integrantes del equipo terapéutico y la condición de su participación. Por su parte Fernanda y Jesús coincidieron en que vendría bien extender a dos horas el tiempo de la sesión y este último comentó que no se dejase pasar mucho tiempo para brindar el servicio de terapia a las personas, ya que en su caso transcurrieron algunas semanas, en tanto que Marina, su recomendación estuvo situada en que la TAI fuese más precisa y atenta a las expectativas y/o solicitudes de las personas, puesto que ella pidió que le planteasen herramientas para su situación y no se las dieron, y con Juan, uno de sus señalamientos fue que todos(as) los(as) terapeutas presentes en la sesión y no sólo las(os) que conforman el equipo reflexivo, aportasen algunas ideas o reflexiones.

Con este panorama que muestran y entrelazan las voces de Marina, Irma, Victoria, Fernanda, Juan y Jesús y con ello un conjunto de sentidos y significados sobre su asistencia a la Terapia de Atención Inmediata, doy por terminado este capítulo, no sin antes mencionar que el conocimiento aquí co-construido y presentado, sólo es un discurso emergente que hace referencia a ciertos aspectos y a un momento particular, por lo que de ninguna forma puede ser mirado como un saber acabado. Todavía hay mucho por reflexionar y escribir sobre este incipiente servicio terapéutico que en nuestro país es poco conocido y utilizado.

A continuación, doy paso a algunas ideas y reflexiones que me han ido surgiendo y que también otras personas, entre ellas, mis participantes, han compartido conmigo en este camino recorrido llamado la Terapia de Atención Inmediata.

Capítulo 7: Reflexiones Finales

Este último capítulo, que da cierre a mi investigación, lo significo como un espacio de meta-reflexión, es decir, un ejercicio en el que sigo dialogando con algunas reflexiones, ideas y preguntas expuestas en capítulos anteriores y en el que comparto otras tantas que construí al revisar los relatos de mis participantes. Así pues, a través de los siguientes cuatro aspectos sitúo este ejercicio dialógico:

1. Propósitos de mi investigación: ¿se cumplieron?
2. ¿Qué sé hoy sobre este tema que no sabía antes?: aportaciones de mi investigación a la práctica terapéutica.
3. Líneas y recomendaciones para futuras investigaciones.
4. Mi proceso: experiencias y reflexiones al realizar este proyecto doctoral.

Para iniciar esta conversación anticipo que en este primer aspecto que es: *propósitos de mi investigación: ¿se cumplieron?*, procuraré no redundar en las ideas que ya compartí en el capítulo anterior. Señalo entonces que, desde mi perspectiva, sí logré co-construir un conocimiento sobre los alcances terapéuticos que tuvo la Terapia de Atención Inmediata (TAI) en cada una/uno de las/los participantes. A través de los relatos compartidos por Fernanda, Irma, Marina, Victoria, Juan y Jesús en dos categorías: la utilidad y la satisfacción, considero que es posible dar sentido a esos alcances y afirmar que la TAI les resultó significativa y les aportó algunos beneficios en ciertas situaciones de vida que motivaron su asistencia, -que justo está contemplado dentro de los propósitos específicos de mi investigación-, enriqueciendo además estos conocimientos al haber documentado información sobre el contexto de llegada al servicio, eje temático en el cual pude mostrar mediante sus experiencias terapéuticas anteriores, que a pesar del tiempo que tienen varias de las referencias que empleé en el capítulo uno, como las de

Bados et al. (2002), Barret et al. (2008), Rondón et al. (2009), y otras más, los problemas de saturación que presentan muchos servicios psicológicos y aquellos de asistencia, -que van desde no poder iniciar una terapia hasta la deserción a la misma- siguen vigentes. Simplemente, de mis seis participantes, cuatro tuvieron alguna de estas situaciones, de ahí que queden justificadas las implementaciones de servicios como la Terapia de Atención Inmediata y la Sesión Única.

Siguiendo con la utilidad y la satisfacción que otorgaron mis voces colaborantes a la Terapia de Atención Inmediata (TAI), quiero agregar que al re-leer mi estado del conocimiento, específicamente las investigaciones que se han hecho sobre esta y la Sesión Única, me resultó sorprendente encontrar -a mi parecer- sentires y significados similares entre los relatos de algunas personas con las(os) de mis participantes. Por ejemplo, así como Juan y Cecilia, de la investigación de Harper-Jaques et al. (2008), Antonio, de la de Crow (2016) y varias(os) participantes, de la de Cait et al. (2016), Ewen et al. (2018) y Stalker et al. (2016), mencionaron haberse sentido cómodos(as), escuchadas(os), entendidas(os) y respetadas(os) durante sus sesiones, sin que los patologizaran o estigmatizaran, reduciéndose la angustia, tensión o dolores físicos con los que llegaron, Fernanda, Victoria, Marina, Irma, Jesús y Juan hicieron señalamientos cercanos o parecidos respecto a su asistencia a la TAI, incluso coincidiendo el comentario de Juan de: “realmente están ahí porque realmente les importa... tu sentir nos importa” con el de Cris, de 14 años (Young & Cooper, 2008) de: “a esta persona realmente le importa y puedo confiar”.

Pero estas no fueron las únicas, también en varias experiencias de vida y en la manera en que recobraron o reafirmaron su agencia distinguí otras semejanzas. Como en el caso de Julia (Bobelet et al., 2008) y mi participante Jesús, que ambos pudieron apoyarse de una casa de reposo para el cuidado del padre y madre respectivamente, retomando con ello actividades que antes les daban bienestar. Tanto Julia como Jesús, -con una postura de agencia distinta-, resignificaron que

el amor y el cuidado hacia sus familiares puede ejercerse y vivirse de múltiples formas. Y qué decir de Liza (Harper-Jaques et al., 2008) y mi participante Fernanda, cuyo punto de encuentro fue que llegaron al servicio con ideas de no querer vivir pero salieron de la sesión con una visión esperanzadora de su vida y un reconocimiento de los recursos y fortalezas que tienen para hacer frente a sus dificultades, o algunas(os) participantes de la investigación de Cait et al. (2016), Miller y Slive (2004) y Stalker et al. (2016) con Irma (mi voz colaborante), que pudieron contar con el servicio en el momento en que lo necesitaban y resolver la situación que las llevó a terapia sin tener que estar asistiendo a más sesiones.

Esto me lleva a reflexionar que a pesar de las diferencias culturales, de género, de edad y otras, lo que valoran al parecer muchas personas de un servicio psicológico, o por lo menos mis participantes y las voces de las investigaciones que documenté, es que la relación terapéutica tenga como elementos base una escucha sensible, un trato respetuoso y una mirada de agencia y de esperanza, es decir, un reconocimiento de que las y los consultantes han hecho muchas cosas de las cuales enorgullecerse y son capaces de hacer otras tantas en pro de su vida. Trayendo de nuevo lo referido por Crow (2016) y Lambert (1986, citado en Miller, 1996), la relación terapéutica es uno de los factores que las personas toman en cuenta para decir que una terapia les resultó favorable o positiva. Pienso entonces que qué mayor alcance terapéutico puede haber que no sea el que una persona salga de una sesión sintiéndose dignificada, o ¿usted qué opina lectora/lector?

Finalmente y considerando que otro de mis propósitos específicos de investigación fue conocer las limitaciones de la Terapia de Atención Inmediata desde las voces de las y los participantes, estas quedaron construidas y documentadas a partir de los aspectos que no fueron de su agrado, así como de recomendaciones de cambio. Al respecto, los puntos que significaron principalmente como una limitación fueron: la duración de la sesión, -que sea un poco más de

tiempo-, la falta de claridad en ciertos puntos del encuadre de la terapia, -específicamente sobre la forma en que va a participar todo el equipo de terapia-, y sensibilizar aún más la escucha en lo que las y los consultantes solicitan durante la sesión, es decir, sus expectativas y necesidades. En mi opinión, ningún servicio de terapia -per se- tiene limitaciones, más bien, las generamos en la medida en que creemos que somos las y los poseedoras(es) de todo el conocimiento y la experiencia, sin dar importancia a investigar cómo lo están mirando las personas que hacen uso de este. En ese sentido, pienso en lo relevante que resulta el no soltar los ejercicios de regresar a sus voces, ya que son en estos en donde podemos saber qué tanto y de qué manera estamos siendo eficientes y eficaces en el servicio que proporcionamos y qué cosas tenemos que corregir si nuestra intención es dar la mejor atención posible.

