



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

DIÁLOGO Y TERAPIA SISTÉMICA: LA CONSTRUCCIÓN DE UN DISCURSO POLIFÓNICO

INFORME DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE

MAESTRO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

JULIO ALDEBARÁN ROBERTOS NEGRÓN

DIRECTOR

DR. RICARDO SÁNCHEZ MEDINA
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

COMITÉ TUTOR

MTRA. OFELIA DESATNIK MIECHIMSKY
DR. GERARDO RESÉNDIZ JUAREZ
MTRA. LAURA EDITH PÉREZ LABORDE
DRA. NÉLIDA PADILLA GÁMEZ
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

TLALNEPANTLA DE BAZ, ESTADO DE MEXICO

SEPTIEMBRE 2023



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Resumen

A pesar de ser una ciencia bastante joven, la trayectoria evolutiva de la psicología ha sido una increíblemente acelerada. Actualmente, el horizonte de la disciplina presenta una vastísima gama de exponentes, posturas y prácticas cuya aplicación acaba por desembocar en el crisol de la psicoterapia. Las coincidencias entre posturas se vuelven cada vez más comunes, y las distinciones entre corrientes más difusas e imprecisas.

En el presente informe de experiencia profesional se hace un análisis de dos casos en los que se visibilizan los puentes entre dos de estas corrientes: la sistémica y la dialógica. Y si bien en estos casos tanto terapeuta como equipo terapéutico no trabajaron desde un modelo sistémico-dialógico; con la visión adecuada, es posible distinguir el lugar donde las reglas sistémicas y la anarquía dialógica convergen¹.

¹ El contraste entre orden (“reglas”) y desorden (“anarquía”), así como el uso de dichos términos, corresponde a la observación que hacen Bertrando y Lini (2021) en relación con la extraña simetría que emerge al comparar las visiones de los padres de ambas corrientes: Gregory Bateson (para quien el mundo era ontológicamente organizado según principios sistémicos) y Mijaíl Bajtín (para quien el mundo era ontológicamente anárquico).

INDICE TEMÁTICO

Resumen	2
Introducción y justificación	4
CAPÍTULO 1. ANÁLISIS DEL CAMPO PSICOSOCIAL	6
1.1 Principales problemas que presentan las familias atendidas	16
1.2 Descripción de las sedes donde se realizó la experiencia clínica	19
1.3 Cuadro de familias atendidas.....	23
CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO	31
2.1 Modelo (s) que guiaron los casos clínicos.....	31
2.2 Análisis y discusión del (los) tema (s) que sustentan los casos clínicos	35
CAPÍTULO 3. CASOS CLÍNICOS	53
3.1 Integración de dos expedientes de trabajo clínico	53
3.1.1 Marisa	53
3.1.2 Tessa y Leila.....	59
3.2 Análisis y discusión teórico-metodológica de la intervención clínica con los dos casos elegidos	65
3.2.1 Caso Marisa	67
3.2.2 Caso Tessa y Leila.....	96
3.2.3 Conclusión del análisis de los casos	119
3.3 Análisis del sistema terapéutico total	122
CAPÍTULO 4. CONSIDERACIONES FINALES.....	130
4.1 Resumen de las competencias profesionales adquiridas: teórico conceptuales, clínicas, investigación, difusión, prevención, ética y compromiso social.....	131
4.2 Reflexión y análisis de la experiencia	134
4.3 Implicaciones en la persona del terapeuta y en el campo profesional.....	135
REFERENCIAS	137

Introducción y justificación

A pesar de ser una ciencia bastante joven, la trayectoria evolutiva de la psicología ha sido una increíblemente acelerada. Actualmente, el horizonte de la disciplina presenta una vastísima gama de exponentes, posturas y prácticas cuyo constante estado de expansión sigue vigente hasta el sol de hoy.

Este gran abanico de posturas ha enriquecido la práctica y estudio psicológicos en todos sus ámbitos. Sin embargo, y de acuerdo con Bueno (1973):

El inconveniente relativo a esta intrincada complejidad del saber es la confusión de sus diversas parcelas, que deben acotarse en la jurisdicción que corresponde a cada una y en las interrelaciones que forzosamente establecen todas ellas (p. 146).

En tiempos modernos, la división entre parcelas se vuelve no solo cada vez más nebulosa, sino también: inconsecuente. Esto es incluso más obvio en la práctica psicoterapéutica, donde todas las corrientes apuntan a la misma cosa: el bienestar del consultante; dado que es únicamente lógico que, al dirigirse hacia el mismo lugar, algunas corrientes acaben topándose las unas con las otra en el camino.

De esta forma, el objetivo de este informe es hacer visibles los lugares en los que la práctica de la corriente sistémica y la de la dialógica alcanzan un estado de coalescencia; un estado sistémico-dialógico. Y, para tal efecto, se encuentra dividido en cuatro capítulos:

- El primero de ellos describe tanto el campo psicosocial de las familias en México, como las sedes en las que los estudiantes de posgrado se desarrollaron en la supervisión clínica.

- El segundo capítulo desarrolla el marco teórico necesario para contextualizar el análisis de los casos y describe el modelo de atención empleado durante dichos casos.
- El tercer capítulo expone el análisis de los casos elegidos junto con un análisis del sistema terapéutico total.
- En el último capítulo se hace un recuento de las experiencias personales y profesionales vividas y adquiridas durante la residencia, así como las implicaciones de estas en la persona del terapeuta.

CAPÍTULO 1. ANÁLISIS DEL CAMPO PSICOSOCIAL

Quizá no hay mejor manera de comenzar este trabajo que tomando prestadas las palabras con las que Ariza y Oliveira (2001) describen la situación que las familias latinoamericanas atraviesan en la actualidad:

Ocultas por la persistente estabilidad de la estructura familiar y la permanente exaltación de un discurso ideológico que ensalza a la familia tradicional como modelo social, las familias latinoamericanas empiezan a mostrar tímidas —aunque inequívocas— señales de cambio en algunos sectores y grupos sociales. En la génesis de estas transformaciones se encuentra una serie de procesos demográficos, culturales y económicos de diversa temporalidad y compleja interrelación. (p.1)

Para entender estas transformaciones, hay que retroceder en el tiempo y tomar perspectiva. Las pautas de cambio se remontan a la década de los 50s, pasando por los 70s y terminando en los días del nuevo milenio; la actualidad.

Pautas de Cambio

La década de los 50s comprende la corriente funcionalista sobre la familia. Este enfoque supone que la familia tiene un desarrollo único y previsible que se encuentra vinculado al proceso de modernización de las sociedades: se establece un solo arreglo de familia que contempla al hombre como padre-proveedor, a la mujer como madre-ama de casa y a los hijos; cualquier otro arreglo familiar es disfuncional (Beltrán et al., 2010).

Como se puede notar, una de las características de este modelo familiar reside en la rígida definición y jerarquización de los roles. Beltrán et al. (2010) mencionan que esta rigidez se nota particularmente con las mujeres, para ellas el trabajo extradoméstico era aceptado únicamente cuando la crianza de los hijos hubiera terminado, y contemplando que su ingreso fuera solo suplemento del ingreso principal.

Gutiérrez et al. (2016) señalan que, concretamente en México, los fenómenos revolucionarios y migratorios que precedieron a la década de los 50s dieron pie a que las mujeres (que, debido a los mismos fenómenos, se quedaban a cargo de una familia en la que el hombre estaba ausente), adquirieran un papel muy importante dentro del seno familiar. Esta escalada acabó consolidándose en 1953 con el triunfo sufragio femenino, que les permitió no solo adquirir el carácter de ciudadanas sino también la oportunidad de ser escuchadas, manifestar demandas y exigir derechos.

De esta forma, los cuestionamientos relacionados con la familia continuarían en la década de 1970 de la mano de las ideas feministas. Sin embargo, en el caso de México, Pacheco y Mercedes (2010) coinciden en que, antes de analizar el nuevo abordaje de la década de los 70s, vale la pena detenerse dos años antes; 1968: fecha en la que tiene lugar el movimiento estudiantil y obrero que desembocaría en la infame matanza de Tlatelolco.