Ahora doy paso al segundo aspecto que es: *¿Qué sé hoy sobre este tema que no sabía antes?: aportaciones de mi investigación a la práctica terapéutica*. En primera instancia quiero resaltar que es la primera vez que se hace una investigación de seguimiento al servicio de terapia que se implementó en el seminario de Sesión Única de la residencia en Terapia Familiar de la Facultad de Psicología de la UNAM. Vale indicar que, además de la UNAM, existen otras instituciones educativas en nuestro país en donde se proporciona o se ha proporcionado un servicio de Terapia de Atención Inmediata y/o de Sesión Única, tales como el Grupo Campos Elíseos (N. Rentería, comunicación personal, Enero 11, 2021), la Universidad Iberoamericana (Tena-Suck, 2017) y la Universidad Autónoma de México (L. Ramírez, comunicación personal, Febrero 20, 2023), sin embargo, -y de acuerdo a la búsqueda de información que realicé para esta tesis-, no hay estudios de seguimiento o de resultados a dichos servicios, por lo que probablemente, la investigación que aquí presento sea la única, lo cual constituye, desde mi visión, una aportación importante de información tanto para el servicio de terapia del seminario

de Sesión Única de la Facultad de Psicología como para otras personas que estén interesadas en el tema.

Dicho lo anterior, puedo decir entonces que a partir de este trabajo, hoy sé que a seis personas: Fernanda, Victoria, Marina, Irma, Juan y Jesús, que asistieron a la Terapia de Atención Inmediata (TAI), -servicio terapéutico de fácil acceso y gratuito-, esta resultó ser un recurso que colaboró para su beneficio y que una sola sesión les fue suficiente para cambiar, resignificar o solucionar la situación de la que no estaban conformes o algo de ella. Cabe subrayar que, debido a que por la pandemia las sesiones tuvieron que ser realizadas por zoom, la TAI pudo ser incluso aprovechada por una persona: Victoria, cuya residencia está en Guanajuato. Esto me invita también a destacar que hoy sé que a través de una plataforma, como lo es zoom u otras parecidas a ella, se puede brindar un buen servicio terapéutico, capaz de atender a muchas personas que viven en otros estados de nuestro país, rompiendo así barreras de tipo geográfico.

Siguiendo en la misma línea, imaginemos los beneficios que podría proporcionar y lo útil que podría ser el implementar la Terapia de Atención Inmediata (TAI) con postura de Sesión Única, tanto en modalidad presencial como en línea, en algunos hospitales, centros de salud, centros comunitarios o instituciones educativas que cuentan ya con servicios de psicología, pero que por estar ubicados en las ciudades principales de cada estado, están saturados y/o lejanos y por tanto poco o nada disponibles para las personas que no viven cerca de dichas ciudades. Así, acorde a las características y contextos de cada lugar, se podrían acortar las distancias y hacer más fáciles los accesos a los mismos.

Además, me parece que este trabajo, con las opiniones de seis voces que ya hicieron uso de la Terapia de Atención Inmediata (TAI), aporta un poco más de ideas que pueden ponerse en movimiento para optimizar los capitales humanos de las instituciones educativas en donde se imparte la carrera de Psicología, de tal forma que como ya lo han hecho en la Facultad de

Psicología de la UNAM y en otras escuelas de nuestro país y de otros (Harper-Jaques et al., 2008; MacKenzie et al., 2019; Slive & Bobele, 2011), se aproveche esta modalidad de servicio: la TAI, como una herramienta de formación para estudiantes tanto de licenciatura como de posgrado y al mismo tiempo, como un recurso comunitario.

Quiero agregar de manera breve, que en este año, en las participaciones que tuve como ponente en el XVI Congreso de Posgrado en Psicología y en el 5° Congreso Internacional de Psicología de la FES Zaragoza, ambos de la UNAM, en las que presenté precisamente parte de esta investigación, a través de estudios de casos, algunos de los comentarios que me hicieron fueron sobre la utilidad que podría aportar el establecimiento de la Terapia de Atención Inmediata con postura de Sesión Única en los servicios de psicología de la UNAM. Por ejemplo, en el 5° Congreso Internacional de Psicología de la FES Zaragoza, me mencionaron que en la Clínica Universitaria de Salud Integral (CUSI) de la FES Iztacala, se disponen de un determinado número de sesiones: ocho, para la atención terapéutica, por lo que, si ese es el límite, al parecer vendría bien mirar cada sesión como una terapia completa ya que se aprovecharía cada una de ellas. De igual modo, algunos(as) asistentes en el XVI Congreso de Posgrado de Psicología, afirmaron que no conocían esta modalidad de servicio y que sería conveniente que no sólo estuviese establecido en la Facultad de Psicología sino en todas. Elijo creer que el solo hecho de que ahora la conozcan y esto haya invitado a la reflexión y a la expresión de estos comentarios, ya es una contribución.

Para dar cierre a este apartado, una última aportación de esta investigación que puedo indicar, es haber generado conocimiento de aquellos puntos en los que el servicio (equipo terapéutico) tiene que seguir trabajando, dado que constituyen limitaciones que disminuyen o pueden afectar la utilidad y la satisfacción con el mismo. Debo decir que esta información ya ha sido comunicada a la supervisora responsable del seminario y con una respuesta que apuesta para

que el servicio terapéutico brinde la mejor atención posible, me compartió que ya se han hecho algunos ajustes en los puntos que no estaban claros y/o cumpliendo con las necesidades y expectativas de las personas. Añadió que hoy en día, se describe con mayor detalle el encuadre de la terapia, se destina más tiempo para la sesión, se enfatiza el mensaje de puerta abierta del servicio, que no es otra cosa que las personas se vayan con la seguridad de que pueden contactar con este y regresar en el momento en que lo consideren conveniente, y en el proceso de escucha y conversación durante la sesión, se consulta constantemente si se está conversando sobre lo que las personas quieren y si ello está siendo útil. Respetando las premisas teóricas y los procedimientos que cada enfoque de terapia tiene, me pregunto qué tanto estas consideraciones o peticiones podrían ser tomadas en cuenta por otros servicios de psicología. ¿Aportaría algún beneficio? ¿Sería posible privilegiar esta información un poco más de lo que privilegiamos nuestros entendidos de la terapia? ¿Usted qué piensa lector/lectora?

Si bien ahora se puede contar con el conocimiento que acabo de señalar, hay otros que siguen sin saberse, es decir, sin investigarse ni documentarse, por lo que desde mi punto de vista valdría la pena hacerlo. En ese sentido, sobre el tercer aspecto que es: ***líneas y recomendaciones para futuras investigaciones***, mis sugerencias van en seguir realizando más estudios cualitativos, incorporando en ellos, una mirada de género y de interseccionalidad. Estableciendo contexto, durante el tiempo que estudié la maestría, en mi de-formación como terapeuta familiar, tuve la oportunidad de brindar terapia desde distintos enfoques (terapia estructural, estratégica, centrada en el problema, modelo Milán, etcétera), cuyas premisas en varios de ellos, además de no contar con perspectiva de género, todavía conciben la necesidad de más de una sesión para lograr un cambio. Así pues, en la práctica terapéutica pude distinguir que las personas, en su mayoría mujeres, que llegaban al servicio solicitando atención y apoyo por estar viviendo situaciones que involucraban ejercicios de violencia, les costaba tiempo y riesgos -en muchos sentidos- tomar la

decisión de asistir a una terapia. En más de una ocasión, a pesar de que en el equipo terapéutico llegamos a escuchar por parte de varias consultantes que no sabían si iban a poder regresar a la siguiente sesión; algunas por miedo a que sus parejas o familiares, regularmente varones, se diesen cuenta de su asistencia y otras por no contar con los recursos económicos para solventar el costo de esta, no fuimos capaces de movernos de nuestras teorías respecto al trabajo en la primera sesión, ni mucho menos mirar el género como un elemento a considerar, reproduciendo con ello espacios de poca sensibilidad y colaboración, es decir, un statu quo.

En contraste, como ya lo he señalado anteriormente, en el seminario de Sesión Única se tiene presente lo que significa para muchas personas utilizar recursos económicos y de tiempo para asistir a una sesión pero aún más, -gracias a que en este sí se cuenta con una perspectiva de género-, se tiene conciencia de esto y de otras implicaciones para las mujeres en situación de violencia. En ese sentido y haciendo eco al trabajo que se lleva a cabo en el servicio de terapia que se brinda en el seminario, me parece que en sucesivas líneas de investigación, vendría bien incorporar la mirada de género, no sólo para el tema de la violencia contra la mujer, -que no es un tema menor, dadas las cifras de feminicidios presentes en nuestro país, siendo estos lo más extremo de la violencia-, sino también para documentar cómo a los varones, por motivos relacionados con estereotipos de género, viven otro tipo de situaciones, entre ellas, la propia asistencia a una terapia. Mi postura política respecto a las desigualdades e inequidades que todavía vivimos por cuestiones de género me hace un llamado de responsabilidad para investigar desde ese lugar. Esto diría que es un aspecto que no fue considerado del todo en mi investigación y por ello, valdría la pena conocer más al respecto.

Asimismo, considero que igualmente ampliaría y enriquecería un poco más lo documentado en esta tesis, el incorporar una visión interseccional. Porque pienso que no es lo mismo, por ejemplo, una mujer o un hombre, de 30 años de edad, que vive en la Ciudad de

México, de clase socioeconómica media-alta, con una orientación homosexual, a una mujer o un hombre, de etnia indígena, de 20 años, con la misma orientación, que vive en una comunidad del norte de Chihuahua y con pocos recursos económicos. En mi opinión, la manera de vivir y de entender el mundo son distintas, y por la experiencia que tuve al haber viajado a varias comunidades de algunos estados de nuestro país, prestando un servicio terapéutico mientras laboraba en una empresa farmacéutica, los accesos a los recursos y servicios de salud, educación, vivienda, etcétera, suelen ser de desventaja para los segundos. Lo que quiero establecer con esto es que como terapeutas e investigadoras(es) no se nos puede escapar que todo se interrelaciona, es decir, nuestras circunstancias de edad, género, socioeconómicas, étnicas, etcétera, así como los contextos sociales, culturales, económicos, políticos, etcétera, de los lugares que habitamos, participan de una u otra forma en la que manera en que vivimos, nos relacionamos y construimos nuestros sentidos y significados de las cosas, de ahí la importancia de tenerlos presentes tanto en las sesiones como en cada estudio que hagamos.

Por último y aunque no están dentro de mis preferencias, otra recomendación sería llevar a cabo investigaciones de corte cuantitativo; incluso, para quienes estén interesados en el tema y dominen dicha metodología, se pueden replicar algunas que documenté en el capítulo cuatro. Esta sugerencia más que ser mía, provino de un comentario que un asistente al XVI Congreso de Posgrado en Psicología me hizo, el cual señaló que sería interesante medir -utilizando pruebas- la efectividad de una sesión, preguntándome además si ya alguien lo había hecho. Ante dicho comentario le compartí que efectivamente ya se habían realizado varias investigaciones cuantitativas en otros países, entre ellas de tipo comparativo, en las que se hicieron mediciones sobre la efectividad de la sesión única vs la terapia tradicional y que las había documentado dentro de mi tesis.

Finalmente, en relación al cuarto aspecto que es: *mi proceso: experiencias y reflexiones al realizar este proyecto doctoral*, he de confesar primero que para este momento en que el escribo las presentes líneas (principios del mes mayo del 2023), me encuentro bastante cansada pero -proporcionalmente- satisfecha del trabajo que he realizado. Sin duda alguna, uno de los mayores desafíos que tuve durante la elaboración de mi tesis, fue la construcción de una parte del estado del conocimiento, específicamente, el apartado sobre las investigaciones de la Terapia de Atención Inmediata, debido a las pocas que encontré en español, si acaso un par, que además no fueron sobre resultados de esta modalidad de servicio sino de implementación. Transparento que leer en inglés y luego hacer la traducción de este a nuestro idioma, no es ni será de mis actividades placenteras. Me recuerdo en ese periodo con fastidio y molestia porque para mi mala fortuna, la mayoría eran de corte cuantitativo y como ya dije, tampoco es mi metodología favorita, luego entonces, cada vez que encontraba una cualitativa, lo sentía como aire fresco. Qué tan significativo me resultó leer las voces y las experiencias de las personas de esas investigaciones que, a pesar de que estaban en inglés, hice descripciones detalladas y casi completas de ellas. De los 31 estudios que conforman mi estado del conocimiento, los siete oasis cualitativos colaboraron en que mi molestia se desvaneciera, dando completamente sentido a mi esfuerzo.

Otra experiencia que igualmente me pareció desafiante fue la elección de seminarios. Sinceramente, ubicar alguno al inicio del Doctorado que fuese de utilidad para mi investigación, sea en lo epistemológico o en lo metodológico no me resultaba sencillo. Recuerdo que en el primer semestre inscribí uno, el cual tuve que dar de baja en la segunda semana. Me sentía fuera de contexto; en la primera clase, de presentación de nuestros proyectos, las y los compañeras(os) hablaban de factores, variables, estandarizaciones, mediciones, etcétera, mientras que yo era la única con un estudio cualitativo. Todavía tengo “fresca” la imagen de la cara del profesor. Mi

interpretación de ella es: ¿Qué estará haciendo aquí? No me hizo pregunta alguna sobre mi proyecto y yo tampoco tuve mayor voluntad de explicitar más de este. Creo que coincidimos -tácitamente- que me vendría bien no estar en dicho seminario. Por las horas de trayecto para llegar a C.U., sumadas a las de la clase, aproximadamente siete, hubiese sido para mí, un tiempo poco redituable, y ayer como hoy, si algo valoro es el tiempo. Valga traer a cuenta que una de las premisas de mi investigación está basada en las posibilidades que se pueden construir en una sola hora, ahora imagínense en siete.

Siguiendo con esta experiencia, no es fortuito que en la totalidad del doctorado, haya repetido un seminario en ocho ocasiones, es decir, lo inscribí en cada semestre y otro en tres. Desde mi perspectiva, el programa de Doctorado en Psicología en la UNAM, está pensado para líneas de investigación lógico positivistas, es decir, cuantitativas, esencialistas, lineales, biologicistas, etcétera. La mirada Socioconstruccionista y ni qué decir de la Posmoderna, en mi opinión, tienen muy poco espacio en la baraja de quienes están al frente de un seminario, quizá porque muchas y muchos profesoras(es) no conocen y por tanto no valoran el aporte crítico y reflexivo que estos lentes epistemológicos podrían brindar en cualquier investigación. No obstante y basándome en lo que sí hay, muy al estilo del modelo terapéutico enfocado en soluciones, aproveché los seminarios que consideré que aportaban ideas para enriquecer mi tesis y en los que me sentía escuchada y entendida. ¡Vaya paralelismo esto último con mis participantes! Así como ellas y ellos señalaron haberse sentido así en la Terapia de Atención Inmediata, para mí también fue valioso el encontrar espacios de escucha y comprensión.