El conocido movimiento del 68 tiene, además, una faceta simbólica, ya que, entre muchas lecturas, se le ha señalado como una expresión de un momento histórico en el que también se cuestionaba el autoritarismo familiar y no sólo el gubernamental.
(p.51)

De acuerdo con Gutiérrez et al. (2016), esta era una época en la que los hijos obedecían sin poder opinar; en la que las familias constituían un régimen de prohibiciones y autoritarismo machacante cuyo yugo subordinaba a sus integrantes; y en la que las mujeres, a las que rara vez se les permitía estudiar, se llevaban la peor parte de la subordinación.

No sería hasta la década de los 70s que las ideas feministas pondrían sobre la mesa una visión desde la cual las normas de cada sistema de producción imponían una estructura familiar específica. Este nuevo abordaje rompería con la idea de la familia universal, dando más importancia al vínculo entre el sistema de producción y relaciones familiares, y cuestionaría nociones como: la desigualdad en el trabajo doméstico entre hombres y mujeres; la tesis esencialista sobre lo masculino y femenino; la visión idealizada de la familia nuclear; la visión dicotómica de lo público y lo privado; la subordinación económica, laboral, sexual y de toma de decisiones de las mujeres (Beltrán et al., 2010).

A partir de dichos cuestionamientos se inició una evolución conceptual que paradójicamente desarrolló conceptos nuevos o revitalizó otros como los de género, reproducción de las unidades y grupos domésticos, reproducción de la fuerza de trabajo, dinámica comunicativa, doble vínculo, y otros, los cuales tenían como centro de ataque a la familia nuclear, pero al mismo tiempo seguían manteniéndola como unidad de análisis (Esteinou, 2010, p.66).

Y es a raíz de estas últimas indagaciones, que durante la década de los 80s y extendiéndose hasta los años 2000, las aportaciones de las investigaciones *queer* jugarían un papel fundamental en la crítica de las concepciones normativas sobre las identidades y el ejercicio de las sexualidades. De acuerdo con Beltrán et al (2010), es durante esta década que

se cuestionaron las nociones de la heterosexualidad obligatoria, como una ideología normativa que descalifica a las personas con otras formas de sexualidad distinta.

Para Esteinou (2010), este periodo abrió las puertas al desarrollo de una gran variedad de formas familiares, que trajeron consigo la exploración de muchos tipos distintos de la expresión de la intimidad. Desde la perspectiva demográfica, la misma autora afirma que en México, los cambios más importantes fueron una drástica reducción en ambas: la tasa de fecundidad (de 7.2 hijos por mujer en los 70s a solo 2.4 en los 2000s) y el número de años que una mujer pasaba criando hijos (de 22 años en los 70s a cerca de 15 años en los 2000s).

Adicionalmente, Pacheco y Mercedes (2010) señalan que una de las principales características de la década de los 80s es que la brecha entre participación masculina y femenina en el ámbito laboral mexicano se acorta de una tasa de participación masculina siete veces mayor durante los años 50s a una tan solo 2.5 veces mayor en los 80s.

Transformaciones

En Latinoamérica se ha registrado una importante tendencia al ocultamiento o negación de las tradiciones culturales subalternas. Esto dado que los estados nacionales esbozan discursos hegemónicos europeizantes que, en nombre de la modernidad, las han relegado a prácticas de los pobres o los “menos civilizados” (Robichaux, 2007).

Sin embargo, Esteinou (2008) señala que la proporción de estructuras nucleares ha ido en declive desde los años setenta, mientras que otras clases de organización como los hogares monoparentales van en aumento. También afirma que es probable que este declive

se deba a un incremento en las separaciones y divorcios, y a los cambios registrados en el plano socioeconómico y cultural.

Estos hallazgos coinciden con los de Beltran et al. (2010) en los que también se ve una tendencia al aumento de los hogares con parejas sin hijos, monoparentales, con familias extensas y unipersonales. Así mismo, entre las transformaciones más importantes a la familia mexicana que estos autores señalan están:

- El incremento de las familias de doble ingreso (De 25.7% a 39.7%).
- Aumento de la jefatura femenina (De 16.5% a 23.1%).
- Reducción del tamaño de la familia (De 5.9 a 4 miembros en promedio).

Otras observaciones realizadas por los mismos autores incluyen: mayor aceptación en la práctica cotidiana de las aportaciones económicas de las mujeres en las familias; diferencias significativas en la movilidad de los roles de género dentro de sectores de clase media y sectores populares; preocupación de las mujeres por distribuir equitativamente con sus parejas el trabajo doméstico; replanteamiento y búsqueda de nuevas formas de ejercer la paternidad; cambios en la concepción de autoridad en la relación entre progenitores y menores de edad; modificación en las trayectorias o ciclos de la vida familiar.

Ariza y Oliveira (2001) señalan que, en el caso de América Latina, el proceso de reestructuración económica estuvo precedido de la puesta en marcha de políticas de estabilización y ajuste para hacer frente a las recurrentes crisis económicas que han azotado la región desde los años ochenta del siglo XX. Desde entonces, las condiciones de vida de

los trabajadores se han deteriorado frente a los elevados niveles de inflación, el control de los salarios y la reducción de los servicios prestados por el Estado.

Son los mismos autores los que señalan que todos estos cambios obedecen a un conjunto de factores ante los cuales las familias están operando como “amortiguador”, asumiendo a partir de sus activos y de una sobrecarga de trabajo para todos sus miembros, las responsabilidades que antes asumía el Estado y los empleadores. Así, la actual configuración económica local y mundial ha provocado un aumento en la demanda social a las familias, sólo que éstas no cuentan ni se les otorgan nuevos recursos para hacerles frente, lo que genera entornos de tensión, incertidumbre, frustración y vulnerabilidad al interior de ellas.

Según Beltran. et al (2010), la sobrecarga de la que hablaban Ariza y Olivera (2001) está comenzando a ser evidente a la vista de varios fenómenos. Uno de ellos es la tendencia al alza del apoyo familiar a los adultos mayores, el envejecimiento doméstico alcanzó un 20.4% en 2005, lo que significa que dos de cada diez hogares son multigeneracionales, es decir, donde conviven personas de 60 años y más, con personas menores de 60 años.

Por otro lado, las familias también están actuando como red de protección contra desempleo. Hernández (1997) señala que en México los hogares crean complejas redes de seguridad que permiten que algunos miembros de la familia no se vean forzados a entrar al mercado laboral; de esta forma el impacto de la situación económica adversa sobre los miembros desempleados de la familia disminuye.

Complementando lo anterior, Montes de Oca y Hebrero (2006) argumentan que, en México, la salida de los hijos del núcleo familiar se da a una edad cada vez más avanzada;

producto de fenómenos económicos como la cada vez más evidente complicación para adquirir una vivienda, los altos índices de desempleo y la cada vez más empinada curva de preparación profesional requerida para integrarse con más oportunidades al mundo laboral.

Este predicamento incrementa la tensión que recae sobre la red de protección de la que hablaba Hernández (1997), y presupone otra fuente de esfuerzo para el gran “amortiguador” del que hablaban Araiza y Olivera (2001).

Por último, y sumado a los fenómenos anteriores, uno más: la fecundidad adolescente. El apoyo familiar a las madres adolescentes se relaciona directamente con que, pese a que en las últimas décadas la tasa de fecundidad ha caído en mujeres de todas las edades, en el caso de las menores de 20 años sucede lo contrario, en particular con las mujeres menores de 18 años (Beltrán et al., 2010).

Aunado a esto, y como un problema mucho más general, las familias están perdiendo su capacidad para proveer los requerimientos psicoemocionales y de transmisión de saberes culturales a las nuevas generaciones. De acuerdo con Hinojosa y Vázquez (2018):

La familia nuclear tiene el mayor potencial como formador multidimensional del individuo. Por medio del aprendizaje por observación y por el discurso de sus padres los niños forman una identidad o un concepto de ellos mismos, y se preguntan cuáles son sus cualidades y características. Los niños se definen según la información que reciben de sus padres y asumen estas características como propias, formando sus creencias, que así mismo conformarán su personalidad y su forma de percibir el mundo y relacionarse con los demás. (p.449)

Tantas transformaciones demandan una flexibilización de las dinámicas familiares, es decir: una actualización de las estrategias de afrontamiento y adaptación.

Estrategias

En México, muchos de los procesos de adaptación de las familias han sido invisibilizados, uno de ellos, y quizás el más evidente, es el fenómeno de la migración.

Los procesos migratorios implican siempre la fragmentación de las unidades familiares, sea de manera temporaria o en forma más permanente. Afectan a la organización familiar y doméstica en las comunidades de origen y en las de destino, produciendo y activando redes comunitarias y de parentesco multi-localizadas (Jelin, 2005, p.81).