Pero no todo fue un desafío, ahora quiero honrar una de las experiencias que me hizo muy feliz. Durante estos casi cuatro años de doctorado, tuve la oportunidad y el privilegio de compartir los lunes el seminario de Sesión Única con tres generaciones de la maestría en Terapia Familiar en la Facultad de Psicología, al principio en presencial y después en línea por la

pandemia. Puedo afirmar que fue enriquecedor cada uno de los encuentros de empatías, reflexiones, ideas, opiniones, desacuerdos, dudas y preguntas que se construyeron en las conversaciones tanto en las sesiones como fuera de ellas, incluso siendo yo, en un par de ocasiones, consultante de mis compañeras y compañeros de la residencia. Porque déjenme decirles que sí, que en momentos de turbulencia durante el doctorado, en los que no me sentía en paz, recurrí al servicio terapéutico. Tengo todavía muy presente algunos comentarios del equipo reflexivo, que por lo significativo que me resultaron, los utilizo cuando lo necesito.

Regularmente ando por la vida con una mentalidad de sesión única, es decir, me muevo en las posibilidades y en los recursos, en lo que sí tengo, en lo que sí puedo hacer, en las relaciones o dijera White (2002a, 2016), en un club de vida que me provea beneficios, pero eso no significa que de vez en vez y haciendo alusión a lo dicho por mi participante Fernanda, sobre su costalito que se llena, mi costalito no requiera -a veces- de otras colaboraciones para vaciar lo que no le hace bien, y es ahí cuando he acudido a las voces del servicio de terapia.

¡Caray! además regresar al aula en donde se imparte el seminario de Sesión Única y sentarme en el lugar en el que regularmente lo hacía al estudiar la residencia, fue emotivo y evocador de muchas remembranzas, entre ellas, el momento en el que pensé que valdría la pena investigar sobre esta modalidad de servicio terapéutico. Recuerdo que mientras más leía y conocía sobre la Terapia de Atención Inmediata y la Sesión Única, me trasladaba al tiempo en el que estuve brindando terapia en el Hospital General y me decía en tanto ocurría parte de la clase: ¿cómo no supe de esto antes? Imaginaba en lo útil que hubiese sido tener disponible y proporcionar esta modalidad de servicio a las personas hospitalizadas y aquellas que llegaban a consulta ambulatoria de varios estados de nuestro país, con un cúmulo de situaciones, sentimientos, dudas, preguntas, expectativas, etcétera, con escasos recursos económicos, quedándose sus familiares a dormir en el piso, adentro o afuera del hospital, sin comer ni dormir

bien. Me resultaba inevitable -y sigue siéndolo- no traer a mi memoria muchas sesiones en las que yo creo pudo haberse ofrecido o colaborado con las personas de manera distinta.

Desafortunadamente, sin conocer o sin darle la suficiente importancia a esos y otros contextos de las personas, así como a sus necesidades, la mayoría de las y los terapeutas encargadas(os) de los servicios de psicología de las unidades especializadas de salud (Oncología, Neurología, Hematología, Nefrología, etcétera), con tal de cumplir los protocolos de la institución y/o la tradición de la mayoría de los modelos de terapia, preferían dedicar hasta cinco sesiones para evaluaciones (con un costo en aquel entonces de \$60 por cada sesión), lo cual significaba aplicar una serie de pruebas psicológicas de todo tipo, en mi opinión, muchas de ellas con poco o nulo sentido, haciéndoles gastar a las personas que asistían a dichos servicios, no sólo su tiempo sino también su dinero, sin escucharles ni darles respuesta y atención a lo que solicitaban.

Ocurrió que varias veces llegué a coincidir con algunas(os) pacientes, -como se les suele llamar en el ámbito hospitalario-, y cuando me saludaban, sin preguntarles el motivo por el cual no habían asistido a su siguiente sesión, me decían que no les alcanzaba para todo, ya que o pagaban sus medicamentos, consultas y comían algo, o asistían a la terapia pero quedándose sin comer. Esto llegué a comentarlo con la que en aquel entonces era mi supervisora del servicio social y aunque reconozco que a diferencia de otras y otros psicólogas(os) con las que tuve cercanía en el trato, ella hizo algunas acciones en pro de las personas, como la de hablar con las responsables de trabajo social para que les asignaran el nivel socioeconómico más bajo, de tal forma que pagaran menos el costo de la consulta, tenía la creencia de que era necesaria la evaluación psicológica, es decir, la aplicación de una batería de pruebas para iniciar un proceso terapéutico. Si hubiese conocido tan solo un poco sobre la Terapia de Atención Inmediata y la Sesión Única, quizá y solo quizá, su perspectiva se habría modificado. No lo sé, sin embargo, por

lo que la conocí y por la excelente relación que tuve con ella, quiero imaginar que por lo menos, lo hubiésemos conversado.

En síntesis, lo único que espero a partir de lo que he escrito sobre la Terapia de Atención Inmediata (TAI), es contribuir en la producción de nuevas ideas y saberes que permitan mirar y resignificar algunos aspectos de la práctica terapéutica y que esto beneficie tanto a las personas que necesitan y solicitan este servicio, como a los centros e instituciones de salud y educativas que lo proporcionan, que en muchos momentos, por diversas circunstancias, se ven rebasadas por la demanda del mismo.

Mi intención con esta investigación, es que la TAI con postura de sesión única pueda ser valorada como una alternativa terapéutica de utilidad y de pie para futuras investigaciones. Congruente con una mirada Posmoderna y Socioconstruccionista, mi expectativa es que cada uno de los capítulos que contienen esta tesis, más que ser de respuestas y de ideas conclusas, lo sean de preguntas y de reflexiones, dispuestas a seguir conversando con otras en pro de la construcción de conocimientos, que incluya además, las voces de muchas personas más y en ellas se contemplen otras miradas, como ya lo dije, de género, de interseccionalidad u otras.

A punto de finalizar este viaje, solo me resta agradecer una vez más a mis participantes, a mi comité jurado, a las doctoras, doctores y compañeras(os) del programa de Posgrado, así como a la Mtra. Nora y compañeras y compañeros de la Maestría en Terapia Familiar de la Facultad de Psicología, por el interés que mostraron en esta manera tan diferente de pensar y pensarse en la terapia y por todas las preguntas, reflexiones, ideas, cuestionamientos, opiniones y sugerencias que me hicieron, las cuales, sin duda, transformaron mi caminar durante este Doctorado.

Referencias

- Alarcón, J. (2011). Posibilitar otras familias-s. La apertura hacia otras construcciones en la noción de familia. *Tramas, Subjetividad y procesos sociales*, 35(1), 103-121.
<https://biblat.unam.mx/hevila/TramasMexicoDF/2011/no35/4.pdf>.
- Alcázar, R. (2007). Expectativas, percepción del paciente hacia su terapeuta y razones para asistir a dos o más sesiones. *Revista Salud Mental*, 30(5), 55-62.
<https://www.redalyc.org/pdf/582/58230509.pdf>.
- Alvarado, R. (1993). Los géneros del discurso como marcos de la interacción. En R. Alvarado y L. Zavala (Comps.). *Diálogos y Fronteras* (199-211). Nueva Imagen.
- Alvarez, A. y Trujano, P. (2022). Los alcances de la Terapia de Atención Inmediata desde la voz de Irma: Un estudio de caso. *Alternativas en Psicología*, 49, 39-57.
<https://www.alternativas.me/39-numero-49-agosto-2022-enero-2023/289-los-alcances-de-la-terapia-de-atencion-inmediata-desde-la-voz-de-irma-un-estudio-de-caso>.
- Andersen, T. (1987). The Reflecting Team: Dialogue and Meta-Dialogue in Clinical Work. *Family Process*, 26, 415-428. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1987.00415.x>.
- Andersen, T. (1992). Reflections on Reflecting with Families. En S. McNamee & K. Gergen (Eds). *Therapy as Social Construction* (54-68). Sage.
- Andersen, T. (1994). *El Equipo Reflexivo: Diálogos y diálogos sobre los diálogos*. Gedisa.
- Anderson, H. (1999). *Conversación, lenguaje y posibilidades. Un enfoque posmoderno de la terapia*. Amorrortu.
- Anderson, H. (2017). Pensamiento sobre las aportaciones de John Shotter, filósofo, pensador crítico y martillero. *International Journal of Collaborative-Dialogic Practices, Special Issue*, 7(1), 1-3. <https://ijcp.files.wordpress.com/2017/01/anderson-spanish-7.pdf>.