Morales (1995) menciona que la estancia de las mujeres migrantes mexicanas en Estados Unidos y su participación en el mercado laboral del vecino país han generado importantes cambios en el papel que desempeñan en la familia, principalmente al establecerse diferentes funciones en el control de la “toma de decisiones” por parte de los familiares.

Perus (2012) afirma que, en México, las mujeres han jugado un papel pasivo y ambivalente desde la época pre-colonial. El hombre siempre se ha mantenido en la cabeza de las jerarquías y dado que ellas son vistas como amas de casa, muchas veces, la estabilidad de la dinámica y estructura familiar acaba cayendo completamente sobre sus hombros.

El papel del hombre como único proveedor se ha vuelto insuficiente, en la familia mexicana de nuestros días, las mujeres tienen que flexibilizar los roles, no solo propios, sino también los de los hijos que tienen a su cuidado, para atender a las demandas de la economía

y sociedad. Beltrán et al. (2010) menciona que esto ha llevado a una intensificación de las jornadas laborales, la adquisición de actividades económicas adicionales y la modificación en las pautas de consumo. Esta reestructuración va de la mano con un aumento del número de miembros de la familia en el mercado de trabajo, así como al retiro de la escuela en búsqueda de nuevas redes de apoyo.

Según Jelin (2005), “las tasas de participación [laboral] infantil muestran que niños y niñas también hacen su contribución a la economía familiar” (p. 119). Desafortunadamente, sus posiciones suelen ser muy precarias, de nula calificación y, además, tienden a desarrollarse en ambientes con condiciones muy desfavorables; comprometiendo así a las generaciones futuras: condenándolas a la misma ruta de reproducción intergeneracional de la pobreza.

Como si todo lo anterior no fuera suficiente, Ariza y Oliveira (2001) argumentan que:

La diversificación de los arreglos familiares no ha estado acompañada de la aceptación social de los diferentes tipos de familias como formas legítimas de convivencia. Las concepciones idealizadas sobre la familia —presentes en el imaginario social— permean todavía las leyes, la organización de la economía y la política. De ahí la necesidad de repensar las políticas sociales para proponer alternativas más acordes a un mundo familiar desigual y en lenta transformación. (p.26)

En contraste a lo ya dicho, quizás es más esperanzadora la visión de Diaz-Loving et al. (2011) de acuerdo con la cual, aunque en México se sigue creyendo en los mandatos culturales impuestos sobre las familias, estos ya no necesariamente se implementan; las

últimas generaciones parecen estarse perfilando para ser la génesis de un cambio radical en la visión sobre las premisas que componen la tradición familiar.

El futuro de la familia mexicana

Se ha podido observar en las últimas páginas, que pareciera ser que los factores socioeconómicos están fungiendo como el peso más significativo en la balanza del cambio. Es precisamente porque se trata de factores de este tipo, que la implementación de políticas públicas por parte del Estado juega un papel primordial.

Como mencionan Beltrán et al. (2010), es necesaria la implementación de una propuesta de política pública para familias, que contemple un enfoque de derechos humanos y de género. Propuestas de este tipo contribuirían al bienestar de las familias, fortaleciendo la construcción de ciudadanía de cada uno de sus integrantes, a partir de la creación y promoción de condiciones que den posibilidad para el acceso a los recursos, permitiendo tanto la apropiación como el ejercicio de los derechos humanos y la eliminación de discriminaciones al interior de las familias y entre éstas.

Díaz-Loving et al. (2011) señalan que también se debe prestar atención a la evolución de las premisas histórico socioculturales que dan pauta a los comportamientos, las creencias y el apego a las normas que las familias mexicanas manifiestan, pues son precisamente estas premisas las que impulsan el motor del cambio y la evolución de las futuras dinámicas familiares.

Por último, habría que tener en mente también lo que Ariza y Oliveira (2001) argumentan: que “las transformaciones en las formas de organización de la vida familiar son

muy lentas” (p. 33), por lo que es probable que, aunque en este momento México se encuentre en un turbulento proceso de cambio, quizás no sea posible contemplar los efectos y consecuencias totales de este, hasta mucho después.

Y en el interludio, el foco sobre la investigación de las familias mexicanas debe seguir encendido, pendiente a las coyunturas en las que el conjunto de saberes que se han acumulado hasta este punto pueda hacer la diferencia, ya sea en materia de política pública, en materia de intervención social, o simplemente en defensa de la verdad.

1.1 Principales problemas que presentan las familias atendidas

Si se mira el contexto mexicano en salud mental, se observa que el 26% de la población de entre 18 a 65 años reporta haber experimentado al menos un trastorno durante algún periodo de su vida. Los trastornos relacionados con el consumo de sustancias, la ansiedad y el de ánimo son los más prevalentes (Medina-Mora et al., 2007).

De acuerdo con Murcia y Cardozo (2014), las relaciones familiares constituyen el tejido estructural para afrontar la enfermedad mental. Pues es en este núcleo social donde la enfermedad causa quiebres y reacomodaciones que ponen en evidencia las deficiencias y conflictos preexistentes en las redes de apoyo del individuo.

De esta forma, se observa que la red familiar no solo tiene que lidiar con los conflictos de sus miembros individuales, sino que estos mismos conflictos generan a su vez una necesidad de reestructuración en la dinámica familiar. Y es esta exigencia, la que muchas veces acaba por desequilibrar el sistema, causando problemas que no pueden ser clasificados como de índole “personal”, sino “familiar” (Murcia & Cardozo, 2014).

En el caso del contexto en que se realizó este trabajo, y tomando como referencia el Cuadro de Familias Atendidas, se puede observar que las principales causas por las que los consultantes acuden a terapia son de índole relacional.

En 31 de los 72 casos atendidos, el motivo de consulta va dirigido a conflictos en las relaciones interpersonales: 14 a relaciones de pareja (19.4%), 15 a relaciones familiares (20.8%) y 2 a relaciones laborales (2.7%); abarcando un 42.9% de los casos totales. Dentro de este porcentaje se agrupan quejas muy diversas como: infidelidad, problemas en la crianza, problemas en la comunicación, violencia doméstica,

Los siguientes motivos de consulta más comunes abarcan el 26.3% del total de casos atendidos y son todos aquellos que pueden clasificarse dentro del rubro de desarrollo personal, por ejemplo: la gestión emocional, el desarrollo de habilidades sociales, la búsqueda de la identidad, el proceso de toma de decisiones y la aceptación personal; son todos lugares comunes para este rubro.

El 30.8% de los casos restantes se pueden atribuir a una muy variada gama de situaciones específicas como lo son: episodios de ansiedad (8.3%), intentos de suicidio o autolesión (6.9%), procesos de duelo (5.5%), consumo de sustancias (5.5%), entre otros...

Y, aunque una vez vistos en papel cualquiera de los anteriores motivos de consulta pareciera conformar una problemática compacta y localizable, es importante mencionar que ninguno de ellos puede reducirse a una simple estancia monolítica; sino que, más bien, cada uno refleja la cara más superficial de una complejísima red de factores y circunstancias que acaban por permear la experiencia de la persona.

Así, aunque el motivo de consulta sea, por ejemplo, el consumo de sustancias; es probable que este sea solo un reflejo del historial de conflictos de pareja, o episodios depresivos, o incapacidades en la aceptación personal, que la persona ha vivido. Por lo que, al atribuir la solicitud del servicio de terapia a una situación concreta, como la normalmente especificada en los motivos de consulta, se corre el riesgo de reducir la experiencia de la persona a un mero fragmento de su realidad.

1.2 Descripción de las sedes donde se realizó la experiencia clínica

Clínica de Terapia Familiar FES Iztacala

Ubicada dentro de las instalaciones de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala (FESI), al fondo del primer piso del edificio de Endoperiodontología: la clínica de terapia familiar ofrece los servicios psicológicos correspondientes a terapia familiar, de pareja e individual; tanto a alumnos, trabajadores de facultad y población en general.

La clínica está equipada con una cámara de Gesell que permite, mediante su vidrio de visión unidireccional, el correcto desempeño de las tareas de observación, supervisión e investigación que demandan la presencia simultánea tanto del terapeuta y su consultante, como la del equipo de supervisión.

Este espacio cuenta con un equipo de sonido compuesto por micrófono, bocinas y ecualizador, que permiten la escucha a través del vidrio; así como un par de teléfonos intercom que facilitan la intervención del equipo de supervisión durante el proceso de terapia.

Fuera de la clínica, un buzón recibe las solicitudes de atención de los consultantes. Estas solicitudes, así como las que se reciben por redes sociales, como Facebook, o por correo electrónico, se anexan a la lista de espera para que, posteriormente, los terapeutas tengan contacto vía telefónica con los consultantes.

En esta primera llamada el protocolo es el siguiente:

- Se corrobora que los solicitantes del servicio sigan interesados en este.

- Se hace explícito el modelo de trabajo (la presencia de un equipo de supervisión, la necesidad de grabar las sesiones y todos los aspectos referentes a la confidencialidad y el resguardo de los datos que eso conlleva, los horarios de atención y la regularidad de las sesiones)
- El terapeuta recopila algunos datos en referencia al contexto inmediato del consultante y su motivo de consulta.
- El terapeuta agenda la primera sesión en el horario de conveniencia.

Posteriormente, durante la primera sesión, se pide a las y los consultantes que firmen un consentimiento informado. En el caso de que los receptores del servicio sean menores de edad, se pide que sea un tutor el que firme el consentimiento.

Las sesiones posteriores tienen lugar cada quince días, y los consultantes tienen derecho a una falta justificada.

Clínica de Terapia Familiar CCH Azcapotzalco y CCH Vallejo

Ubicadas dentro de las instalaciones del Departamento de Psicopedagogía de los Colegios de Ciencias y Humanidades Azcapotzalco y Vallejo, las clínicas de terapia familiar ofrecen sus servicios psicológicos a estudiantes inscritos al plantel.

Al igual que la clínica de la FES Iztacala, la clínica del CCH plantel Vallejo está equipada con una cámara de Gessell y un equipo de sonido compuesto por micrófono, bocinas y ecualizador. Esta sede, sin embargo, no cuenta con la línea de teléfonos intercom, por lo que la comunicación entre el terapeuta y el equipo de supervisión ocurre a través de Whatsapp.

Por otro lado, la clínica correspondiente al CCH plantel Azcapotzalco no cuenta con una cámara de Gesell ni equipo de sonido. Durante las sesiones, terapeuta y consultante ocupan el mismo espacio que el equipo de supervisión. En esta modalidad de atención, el consultante se encuentra de espaldas al equipo de supervisión, y este último se comunica con el terapeuta ya sea directamente, o escribiendo mensajes en una pizarra.

El protocolo de atención es el mismo que en la clínica de atención de la FES Iztacala, sin embargo, la recepción de solicitudes no ocurre a través de un buzón o las redes sociales, sino que estas llegan al Dpto. de Psicopedagogía de cada plantel, que después se encarga de canalizar a los consultantes a la clínica.

ZOOM (Plataforma Virtual)

Durante el contexto de la pandemia por COVID 19, la Residencia en Terapia Familiar tuvo que adoptar medidas para poder continuar con la atención a las personas que así lo solicitaban, y también para continuar con la formación de los terapeutas en el contexto de la Residencia en Terapia Familiar; una de estas fue la digitalización de todos los procesos de terapia y supervisión. La plataforma elegida para sostener estas actividades fue ZOOM.

El protocolo de atención que se siguió fue el siguiente:

- Realización de la primera llamada (se realiza de manera telefónica y abarca los mismos puntos ya vistos en la sede anterior).
- Envío del consentimiento informado digital, así como del link de acceso a la videollamada.

- El terapeuta, el equipo de supervisión y la supervisora acceden a la videollamada 15 minutos antes de dar inicio las sesiones para llevar a cabo la pre-sesión y abrir la sala de espera digital.
- Si el consultante llega temprano a la videollamada, se le envía a la sala de espera y se termina con la pre-sesión antes de darle acceso.
- Una vez dentro de la videollamada, y antes de comenzar la primera sesión, se pide al consultante que consienta la grabación de la reunión y se le vuelve a explicar la dinámica de trabajo.
- Para llevar a cabo la intersesión con el equipo de supervisión, el terapeuta envía al consultante a la sala de espera digital donde, como si se estuviera del otro lado de la cámara de Gesell, no puede escuchar la discusión.
- Al finalizar la intersesión el terapeuta vuelve a integrar al consultante y finaliza la sesión de terapia.

Al igual que con las consultas dadas en las sedes físicas, las sesiones por zoom tienen lugar cada 15 días.

1.3 Cuadro de familias atendidas

Primer Semestre (2022-1)						
Sede: Zoom						
Supervisor	Familia ²	Terapeuta	Motivo de Consulta	Modelo	Sesiones	Conclusión
Dra. Nélide Padilla Gámez	C.	Juan Rivera	Conflictos con expareja e hijos.	Centrado en Soluciones	6	Alta
	N. y C.	Janet Gómez	Problemas en la relación de pareja, infidelidad	Centrado en Soluciones	7	Alta
	L.	Cristina Padilla	Ansiedad, inseguridad y problemas familiares	Centrado en Soluciones	7	Alta
	I.	Fernanda Olvera	Temas de trabajo y de relaciones interpersonales	Centrado en Soluciones	8	Alta
	E.	Daniela Pérez	Conflictos en relación con su hija	Estructural	5	Alta
Sede: Zoom						
Dra. Susana González Montoya	F.	Daniela Pérez	Violencia de género por parte de su asesor de tesis	Centrado en Soluciones	5	Alta

² Los nombres de las familias fueron modificados para proteger su confidencialidad.

	D.	Cristina Padilla	Problemas de pareja/ Infidelidad	Centrado en Soluciones	7	Alta
	A.	Juan Rivera	Mejorar en su autoconcepto	Narrativa	4	Alta
	V.	Janet Gómez	Sanar la relación con su hija, encontrar amor propio.	Centrado en Soluciones	6	Alta
	A.	Fernanda Olvera	Apego a su hija y problemas con su pareja.	Centrado en Soluciones	5	Alta
Sede: Zoom						
Mtra. Ofelia Desatnik Miechimsky	B.	Cristina Padilla	Enfrentar limitaciones y conflictos que surgieron a partir de una experiencia traumática	Centrado en Soluciones	6	Alta
	D. L.	Juan Rivera	Problemas con su peso e imagen corporal	Narrativa	7	Alta
	C.	Janet Gómez	Dificultad en expresarse	Narrativa	7	Alta
	Ct.	Fernanda Olvera	Percibe que actúa a la defensiva con quienes se encuentran a su alrededor	Centrado en Soluciones	7	Continuación
	Al.	Daniela Pérez	Ansiedad que se manifiesta con excesivo lavado de manos y duchas muy largas	Centrado en Soluciones	8	Continuación
Sede: Zoom						

Mtra. Ligia Esther Torres	G.	Equipo terapéutico	Múltiples temáticas	Terapia de red	6	Cierre
	M. R.	Juan Rivera y Fernanda Olvera	Conflictos familiares	Narrativa	8	Alta
	F.	Cristina Padilla	Autoestima baja y problemas de pareja	Narrativa	7	Alta
	E.	Janet Gómez y Daniela Pérez	Dificultades para detenerse al comer alimentos dulces	Soluciones, Narrativa y Colaborativa	8	Alta
Segundo Semestre						
Sede: Zoom						
Dra. Argelia Gómez Ávila	Ig.	Julio Robertos	Cambios de humor intensos	Centrado en Soluciones	2	Baja
	Ml.	Michell Rodríguez y Julio Robertos	Necesidad de hablar con alguien, ser escuchada	Estratégico	6	Alta
	T. y L.	Julio Robertos	Embarazo no planeado	Terapia Breve Centrada en Problemas	4	Alta
	Ax.	Michell Rodríguez	Relación conflictiva con madre	Estratégico	6	Alta
	Nz.	Giovany Pérez	Inadecuación social	Estratégico	7	Alta