- Asamblea Legislativa del Distrito Federal [ALDF] (2014). *Ley de Salud Mental del Distrito Federal*. Asamblea Legislativa del Distrito Federal, VI Legislatura: Instituto de Investigaciones Parlamentarias. <http://aldf.gob.mx/archivo-2b00f46641b3fa38c97453e24b3f8468.pdf>.
- Bados, A. (2008). *La intervención psicológica: características y modelos*. Universidad de Barcelona: Facultad de Psicología.
<http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/4963/1/IPCS%20caracter%20C3%ADsticas%20y%20modelos.pdf>.
- Bados, A., García, E. y Fusté, A. (2002). Eficacia y utilidad clínica de la terapia psicológica. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2(3), 477-502.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=337/33720307>.
- Barkham, M., Connell, J., Stiles, W., Miles, J., Margison, F., Evans, C. & Mellor-Clark, J. (2006). Dose-Effect Relations and Responsive Regulation of Treatment Duration: The Good Enough Level. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(1), 160-167.
<https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.1.160>.
- Barret, M., Chua, W., Crits-Christoph, P., Gibbons, M., Casiano, D. & Thomson, D. (2008). Early withdrawal from mental health treatment: Implications for psychotherapy practice. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 45(2), 247-267.
<https://doi.org/10.1037/0033-3204.45.2.247>.
- Barwick, M., Urajnik, D., Summer, L., Cohen, S., Reid, G., Engel, K. & Moore, J. (2013). Profiles and Service Utilization for Children Accessing a Mental Health Walk-In Clinic versus Usual Care. *Journal of Evidence-Based Social Work*, 10, 338-352.
<https://doi.org/10.1080/15433714.2012.663676>.
- Bateson, G. (1982). *Espíritu y naturaleza*. Amorrortu.

- Benito, E. (2009). Las Psicoterapias. *Psiencia. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 1(1), 1-9. <http://dx.doi.org/10.5872/psiencia.v1i1.3>.
- Berenzon, S., Saavedra, N., Medina-Mora, M., Aparicio, V. y Galván, J. (2013). Evaluación del sistema de salud mental en México: ¿hacia dónde encaminar la atención? *Rev. Panam Salud Pública*, 33(4), 252-258. <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2013.v33n4/252-258>.
- Bialostosky, D. (1993). Antilógica, dialógica y psicología social sofista. Reinención de Bajtín por Michael Billig. En R. Alvarado y L. Zavala (Comps.). *Diálogos y Fronteras* (183-198). Nueva Imagen.
- Billig, M. (2017). Cómo ser inspirado por John Shotter. *International Journal of Collaborative-Dialogic Practices, Special Issue*, 7(1), 4-6. <https://ijcp.files.wordpress.com/2017/01/billig-spanish-7.pdf>.
- Bloom, B. (2001). Focused Single-Session Psychotherapy: A Review of the Clinical and Research Literature. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 1(1), 75-86. <https://doi.org/10.1093/BRIEF-TREATMENT%2F1.1.75>.
- Bloom, K. & Tam, J. (2015). Walk-in services for child and family mental health. *Journal of Systemic Therapies*, 34(1), 61-77. <https://www.researchgate.net/deref/http%3A%2F%2Fdx.doi.org%2F10.1521%2Fjsyt.2015.34.1.61>.
- Bobele, M., Servín-Guerrero, S., Scamardo, M. & Solórzano, B. (2008). Single-Session/Walk-In Therapy with Mexican-American Clients. *Journal of Systemic Therapies*, 27(4), 75-89. <https://www.researchgate.net/deref/http%3A%2F%2Fdx.doi.org%2F10.1521%2Fjsyt.2008.27.4.75>.

- Boyhan, P. (1996). Clients' perceptions of single session consultations as an option to waiting for family therapy. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 17, 85-96.
<https://doi.org/10.1002/j.1467-8438.1996.tb01078.x>.
- Brinkmann, S. (2018). The interview. En N. Denzin & Y. Lincoln (Eds.). *The Sage Handbook of Qualitative Research* (576-599). Sage.
- Cade, B. y O'Hanlon, H.W. (1993). *Guía breve de terapia breve*. Paidós.
- Cait, C., Skop, M., Booton, J., Stalker, C., Horton, S. & Riemer, M. (2016). Practice-based Qualitative Research: Participant Experiences of Walk-in Counselling and Traditional Counselling. *Social Work Faculty Publications*. http://scholars.wlu.ca/scwk_faculty/17.
- Cameron, C. (2007). Single session and walk-in psychotherapy: A descriptive account of the literature. *Counseling and Psychotherapy Research: Linking research with practice*, 7(4), 245-249. <https://doi.org/10.1080/14733140701728403>.
- Campbell, A. (1999). Single Session Interventions: An Example of Clinical Research in Practice. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 20(4), 183-194.
<https://doi.org/10.1111/j.0814-723X.1999.00128.x>.
- Campbell, A. (2012). Single Session Approaches to Therapy: Time to Review. *The Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 33(1), 15-26.
<https://doi.org/10.1017/aft.2012.3>.
- Campero, M., Fernández, E., Gómez, M., González, M., Herrera, A., Lozano, J., Manassero, V., Rangel, D., Rentería, N. y Sesma, M. (2014). *Converbrijes. Conversaciones sobre el qué-ha-ser terapéutico*. Grupo Campos Elíseos Sur.
- Chaveste, R. y Molina, P. (2017). Reflexiones/Conversaciones con las palabras de John Shotter. *International Journal of Collaborative-Dialogic Practices, Special Issue*, 7(1), 7-9.
<https://ijcp.files.wordpress.com/2017/01/chaveste-molina-spanish-7.pdf>.

- Coffey, A. y Atkinson, P. (2003). *Encontrar el sentido a los datos cualitativos. Estrategias complementarias de investigación*. Universidad de Antioquia.
- Colmenares, S. (2008). De la modernidad a la posmodernidad. *En Memorias del Primer Coloquio de Investigaciones Doctorales en Psicología de la Universidad de las Américas, A.C.* 13-15. <http://www.udla.mx/2008/images/dps/memorias.pdf>.
- Compas, B. y Gotlib, I. (2003). *Introducción a la psicología clínica: ciencia y práctica*. McGraw Hill.
- Crow, N. (2016). *The Usefulness of a Walk-In Therapy Session: A Qualitative Phenomenological Case Study* (Publicación No. 10291292) (Tesis Doctoral, Our Lady of the Lake University). ProQuest. <https://ollusa.on.worldcat.org/oclc/1002073768>.
- Dass-Brailsford, P. & Hage, R. (2015). Using Walk-In Counseling Services after Hurricane Katrina: A Program Evaluation. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 29, 419-432. <https://doi.org/10.1080/10926771.2015.1022287>.
- Denzin, N. & Lincoln, Y. (2018). The discipline and practice of qualitative research. En N. K. Denzin & Y.S. Lincoln (Eds.). *The Sage Handbook of Qualitative Research* (1-26). Sage.
- De Shazer, S. (1984). The death of resistance. *Family Process*, 23(1), 11-17.
- De Shazer, S. (1986). *Claves para la solución en terapia breve*. Paidós.
- De Shazer, S. (1987). *Pautas de terapia familiar breve. Un enfoque ecosistémico*. Paidós.
- De Shazer, S. (1997). *Claves en psicoterapia breve. Una teoría de la solución*. Gedisa.
- Eguiluz, L., Plasencia, M. y Santillán, C. (2017). Estrategias para trabajar con jóvenes que presentan ideas suicidas. *Revista Científica y Profesional de la Asociación Latinoamericana para la Formación y la Enseñanza de la Psicología-ALFEPSI*, 5(13), 94-106.

academica.org/attachments/article/156/08%20Trabajar%20con%20jovenes%20-%20LLEguiluz%20MLPlasencia%20CSantillan.pdf.