	DI.	Estrella Avelar y Giovany Pérez	Embarazo no planeado y problemas con la pareja	Estructural	7	Alta
	MI.	Estrella Avelar	Relaciones de dependencia	Estructural	2	Baja
Sede: Zoom						
Mtra. Susana González Montoya	V.	Julio Robertos	Proceso de cierre, catarsis	Centrado en Soluciones	6	Alta
	Al.	Estefanía Godínez	Falta de motivación.	Estratégico	6	Alta
	Ev.	Giovany Pérez y Brenda Trejo	Mejorar la relación con su hijo	Estratégico	6	Alta
Sede: Zoom						
Dra. Xóchitl Galicia	Pl.	Julio Robertos	Autolesiones	Centrado en Soluciones	7	Alta
	VI.	Giovany Pérez	Proceso de duelo	Estratégico	5	Alta
	Pb.	Estrella Avelar	Angustia generada por trabajo	Estratégico, ISF	6	Alta
	G. F.	Michell Rodríguez	Desequilibrio de emociones y pensamientos	Estratégico	6	Alta
Tercer Semestre						
Sede: Clínica de Terapia Familiar FES Iztacala						

Dra. Nelida Padilla Gámez	Mr.	Julio Robertos	Problemas en relaciones familiares	Terapia Breve Centrada en Problemas	6	Alta
	Ss.	Michell Rodríguez	Problemas en relaciones familiares	Estratégico	4	Alta
	Gz.	Estrella Avelar	Problemas en relaciones familiares	Centrado en soluciones	3	Alta
	Mn.	Giovany Pérez	Sentimientos de soledad, tristeza y desplazamiento	Centrado en soluciones/ Estratégico.	5	Alta
Mtra. Ofelia Desatnik Miechimsky	Il.	Julio Robertos	Lapsos depresivos, ansiedad.	Centrado en Soluciones	5	Continuación
	Nñ.	Estrella Avelar	Ansiedad	Centrado en soluciones	6	Alta
	VI.	Michell Rodríguez	Problemas de pareja	Estratégico	5	Alta
	Vr.	Giovany Pérez	Problemas con su familia y proyecto de vida.	Centrado en soluciones	3	Salida/Baja
	D. U.	Giovany Pérez	Mejorar la relación con su padre	Centrado en soluciones.	3	Continuación
Dra. Iris Xóchitl Galicia Moyed	Pr.	Julio Robertos	Proceso de duelo	Centrado en Soluciones	5	Alta
	Sz.	Michell Rodríguez	Expresión de emociones con su familia	Estratégico	5	Alta
	O.	Estrella Avelar	Falta de motivación, ataques de ansiedad	Centrado en Soluciones	5	Alta

	Al.	Giovany Pérez	Orientación en su paternidad y expresión de emociones.	Centrado en soluciones y Narrativo	4	Alta
Mtra. Laura Edith Pérez Laborde	Rg.	Julio Robertos	Siempre estar mintiendo	Centrado en Soluciones	4	Continuación
	Mz.	Giovany Pérez	Problemas para expresar emociones	Centrado en Soluciones	5	Alta
	Jz.	Estrella Avelar	Dificultades familiares con su pareja, hijos y expareja	Centrado en Soluciones	1	Baja
	Gz.	Michell Rodríguez	Problemas de pareja, ansiedad, violencia de pareja.	Centrado en Soluciones	5	Alta
Cuarto Semestre						
Sede: Clínica de Terapia Familiar FES Iztacala						
Mtra. Roxana González Sotomayor	Rg.	Julio Robertos	Problemas de pareja, inseguridad	Centrado en Soluciones	6	Alta
	Pr.	Julio Robertos	Intento de suicidio	Centrado en Soluciones	7	Alta
	MI.	Giovany Pérez	Intento de suicidio, consumo de drogas e inestabilidad emocional	Narrativa y Centrado en soluciones	6	Alta
	Jr.	Giovany Pérez	Ruptura amorosa, desánimo, no poder dormir bien.	Centrado en soluciones y Narrativa	6	Alta
	R. P.	Estrella Avelar	Dificultad en la relación con su mamá	Modelo de terapia breve centrada en soluciones.	1	Baja

U. V.	Estrella Avelar	Depresión e intento de suicidio	Modelo de Terapia Narrativa y Centrado en soluciones	1	Baja
D. J.	Estrella Avelar	Psicóloga evaluadora les dice que hubo un detonante en el que percibe enojo, odio hacia ella [mamá].	Modelo estructural y Centrado en Soluciones	3	Alta
V. E.	Estrella Avelar	Mejorar él mismo, aspectos de él mismo y mejorar como papá	Terapia Narrativa y Breve centrada en soluciones	5	Alta
S. D.	Michell Rodríguez	Aceptarme a mí misma y controlar mis emociones	Terapia Estratégica	5	Alta
A. R.	Michell Rodríguez	Ser escuchada por un profesional	Terapia estratégica	5	Alta

Sede: CCH Azcapotzalco

Dr. Alexis Ibarra Martínez	Pg.	Julio Robertos	Consumo de sustancias	Centrado en Soluciones	3	Baja
	Gz.	Julio Robertos	Conflictos familiares	Centrado en Soluciones	3	Baja
	M. R.	Estrella Avelar	Ansiedad/toma de decisiones de forma propia,	Colaborativa, Narrativa y breve centrada en soluciones	8	Alta
	V. Z.	Michell Rodríguez	Somatización de estrés por problemas familiares	Colaborativa y Equipo Reflexivo	4	Alta
	L. S.	Giovany Pérez	Episodios de depresión y ansiedad	Colaborativa	1	Baja
	R. G.	Giovany Pérez	Problemas de pareja, intentos suicidas,	Colaborativa	9	Alta

			consumo de sustancias.			
Sede: CCH Vallejo						
Mtra. Ligia Esther Torres Burgos	Nj.	Julio Robertos	Conflictos familiares	Centrado en Soluciones	6	Alta
	Sn.	Julio Robertos, Michell Rodríguez	Consumo de sustancias	Centrado en Soluciones	3	Baja
	Av.	Estrella Avelar Giovany Pérez	Poder expresarse, ver por sí misma y desánimo.	Centrado en soluciones	7	Alta
	Nv.	Giovany Pérez	Problemas familiares, autoestima, pensamientos de no querer vivir.	Narrativa y Centrado en soluciones	4	Salida/Baja
	H.G.	Estrella Avelar	Problemas familiares	Narrativa y Centrado en soluciones	6	Alta
	A.A.	Michell Rodríguez	Problemas de pareja y en vínculo con madre	Terapia Narrativa	6	Alta

CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO

2.1 Modelo (s) que guiaron los casos clínicos

Modelo de Terapia Breve de Resolución de Problemas

De acuerdo con Watzlawick et al. (1992), más allá de ser solo una teoría o una práctica en el terreno de la psicoterapia; la terapia breve constituye auténtica escuela del pensamiento que remite al cómo los seres humanos se relacionan con la realidad, consigo mismos, con los demás y con el mundo.

Nardone (1990) afirma que, a diferencia de otras teorías psicológicas y psiquiátricas, la terapia sistémica breve no utiliza ninguna teoría sobre la “naturaleza humana”, y, por tanto, tampoco definiciones relativas a la “normalidad” o la “patología”. Le interesa más bien la “funcionalidad” o “disfuncionalidad” del comportamiento de las personas o su modo de relacionarse con la propia realidad.

El supuesto fundamental es que la realidad que percibimos y a la que nos atenemos, incluidos también los problemas y las patologías, es fruto de la interacción entre el punto de observación asumido, los instrumentos utilizados y también el lenguaje que usamos para comprender esa misma realidad (Watzlawick et al., 1992, p.13).

Si se sigue esta línea de pensamiento se encuentra que, cualquier situación que debamos vivir, sea ésta sana o insana, es resultado de una relación activa entre nosotros

mismos y aquello que vivimos. Dicho de otra manera: *cada cual construye la realidad que, luego, padece.*

Lo anterior desemboca en que, para la terapia breve, la resolución del trastorno requiere la ruptura del círculo vicioso establecido entre las soluciones intentadas por el consultante y la persistencia del problema. El objetivo último de la intervención terapéutica se convierte entonces en el desplazamiento del punto de observación del individuo desde su posición original rígida y disfuncional, hacía una perspectiva más flexible y funcional (Nardone, 1990).

Hewitt et al. (2009) proponen que, dadas estas directivas, se verá que la terapia breve:

- Se centra particularmente en el presente, más que en la historia lejana de la persona.
- Pretende incrementar la motivación y disponibilidad hacia el cambio.
- Tiene como objetivo la toma de decisiones y el inicio del cambio comportamental.