Ewen, V., Mushquash, A., Mushquash, C., Bailey, S., Haggarty, J. & Stones, M. (2018). Single-session therapy in outpatient mental health symptoms and functioning. *Social Work in Mental Health*, 16(5), 573-589. <https://doi.org/10.1080/15332985.2018.1456503>.

Flick, U. (2007). *Introducción a la investigación cualitativa*. Morata.

García, A. y Rodríguez, J. (2005). Factores personales en la relación terapéutica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 25(96), 29-36.

<https://www.researchgate.net/deref/http%3A%2F%2Fdx.doi.org%2F10.4321%2FS0211-57352005000400003>.

Gergen, K. (1996). *Realidad y Relaciones. Aproximaciones a la construcción social*. Paidós.

Gergen, K. (2006). *Construir la realidad. El futuro de la psicoterapia*. Paidós.

Gómez, E. (2002). Equidad, género y salud: retos para la acción. *Rev Panam Salud Pública*, 11(5/6), 454-461. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/8729/10734.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Gómez, M. (2010). Concepto de psicoterapia en psicología clínica. *Revista de Psicología de la Universidad de Antioquia*, 2(4), 19-32.

<https://revistas.udea.edu.co/index.php/psicologia/article/view/10290>.

Gómez, P. (2013). Psicoterapia Breve Constructivista-Construccionista (Un Modelo de Intervención Integrado). *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 3(3), 1-19. https://www.psicociencias.org/pdf_noticias/Psicoterapia_breve_constructivista.pdf.

Goodrich, T., Rampage, C., Ellman, B. y Halstead, K. (1989). *Terapia familiar feminista*. Paidós.

Harper-Jaques, S. & Foucault, D. (2014). Walk-In Single-Session Therapy: Client Satisfaction and Clinical Outcomes. *Journal of Systemic Therapies*, 33(3), 29-49.

<https://www.researchgate.net/deref/http%3A%2F%2Fdx.doi.org%2F10.1521%2Fjsyt.2014.33.3.29>.

Harper-Jaques, S., McElheran, N., Slive, A. & Leahey, M. (2008). A Comparison of two approaches to the delivery of Walk-In Single Session Mental Health Therapy. *Journal of Systemic Therapies*, 27(4), 40-53.

<https://www.researchgate.net/deref/http%3A%2F%2Fdx.doi.org%2F10.1521%2Fjsyt.2008.27.4.40>.

Hernández, J. (2020). Impacto de la Covid-19 sobre la salud mental de las personas. *Medicentro Electrónica*, 24(3), 578-594.

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432020000300578.

Hymmen, P., Stalker, C. & Cait, C. (2013). The case for single-session therapy: Does the empirical evidence support the increased prevalence of this service delivery model? *Journal of Mental Health*, 22(1), 60-71.

<https://www.researchgate.net/deref/http%3A%2F%2Fdx.doi.org%2F10.3109%2F09638237.2012.670880>.

Hirschhorn, D. (1999). Postmodern Ethics and Our Theories Doing Therapy Versus Being Therapists. *Journal of Systemic Therapies*, 18(4), 18-41.

<https://doi.org/10.1521/jsyt.1999.18.4.18>.

Hirschkop, R. (1993). ¿Es real el dialogismo? En R. Alvarado y L. Zavala (Comps.). *Diálogos y Fronteras* (91-110). Nueva Imagen.

Hoffman, L. (1989). Una posición constructivista para la Terapia Familiar. *Psicoterapia y familia*, 2(2), 41-53. https://www.worldcat.org/title/posicion-constructivista-para-la-terapia-familiar/oclc/926774671&referer=brief_results#borrow.

Ito, M. & Vargas, B. (2005). *La Investigación Cualitativa para Psicólogos. De la idea al reporte*. Porrúa.

Kaufhold, F. (2001). Ethics in Therapy: Moving from the mind to the heart. *Journal of Systemic Therapies*, 20(4), 25-35. <https://doi.org/10.1521/jsyt.20.4.25.23092>.

Katayama, R. (2014). *Introducción a la Investigación Cualitativa: Fundamentos, métodos, estrategias y técnicas*. Universidad Inca Garcilaso de la Vega.

Labrador, F., Estupiña, F. y García, M. (2010). Demanda de atención psicológica en la práctica clínica: tratamientos y resultados. *Psicothema*, 22(4), 619-626.
https://www.researchgate.net/publication/277266362_Demanda_de_atencion_psicologica_en_la_practica_clinica_tratamientos_y_resultados.

Lamsal, R., Stalker, C., Cait, C., Riemer, M. & Horton, S. (2017). Cost-effectiveness analysis of single-session walk-in counseling. *Journal of Mental Health, Early Online*, 1-7.
<http://dx.doi.org/10.1080/09638237.2017.1340619>.

Losantos, M., Montoya, T., Exeni, S., Santa Cruz, M. y Loots, G. (2016). Aplicando la Epistemología Socioconstruccionista a la Investigación en Psicología. *International Journal of Collaborative Practice*, 6(1), 32-46.
https://www.researchgate.net/publication/277266362_Demanda_de_atencion_psicologica_en_la_practica_clinica_tratamientos_y_resultados.

Lytard, J. (1984). *La condición postmoderna*. Cátedra.

MacKenzie, L., Bedgood, J. & Csiernik, R. (2019). The Impact of Weather on a Canadian Post-Secondary Walk-in Counseling Program. *Journal of College Student Psychotherapy*.
<https://doi.org/10.1080/87568225.2019.1677386>.

Mayan, M. (2009). *Essentials of Qualitative Inquiry*. Left Coast Press.

- McNamee, S. (2001). Recursos relacionales: la reconstrucción de la terapia y otras prácticas profesionales en el mundo posmoderno. *Sistemas Familiares*, 17(2), 113-129.
https://mypages.unh.edu/sites/default/files/sheilamcnamee/files/recursos_relacionales_sistemas_familiares.pdf.
- Miller, J. (1996). *Walk-In Single Session Therapy: A Study of Client Satisfaction* (Publicación No. 9719921) (Tesis Doctoral, Faculty of the Virginia Polytechnic Institute and State University). UMI Microform.
https://vtechworks.lib.vt.edu/bitstream/handle/10919/37776/LD5655.V856_1996.M552.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- Miller, J. (2008). Walk-In Single Session Team Therapy: A Study of Client Satisfaction. *Journal of Systemic Therapies*, 27(3), 78-94. <https://doi.org/10.1521/JSYT.2008.27.3.78>.
- Miller, J. & Slive, A. (2004). Breaking Down the Barriers to Clinical Service Delivery: Walk-In Family Therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 30(1), 95-103.
<https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2004.tb01225.x>.
- Morales, E. (2009). Herejías Terapéuticas: Un Acercamiento Construccionalista Relacional a la Psicoterapia. En D. Miranda, R. Nina y B. Ortiz (Eds.). *Temas de la Psicología* (121-141). Publicaciones Puertorriqueñas.
- Moreno, J., Rozo, M. y Cantor, M. (2012). Permanencia y abandono terapéutico en un centro de servicios psicológicos. *Psychologia: Avances de la Disciplina*, 6(2), 23-34.
<https://doi.org/10.21500/19002386.1181>.
- Moya, C. (2008). Algunas ideas posmodernas acerca del lenguaje. *Forma y función*, 21, 167-188.
<https://revistas.unal.edu.co/index.php/formayfuncion/article/view/9488>.
- O'Hanlon, H.W. (1999). *Desarrollar posibilidades*. Paidós.
- O'Hanlon, H.W. y Weiner-Davis, M. (1989). *En busca de soluciones*. Paidós.

- Olson, M., Seikkula, J. & Ziedonis, D. (2014). *The key elements of dialogic practice in Open Dialogue*. The University of Massachusetts Medical School. USA: Worcester, MA.
<http://umassmed.edu/psychiatry/globalinitiatives/pendialogue>.
- Orellana, D. y Sánchez, M. (2006). Técnicas de recolección de datos en entornos virtuales más usadas en la investigación cualitativa. *Revista de Investigación Educativa*, 24(1), 205-222.
<https://revistas.um.es/rie/article/view/97661/93701>.
- Paul, K. & van Ommeren, M. (2013). A primer on single session therapy and its potential application in humanitarian situations. *Intervention*, 11(1), 8-23.
<https://www.researchgate.net/deref/http%3A%2F%2Fdx.doi.org%2F10.1097%2FWTF.0b013e32835f7d1a>.
- Pekarik, G. (1992). Relationship of clients' reasons for dropping out of treatment to outcome and satisfaction. *Journal of Clinical Psychology*, 48(1), 91-98.
[https://psycnet.apa.org/doi/10.1002/1097-4679\(199201\)48:1%3C91::AID-JCLP2270480113%3E3.0.CO;2-W](https://psycnet.apa.org/doi/10.1002/1097-4679(199201)48:1%3C91::AID-JCLP2270480113%3E3.0.CO;2-W).
- Pérez, J. (2003). Una mirada ética desde la terapia familiar. En A. Gómez (Ed.). *Ética en el Diván* (71-87). Lumen.
- Perkins, R. (2006). The effectiveness of one session of therapy using a single-session therapy approach for children and adolescents with mental health problems. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 79, 215-227.
<https://doi.org/10.1348/147608305X60523>.
- Perkins, R. & Scarlett, G. (2008). The effectiveness of single session therapy in child and adolescent mental health. Part 2: An 18-month follow-up study. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 81, 143-156.
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1348/147608308X280995>.

- Pollock, M. (1993). Lo que se deja afuera: Bajtín, el feminismo y la cultura de los límites. En R. Alvarado y L. Zavala (Comps.). *Diálogos y Fronteras* (113-131). Nueva Imagen.
- Porcel, M. (2005). El abandono en las terapias psicológicas. *Aposta. Revista de Ciencias Sociales*, 14, 1-16. <http://www.apostadigital.com/revistav3/hemeroteca/porcel.pdf>.
- Price, C. (1994). Open Days: Making Family Therapy Accessible In Working Class Suburbs. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 15(4), 191-196.
<https://doi.org/10.1002/j.1467-8438.1994.tb01011.x>.
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación de la Salud, de los Aspectos Éticos de la Investigación con Seres Humanos. *Diario Oficial de la Federación*, México, 6 de enero de 1987.
https://www.dof.gob.mx/nota_to_imagen_fs.php?cod_diario=199358&pagina=100&seccion=0.
- Richardson, L. & Adams St. Pierre, E. (2018). Writing: A method of inquiry. En: N. Denzin & Y. Lincoln (Eds.). *The Sage Handbook of Qualitative Research* (818-838). Sage.
- Rondón, A.P., Otálora, I.L., y Salamanca, Y. (2009). Factores que influyen en la deserción terapéutica de los consultantes de un centro universitario de atención psicológica. *International Journal of Psychological Research*, 2(2), 137-147.
<https://www.redalyc.org/pdf/2990/299023513007.pdf>.
- Ruiz Olabuénaga, J. (1996). *Metodología de la Investigación Cualitativo*. Universidad de Deusto.
- Sánchez y Gutiérrez, D. (2000). *Terapia Familiar: modelos y técnicas*. Manual Moderno.
- Schueller, M. (1993). El dialogismo y una teoría del género. En R. Alvarado y L. Zavala (Comps.). *Diálogos y Fronteras* (133-145). Nueva Imagen.

- Schleider, J., Dobias, M., Sung, J. & Mullarkey, M. (2019). Future Directions in Single-Session Youth Mental Health Interventions. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 1-15. <https://doi.org/10.1080/15374416.2019.1683852>.
- Secretaría de Salud (2014). *Programa de Acción Específico. Salud Mental 2013-2018*. <https://www.gob.mx/salud/documentos/programa-de-accion-especifico-salud-mental-2013-2018>.
- Sen, A. (2000). *Desarrollo y libertad*. Planeta
- Sesma, M., Gómez, M., Rentería, N., Fernández, E., Olivares, S., Rangel, D., Panizo, J., Noriega, P., Manassero, V., Lozano, J., Herrera, A., Campero, M. y Jiménez, S. (2016). El equipo reflexivo sin equipo: El uso de la polifonía y las múltiples voces en la consulta privada. *Revista Sistemas Familiares y otros sistemas humanos*, 32(1), 14-22. <https://es.scribd.com/document/445554482/El-Equipo-Reflexivo-el-uso-de-la-polifonia-y-multiples-vozes-en-la-consulta-privada>.
- Shotter, J. (1995). In Conversation: Join Action, Shared Intentionality and Ethics. *Theory & Psychology*, 5(1), 49-73. <https://www.researchgate.net/deref/http%3A%2F%2Fdx.doi.org%2F10.1177%2F0959354395051003>.
- Shotter, J. (2001). *Realidades conversacionales. La construcción de la vida a través del lenguaje*. Amorrortu.
- Simons, H. (2011). *El estudio de caso. Teoría y práctica*. Morata.
- Slive, A. y Bobele, M. (2011). *Cuando solo tiene una sola hora. Terapia efectiva para clientes de atención inmediata*. Paidós.
- Slive, A. & Bobele, M. (2012). Walk-In Counselling Services: Making the Most of One Hour. *The Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 33(1), 27-38.

<https://www.researchgate.net/deref/http%3A%2F%2Fdx.doi.org%2F10.1017%2Fjst.2012.4>.

Slive, A., MacLaurin, B., Oakander, M. & Amundson, J. (1995). Walk-In Single Sessions: A New Paradigm in Clinical Service Delivery. *Journal of Systemic Therapies*, 14(1), 3-11.
<https://doi.org/10.1521/jsyt.1995.14.1.3>.

Slive, A., McElheran, N. & Lawson, A. (2008). How Brief does it get? Walk-In Single Session Therapy. *Journal of Systemic Therapies*, 27(4), 5-22.
<https://www.researchgate.net/deref/http%3A%2F%2Fdx.doi.org%2F10.1521%2Fjsyt.2008.27.4.5>.

Smith, C. (2000). Content analysis and narrative analysis. En H. Reis & C. Judd. *Handbook of research methods in social and personality psychology* (313-335). Cambridge University Press.

Sommers-Flanagan, J. (2007). Single-Session Consultations for Parents: A preliminary Investigation. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*, 15(1), 24-29. https://www.researchgate.net/profile/John_Sommers-Flanagan/publication/228648892_Single-Session_Consultations_for_Parents_A_Preliminary_Investigation/links/00463525d84375b214000000/Single-Session-Consultations-for-Parents-A-Preliminary-Investigation.pdf.

Stake, R. (2007). *Investigación con estudio de casos*. Morata.

Stalker, C., Horton, S. & Cait, C. (2012). Single Session Therapy in a Walk-in Counselling Clinic: A Pilot Study. *Journal of Systemic Therapies*, 31(1), 38-52.
<https://www.researchgate.net/deref/http%3A%2F%2Fdx.doi.org%2F10.1521%2Fjsyt.2012.31.1.38>.