Proceso Terapéutico

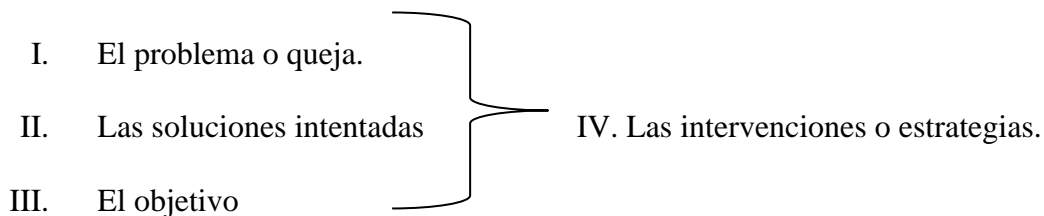
Watslawick et al. (1992) indican que, desde su primer encuentro con el consultante, el terapeuta breve debe centrar su atención y su valoración en:

- Qué sucede en el interior de los tres tipos de relaciones interdependientes que la persona mantiene consigo misma, con los demás y con el mundo;
- Cómo funciona el problema que se presenta en el seno de este sistema relacional;
- Cómo ha intentado el sujeto, hasta este momento, combatir o solucionar el problema (*soluciones intentadas*);

- Cómo es posible cambiar esa situación problemática de la manera más rápida y eficaz.

Para esto es preciso que la indagación no se centre en eventos pasados o en la “historia clínica” del consultante, sino en su presente inmediato, tanto personal como contextual (Hewitt et al., 2009).

Puede verse entonces que, al realizar una exploración adecuada, el terapeuta acaba con tres productos que, en conjunto, determinarán la naturaleza de un cuarto:



Las *quejas* “consisten en una dificultad y un intento recurrente e ineficaz de superar esa dificultad, y/o una dificultad más la percepción por parte del cliente de que la situación es estática y que nada cambia” (de Shazer et al., 1996, p.3).

Las *soluciones* “son los cambios conductuales y/o perceptuales que el cliente ha intentado para solucionar su queja. Posteriormente se convertirán en lo que el terapeuta y el cliente construyen para modificar la dificultad” (de Shazer et al., 1996, p.3).

Los *objetivos* son aquellas metas que el terapeuta y el consultante se encargan de determinar por medio del diálogo. Determinan la dirección de la terapia, permiten medir el cambio logrado y le dan una diana de apunte a las intervenciones o estrategias.

Las *intervenciones o estrategias* son aquellos métodos por medio de los cuales el terapeuta intentará desarticular el bucle problema-solución. Estas deben ser congruentes

tanto con el problema como con el objetivo y, además, deben apuntar a modificar los intentos de solución previos que, como se mencionó con anterioridad, son los responsables de exacerbar y mantener la queja.

2.2 Análisis y discusión del (los) tema (s) que sustentan los casos clínicos

Una propuesta polifónica

Cada uno de nosotros hospeda en sí una pluralidad de posiciones que están en diálogo entre ellas y con el exterior, y que se activan de acuerdo con los contextos relacionales; los padres activan una posición (un sí mismo) de hijo, los colegas de trabajo una posición (un sí mismo) profesional, y así sucesivamente (Hermans et al., 1992).

Es a esta pluralidad de voces y consciencias independientes e inconfundibles a las que Bajtín (1986) bautizó como la auténtica polifonía. Si bien en su tiempo el concepto no tenía ninguna relación con la psicoterapia, ahora la polifonía es uno de los pilares centrales de toda terapia dialógica. Y aunque quizás no jugó un papel central en ellas, si se le busca, se le puede entrever en las prácticas más construccionistas de algunos modelos de terapia sistémica.

En un contexto terapéutico, tener consciencia de la polifonía implica que el terapeuta no solo busca fortalecer la voz del consultante, sino hacer explícitas las voces que aparecen en su discurso: evidenciar en el diálogo la construcción compartida de aquella interpretación de la realidad. Además, el terapeuta mismo es una voz; sus intervenciones (sean del tipo que sean) están destinadas a formar parte del discurso polifónico que, durante la sesión, tanto él como el consultante se dan a la tarea de generar.

Así, como terapeutas a veces silenciamos voces (como cuando damos preferencia a una línea de exploración por sobre otra), y a veces, traemos voces silenciadas, o quizás, omitidas (como al hacer una pregunta circular). Este fenómeno es independiente del tiempo,

pues incluso podemos traer voces del pasado (al hacer preguntas orientadas a lo ya ocurrido), como también traer voces del futuro (al plantear situaciones hipotéticas).

Aunque a su manera la polifonía y otras nociones bajtinianas se encontraban presentes tanto en perspectivas sistémicas como dialógicas; quizás los primeros en reconocer que estos dos enfoques eran reconciliables, que una yuxtaposición de principios dialógicos y sistémicos era posible, fueron Bertrando y Lini (2006); pues es a raíz de esta postura de conciliación (así como de la evolución del Modelo de Milán) que el surgimiento de la propuesta Sistémico-Dialógica tiene lugar.

Una propuesta polifónica, en tanto que recupera las voces de pensadores cuyo bagaje parecía, hasta entonces, irreconciliable. Y si bien sus principios teórico-prácticos no recurren a un sincretismo de modelos específicos de cada postura (como lo son el modelo de Milán de la perspectiva sistémica y el *Open Dialogue* de la postura dialógica); sí que es importante echar una mirada a lo que cada una de esas viejas voces aportó a esta nueva voz.

Antecedentes

Enfoque sistémico

Las primeras concepciones sistémicas tienen su génesis en la década de los 40s, a raíz de las conferencias Macy y la teoría cibernética. Como se observa en la Tabla 1, en lugar de conceptualizar los fenómenos como secuencias lineales, la cibernética propuso que la causalidad era un proceso circular que tenía lugar a través del tiempo, ofreciendo de esta manera un modelo dinámico, en lugar de uno estático, del mundo.

Gregory Bateson fue el primero en sugerir que la familia podía ser vista como un sistema cibernético, introduciendo la noción de que los sistemas sociales, al igual que los físicos o mecánicos, estaban gobernados por reglas. Y aunque la familia era solo uno de los muchos y diferentes tipos de sistema natural en los que Bateson estaba interesado, se le acredita la fundación intelectual del enfoque sistémico aplicado a terapia familiar por sus ideas y estudios concernientes a los patrones y la comunicación (Dallos & Ros, 2015).

Tabla 1

Diferencia entre pensamiento lineal y pensamiento sistémico.

<i>Lineal</i>	<i>Sistémico</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Por qué • Causalidad lineal • Foco en el pasado • Modelo individual • Foco en conflictos individuales • Resolución de los conflictos • Centrado en la personalidad individual 	<ul style="list-style-type: none"> • Para qué • Causalidad recíproca • Foco en el aquí y ahora • Modelo relacional • Foco en interacción familiar • Mejora de la relación • Centrado en el funcionamiento relacional

Nota. Tomado de Bermúdez y Brik (2010, p.77).

Con la fundación del *Mental Research Institute* (MRI) en 1959, y de la mano de Don Jackson; varios nombres clave para el modelo sistémico empiezan a entrar en escena: Jules Riskin, Virginia Satir, Paul Watzlawick, Jay Haley y John Weakland; los integrantes del MRI se centran en las interacciones entre los miembros del sistema familiar, asumiendo que los problemas psiquiátricos son meros derivados de los modos en que la gente interactúa dentro de la dinámica del sistema (Ochoa de Alda, 1995).

Posteriormente, vemos la inclusión de otros actores, como Milton Erickson cuya influencia es indiscutible para la consolidación de diferentes escuelas con enfoque sistémico, y se advierte en ideas como el proceso de cambio como base medular de la terapia, la focalización sobre el síntoma, las prescripciones directivas y las llamadas Ordalías (Eguiluz, 2004).

Y del otro lado del mundo: el grupo de Milán, conformado originalmente por Mara Selvini-Palazzoli, Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin y Giuliana Prata, quienes adoptaron el modelo de terapia propuesto por el MRI y, haciendo uso de las ideas que Bateson plasmó en *Steps to an ecology of mind*, lo revolucionaron para concebir tres principios guía en la conducción de las sesiones: la hipotetización, la circularidad y la neutralidad (Boscolo & Bertrando, 2014).

Bertrando y Lini (2021) señalan que, si bien las aportaciones de los casos clínicos del MRI y del grupo de Milán proveyeron una perspectiva muy nutrida de la relación familiar, la concepción de los miembros de la familia era más bien esquemática y unidimensional, desprovista de individualidades complejas; la familia cambiaba sus reglas, pero los miembros seguían siendo más o menos los mismos.