- Stalker, C., Riemer, M., Cait, C., Horton, S., Booton, J., Josling, L., Bedggood, J. & Zaczek, M. (2016). A comparison of walk-in counseling and the wait list model for delivering counseling services. *Journal of Mental Health*, 25(5), 403-409.
<https://doi.org/10.3109/09638237.2015.1101417>.
- Tarragona, M. (2006). Las Terapias Posmodernas: Una breve introducción a la terapia colaborativa, la terapia narrativa y la terapia centrada en soluciones. *Psicología Conductual*, 14(3), 511-532.
<http://www.enlinea.cij.gob.mx/Cursos/Hospitalizacion/pdf/Terapiasposmodernas.pdf>.
- Tena-Suck, A. (2017). Desarrollo de un modelo de orientación psicológica para universidades. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 22(3), 263-276.
<https://www.redalyc.org/pdf/292/29255775001.pdf>.
- Umbarger, C. (1983). *Terapia familiar estructural*. Amorrortu.
- Vasilachis de Gialdino, I. (coord.) (2006). *Estrategias de Investigación Cualitativa*. Gedisa.
- Velasco, A. y Hernández, E. (2016). Deserción al tratamiento en psicoterapia de mujeres víctimas de violencia de género. *Redes*, 33, 27-36.
<https://redesdigital.com.mx/index.php/redes/article/view/177/121>.
- Walters, M., Carter, B., Papp, P. y Silverstein, O. (1991). *La red invisible. Pautas vinculadas al género en las relaciones familiares*. Paidós.
- White, M. (1994). *Guías para una terapia familiar sistémica*. Gedisa.
- White, M. (2002a). *El enfoque narrativo en la experiencia de los terapeutas*. Gedisa.
- White, M. (2002b). *Reescribir la vida. Entrevistas y ensayos*. Gedisa.
- White, M. (2015). *Práctica Narrativa. La conversación continúa*. Pranas Chile Ediciones y Colectivo de Prácticas Narrativas México.

- White, M. (2016). *Mapas de la práctica narrativa*. Pranas Chile Ediciones y Colectivo de Prácticas Narrativas México.
- White, M. y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Paidós.
- Wilson, J. (2017). El filósofo y el practicante: un dúo. *International Journal of Collaborative-Dialogic Practices, Special Issue*, 7(1), 56-60.
<https://ijcp.files.wordpress.com/2017/01/wilson-spanish-7.pdf>.
- Young, J. & Dryden, W. (2019). Single-session therapy - past and future: an interview. *British Journal of Guidance & Counselling*. <https://doi.org/10.1080/03069885.2019.1581129>.
- Young, J. Weir, S. & Rycroft, P. (2012). Implementing Single Session Therapy. *The Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 33(1), 84-97.
<https://doi.org/10.1017/aft.2012.8>.
- Young, K. (2008). Narrative Practice at a Walk-In Therapy Clinic: Developing Children's Worry Wisdom. *Journal of Systemic Therapies*. 27(4), 54-74.
<https://www.researchgate.net/deref/http%3A%2F%2Fdx.doi.org%2F10.1521%2Fjsyt.2008.27.4.54>.
- Young, K. & Cooper, S. (2008). Toward Co-Composing an Evidence Base: The Narrative Therapy Re-Visiting Project. *Journal of Systemic Therapies*, 27(1), 67-83.
<https://dulwichcentre.com.au/wp-content/uploads/2016/07/Towards-Cocomposing-an-evidence-base.pdf>.
- Young, K., Dick, M., Herring, K. & Lee, J. (2008). From Waiting Lists to Walk-in: Stories from a Walk-In Therapy Clinic. *Journal of Systemic Therapies*, 27(4), 23-39.
<https://doi.org/10.1521/jsyt.2008.27.4.23>.
- Zegers, B. (2001). Psicoterapias breves de orientación psicodinámica. *Revista Psykhe*, 10(2), 149-166. <http://www.psykhe.cl/index.php/psykhe/article/view/382/362>.

ANEXOS

Anexo A. Carta de Consentimiento Informado

Yo _____

manifiesto que se me ha explicado y que he comprendido de forma clara lo siguiente:

- La presente investigación, que forma parte del Programa de Doctorado en Psicología por la Universidad Nacional Autónoma de México, es realizada por Anayanci Alvarez Sevilla.
- Los propósitos de la investigación son conocer los alcances que puede tener la Terapia de Atención Inmediata, así como su posible utilidad, beneficios y limitaciones desde las voces que utilizan dicho servicio de terapia.
- La participación, que de forma completamente voluntaria tendré en esta investigación, será a través de una entrevista con las siguientes características: 1) será un mes después de la sesión de terapia, de manera presencial o por plataforma zoom, y exclusivamente estaremos Anayanci Alvarez Sevilla y yo: _____, 2) no tendrá alguna retribución o costo económico para mi persona, 3) tendrá una duración de 120 minutos y será grabada en audio y video, y 4) se utilizará la grabación de la sesión como una fuente de información.
- Será respetado el derecho que tengo para detener la entrevista a la cual he accedido participar y/o a denegar la autorización de mi participación, sin ningún inconveniente o compromiso para mi persona.
- Será respetado el anonimato y la confidencialidad de datos sensibles que proporcione y/o de toda aquella información que yo decida que sea omitida en esta investigación.

- La información que se derive de la entrevista, a la cual he accedido participar voluntariamente, es para fines académicos y de divulgación científica, por lo que de manera anónima, el contenido podrá ser presentado en congresos, coloquios, publicaciones, etcétera.
- Considerando de suma importancia la protección de datos personales y de la información confidencial que de la entrevista se derive, tanto Anayanci Alvarez Sevilla como yo: _____ nos comprometemos a cuidar y tratar la información con estricta reserva, lo cual significa no reproducirla, divulgarla, hacer mal uso de ella o autorizar su acceso a alguien más, sea parcial o totalmente, excepto para los fines y las condiciones que ya han sido acordadas.
- Puedo contactar a Anayanci Alvarez Sevilla al número de celular XXXXXXXXXXX para cualquier duda sobre mi participación en esta investigación.
- Una vez concluida la investigación, tengo derecho a solicitar información sobre los resultados de mi participación y en cómo esta quedará plasmada en el texto para los fines académicos y de divulgación científica al número de celular señalado anteriormente.

He comprendido también que con las disposiciones que he leído, se ha dado cumplimiento al Artículo 13 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, publicada en México, el 6 de enero de 1987, en el Diario Oficial de la Federación, que en su Título Segundo, De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos, señala que “en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar”.

Después de haber leído personalmente esta información y haber aclarado cualquier duda al respecto, manifiesto que acepto participar de forma libre y voluntaria en la entrevista que se me ha solicitado para los fines de esta investigación.

Nombre completo y Firma

Ciudad de México, a _____ de _____ de _____.

Anexo B. Guía de Entrevista

Ejes temáticos	Posibles preguntas
Posibilidades	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Consideras que en algo colaboró la sesión terapéutica para mirar la situación que te llevó a terapia de una manera diferente? • ¿Qué ideas que se conversaron en la sesión te hicieron más sentido o te resultaron más interesantes? • Después de haber asistido a sesión, ¿qué ideas podrías decir que te siguen siendo significativas o útiles hoy en día?
Recursos y Soluciones	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuáles dirías que son tus recursos? • ¿Consideras que hoy tienes más recursos que antes? • ¿Qué soluciones pudiste construir a partir de la sesión? • ¿Cómo le hiciste para construirlas?
Expectativas	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo te pareció la Terapia de Atención Inmediata? • ¿Pudiste conversar de los temas que a ti te interesaban? • ¿Cómo consideras el tiempo que esperaste para recibir la atención terapéutica? • ¿Qué cosas te sorprendieron favorablemente de la sesión? • ¿Qué aspectos de la sesión no cumplieron con tus expectativas?
Satisfacción con el servicio	<ul style="list-style-type: none"> • Durante la conversación en la sesión, ¿te sentiste escuchado(a), comprendido(a) y respetado(a)? • ¿Te resultó satisfactoria la asistencia a la Terapia de Atención Inmediata? • Si tuvieras que valorar la satisfacción que el servicio te proporcionó, ¿qué número le darías del 1 al 10?, tomando en cuenta que el 1 es el más bajo y 10 el más alto. • ¿Qué aspectos cambiarías del servicio que recibiste?
La terapia en los entornos familiar y social	<ul style="list-style-type: none"> • A partir de la sesión, ¿notaste algún cambio en las relaciones con tu familia o amigos(as)? • ¿Qué beneficios crees que pudo aportar lo que conversaste en la sesión en la manera en que hoy te relacionas con tus seres queridos? • ¿Qué crees que dirían tus seres queridos si hubiesen escuchado la sesión?