Sin embargo, de acuerdo con los mismos autores, esto cambiaría después de los primeros veinte años de desarrollo, cuando el modelo sistémico empezó a complejizarse gracias al redescubrimiento e interpretación de las ideas de Bateson por el grupo de Milán y la emergencia de los paradigmas del constructivismo y del construccionismo social. Esto tuvo dos efectos: por un lado, el componente individual volvió a tomar relevancia, viéndose

como un sistema individual o como el narrador de su propia historia; por el otro, la atención a otros sistemas mayores más allá del familiar creció.

Watzlawick, Dell y Keeney; basándose en los trabajos de Maturana, Varela, Von Foester y Von Glaserfeld; fueron los primeros autores en introducir las ideas constructivistas a la terapia sistémica. El objetivo de la terapia entonces se transforma, ya no es el descubrir junto a la familia una realidad que se desconoce, sino proponer la creación de múltiples alternativas con el objetivo de construir perspectivas nuevas (Bermúdez & Brik, 2010).

Esta adaptación no involucró una fricción tan elevada, pues incluso el construccionismo social ya contenía premisas que estaban íntimamente relacionadas con algunas ideas sistémicas: el énfasis en los contextos y los procesos interpersonales en la creación y acciones conjuntas y significados contruidos, la interacción estratégica y el reconocimiento de la importancia del poder, el intercambio de ideas y la retroalimentación son solo algunas de ellas (Dallos & Ros, 2015).

A la par de esta revolución paradigmática, Steve de Shazer e Inso Kim Berg proponen una alternativa a los enfoques centrados en el problema que habían predominado anteriormente: el enfoque Centrado en Soluciones. Una terapia centrada en los recursos y las posibilidades de las personas y no en la patología o la problemática (Eguiluz, 2004).

Y si se sigue avanzando por la línea temporal, se encontrarán eventualmente los nombres de otros grandes exponentes como lo son Anderson y Goolishian con su “*problem-determined system*”, Andersen con el equipo reflexivo, y Michael White y David Epstein con la terapia Narrativa (Dallos & Ros, 2015). Pero Bertrando y Lini (2021) proponen que los puntos básicos del modelo sistémico pueden resumirse de la siguiente manera:

Relaciones: cualquier sistema humano puede ser concebido como una red de relaciones entre individuos, red que se remodela constantemente en un estado de flujo ininterrumpido. De esta forma, las relaciones se mantienen como el foco principal de la intervención terapéutica, incluso cuando las complejidades de la vida interior son tomadas en cuenta.

Reglas: en los sistemas humanos, las reglas emergen espontáneamente de la interacción, y no son modificables a través de la voluntad de un solo individuo. El terapeuta puede crear hipótesis respecto a dichas reglas.

Contexto: toda acción, todo acto comunicativo solo encuentra sentido dentro del contexto en que sucede y, recursivamente, contribuye a moldear el contexto mismo. Una de las principales tareas del terapeuta es la de evaluar el contexto y entender su posición dentro del mismo. Esto aplica tanto en contextos limitados, como son la familia y el lugar de trabajo, como de contextos más amplios, como son la sociedad y la cultura.

Lenguaje: los lenguajes verbales y no verbales son una parte esencial del sistema, así como de las historias que se encuentran entrelazadas en él. El terapeuta debe entender los diferentes modelos de comunicación en los que participa, el estilo de las historias que son contadas, así como su propio lenguaje y la articulación de este con otros.

Conocimiento hipotético: el conocimiento del terapeuta es siempre tanto provisional como incierto. Se mantiene en un estado de duda en relación con lo que puede saber y entender acerca del sistema y la gente que lo conforma. Su actitud debe ser una de curiosidad respetuosa.

Circularidad: los patrones comportamentales dentro de los sistemas son circulares por naturaleza y se encuentran siempre en constante evolución. El terapeuta debe considerar las conexiones entre los patrones circulares de comportamiento y las creencias y comportamientos generados dentro de los sistemas.

Emociones: las emociones del terapeuta, así como las emociones de los clientes deben ser consideradas junto con los otros eventos terapéuticos. Son parte de la red de relaciones y deberían ser entendidos por el terapeuta de la misma manera provisional e hipotética que cualquier otro tipo de conocimiento.

Como puede constatarse, y aunque quizás sus semillas ya estaban ahí: la polifonía y otras nociones bajtinianas todavía no formaban parte del repertorio de conceptos clave de ninguna terapia que pudiera ser reconocida hasta entonces como sistémica. No así con las terapias dialógicas, cuya génesis misma tuvo lugar a raíz de las ideas de Bajtín, y cuyas aportaciones se revisarán a continuación.

Enfoque dialógico

Durante los años 80s el *Finnish National Schizophrenia Project* comenzó un ambicioso estudio para encontrar métodos de acercamiento a la esquizofrenia que fuesen más efectivos. Esta búsqueda llevó al desarrollo del *Need-Adapted Approach*, del que se derivaron una serie de programas clínicos centrados tanto en la familia como en la comunidad, los cuales enfatizaban la importancia de la intervención temprana y el enfoque en las necesidades especiales de cada caso (Seikkula et al., 2001)

Como continuación a este proyecto, en la región finlandesa de Laponia tendría lugar una nueva innovación: el modelo de intervención denominado *Open Dialogue* (OD). Este nuevo enfoque propuso una reorganización radical del sistema de tratamiento, integrando diferentes tipos de terapia de acuerdo con las necesidades del cliente. El tratamiento no está enfocado a la eliminación directa de los síntomas, sino principalmente al entendimiento del sentido (Galbusera & Kyselo, 2017).

En las terapias dialógicas, Mijaíl Bajtín ocupa el lugar que en las terapias sistémicas tiene Gregory Bateson. Filósofo del lenguaje y teórico de la novela, Bajtín nunca tuvo nada que ver con la psicoterapia. Sin embargo, su teoría, ideas y conceptos han sido adaptados (claro que, bajo cierto riesgo y peligro, puesto que adaptar quiere decir descontextualizar) al campo psicoterapéutico (Bertrando, 2016).

De acuerdo con Seikkula y Olson (2003), tres principios claramente modelados sobre las correspondientes nociones bajtinianas rigen el OD:

Tolerancia a la incertidumbre

Actúa como el opuesto o la contraparte del uso de lo que en las corrientes sistémicas es conocido como hipotetización, o cualquier otro tipo de instrumento de evaluación. El terapeuta no considera a la duda como un problema, sino como la condición natural de su actuar; toda crisis requiere que, por un periodo de tiempo, los terapeutas y la familia lidien con las ambigüedades inherentes a la situación, a las que el diálogo, ojalá, pueda dar una respuesta.

Así el terapeuta entra sin una definición preliminar del problema en la esperanza de que sea el diálogo por sí mismo el que presente nuevas ideas e historias. De esta forma, la incertidumbre solo puede ser tolerada si la terapia es experimentada como segura, por lo que el terapeuta debe prestar especial atención a establecer un contexto terapéutico de confianza.

Dialogismo

El dialogismo es traducible como la pluralidad de voces, lenguajes y perspectivas en el discurso. El OD entiende este concepto como un proceso coevolutivo de escucha y entendimiento.

Construir palabras y establecer una comunicación simbólica es una actividad que permite a la gente que participa el construir su voz e identidad. El objetivo terapéutico se vuelve entonces el desarrollar un lenguaje verbal común para las experiencias que de otra manera permanecerían encarnadas en el discurso privado de los individuos.

Como Anderson (2002) hace notar: la tarea del terapeuta no es entender o hacer sentido desde su propia perspectiva personal o profesional, sino desde la perspectiva del cliente. Esto significa hablar sobre lo que el cliente quiera hablar, a su ritmo, y con su lenguaje. La manera en la que los terapeutas participan en este dialogo es escuchando responsivamente; la idea de escuchar es más importante en el OD que el proceso de entrevistar.

Polifonía

Para el OD no hay un sujeto (o una dinámica, o un juego o una estructura) al que la terapia deba cambiar. En lugar de eso, hay múltiples sujetos, formando una polifonía de

voces. El enfoque dialógico está diseñado para generar un lenguaje compartido que permite que los significados del sufrimiento de cada persona salgan a la luz.

Cuando surgen diferencias se espera que todas las voces tengan un lugar y existan y de esa forma alienten la escucha y el intercambio, en lugar de crear un pensamiento polarizado de correcto-incorrecto. El objetivo es generar entendimiento, no consenso. Pues como dicen Seikkula y Arnkil (2014): “la vida es relacional, las personas nacen y viven dentro de relaciones, pero son eternamente diferentes. Necesitamos reconocer y aceptar al otro, para respetar su otredad incondicionalmente” (p.8).

Fuera de las nociones bajtinianas, Seikkula et. al. (2001) señalan que hay cinco principios adicionales que deben regir el modelo:

1. La ayuda inmediata: la primera sesión debe ser agendada no más de veinticuatro horas después del primer contacto con el cliente.
2. Una perspectiva de red: los clientes, sus familias y otros miembros clave de sus círculos sociales siempre están invitados a las primeras sesiones para movilizar recursos y apoyo para el cliente y la familia.
3. Flexibilidad y movilidad: estas son garantizadas adaptando el tratamiento a las necesidades específicas de cada caso.
4. Responsabilidad: quien sea que haya contactado al cliente o la familia es responsable de la organización de la primera sesión.
5. Continuidad psicológica: el equipo toma responsabilidad por el tratamiento por tanto tiempo como sea necesario.

Así, pudieran sonar parecidas, pero la terapia dialógica se diferencia de la sistémico-dialógica porque esta última tiene su origen en las evoluciones comprendidas en la terapia sistémica de Milán a través de la reflexión e integración del diálogo Bajtiniano y las dinámicas de poder y conocimiento en sesiones terapéuticas. De esta forma considera tanto los patrones emergentes en la interacción humana, como la naturaleza dialógica de los intercambios humanos en los que las emociones juegan un papel importante (Bertrando & Lini, 2019).

Dichas nociones dan pie a la creación de prácticas específicas, como son la micro-hipotetización emocional, la consideración de la heteroglosia en la sesión, el diálogo con el contexto, encontrar el lugar de uno en la red relacional (también llamado “situarse”), y el fomento de la responsabilidad relacional de ambos: terapeuta y clientes.

Si se quiere comprender estas prácticas es indispensable dar cuenta de las raíces que les dan forma, esto es: dar cuenta de la tradición Bajtiniana y sus conceptos clave.

Nociones Bajtinianas

Para Bajtin (1982), vivimos en un mundo poblado de palabras ajenas. Así pues, la vida no es sino la orientación en el mundo de las palabras ajenas, lo que incluye asimilarlas en el proceso de adquisición del habla, hasta apropiarse de todos los tesoros de la cultura.

Como señala Bubnova (2006):

Las palabras todas van dirigidas a alguien y son de alguien (no hay palabras neutras, que existan por su cuenta), y decir palabras propias —las que le “pertenecen” a uno— sólo es posible en respuesta a algo que se dijo antes de

nosotros. Es en el proceso de la comunicación verbal, de la interacción con el otro, como uno se hace sujeto forjando su propio yo. El “yo” sólo existe en la medida en que está relacionado a un “tú”: “Ser significa comunicarse”, y un ‘yo’ es alguien a quien se le han dirigido como a un ‘tú’.

De acuerdo con la misma autora, la omnipresencia de la voz es equiparable a la ubicuidad del otro en nuestra existencia, de tal modo que la construcción del yo mediante lo verbal pasa por el diálogo como forma primaria de comunicación y pensamiento y, más aún, como concepción del sujeto y su ser.

Bajtín creía entonces, que la vida asemejaba más a una cacofonía que a una armonía de voces más o menos organizadas. Y para comprenderla mejor, se dio a la tarea de acuñar una multitud de conceptos que, aunque en su tiempo no tenían ninguna relación con la práctica clínica, ahora sirven de cuna a toda terapia dialógica, los más importantes de ellos se presentan en la tabla 2.

Tabla 2

Nociones Bajtinianas en un contexto terapéutico

Diálogo: la forma clásica y más sencilla de comunicación discursiva (Bajtín, 1979). Es aquello constituido por las secuencias de sentido (es decir, las cadenas de enunciados) que a su vez son producidas por las voces (Bubnova, 2006).

En un contexto terapéutico: la conversación terapéutica puede ser considerada como un diálogo.

Enunciado: es la unidad mínima de sentido que puede ser contestada en el proceso de la comunicación dialógica/discursiva (Bajtín, 1979). Cada enunciado aislado representa un eslabón en la cadena de comunicación discursiva. Sus fronteras son precisas y se definen por el cambio de sujetos discursivos (pp. 283-284). Una de sus cualidades más importantes es su orientación hacia alguien, es decir, el estar “destinado”; siempre dirigido a un destinatario (p.285).

En un contexto terapéutico: un enunciado puede ser visto como cada uno de los turnos de habla que se alternan durante la sesión.

Voz: el sentido de la voz en Bajtín es más de orden metafórico, porque no se trata de la emisión vocal sonora, sino de la “memoria semántico-social depositada en la palabra” (Dahlet, 1997 como se citó en Bubnova, 2006). Así, la voz del hablante o sujeto discursivo no solo engloba sus pensamientos, sino también su visión del mundo, del destino y toda su personalidad (Bajtín, 1979).

En un contexto terapéutico: el terapeuta puede tener varias voces (la voz de experto, la voz de acompañante) lo mismo que el consultante (la voz de hijo/a, la voz de madre/padre, la voz de estudiante, la voz de profesional). También pueden surgir voces externas como, por ejemplo: cuando el consultante menciona lo que pensaría su padre, madre, amigos de cierta situación; o como cuando el terapeuta hace uso de un equipo reflexivo.

Dialogante o Interlocutor: destinatario inmediato del diálogo cotidiano. Puede representar a un grupo diferenciado (un pueblo, contemporáneos, partidarios, opositores, personas cercanas o ajenas) así como también puede hacer alusión a un destinatario indefinido: un “otro” no concretizado (Bajtín, 1979).

Réplica: enunciados compuestos por los interlocutores (dialogantes) que permiten el cambio de sujetos discursivos (Bajtín, 1979).

Sujeto discursivo: hablante o autor del enunciado (Bajtín, 1979).

Polifonía: comprende la pluralidad de voces y consciencias independientes e inconfundibles que brotan del diálogo (Bajtín, 1986).

En un contexto terapéutico: la suma de las voces que tanto terapeuta como consultante integran a la conversación.

Heteroglosia: la pluralidad de lenguajes sociales y de discursos ideológicos que constituyen un medio dinámico presente en el diálogo (Bajtín, 1986).

En un contexto terapéutico: comprende la pluralidad de discursos ideológicos presentes (feminismo, enfoque de género, etc..)

Nota: Elaboración propia basada en los escritos de Bajtín (1979, 1986) y Bubnova (2006).

La aplicación terapéutica del pensamiento de Bajtín produce un nuevo escenario comparado al de la terapia sistémica tradicional. La interacción vivida toma el lugar del escrutinio personal del terapeuta. Los clientes deben ser aceptados en su humanidad emergente, sin ser sometidos a categorías. La última palabra no le pertenece ni a los terapeutas ni a los consultantes: el diálogo nunca termina, y las interrupciones son arbitrarias. Y, por último, en una perspectiva dialógica, la terapia se convierte (como el mundo) en un proceso desordenado (Bertrando & Lini, 2021).

Principios teórico-prácticos

Cuando Bertrando (2016) sugirió que era posible imaginar un modelo que recuperase tanto la visión sistémica como la dialógica sin recurrir a una integración o llevar a cabo un sincretismo de modelos específicos como el de Milán y el *Open Dialogue*; lo que tenía en mente eran quizás los principios que más adelante él y Lini (2019, 2021) delinearían:

- La interacción humana es abierta y desordenada. Dentro de este desorden emergen patrones provisionales que a su vez dan pie a reglas provisionales. Estos patrones más o menos organizados pueden ser definidos como sistemas humanos, esto es, una red de relaciones entre individuos que se encuentra en un incesante estado de flujo.
- Se ve al lenguaje como la manera más básica de crear intercambios significativos. Esta aseveración aplica tanto al lenguaje verbal como al no verbal. En todo diálogo humano, múltiples voces y lenguajes se encuentran presentes a la vez (polifonía y heteroglosia), y una de las tareas del terapeuta es preservar esa multiplicidad.
- No hay lenguaje, manera particular de hablar o de permanecer en diálogo que sea “correcta” o “incorrecta” en sí misma. A excepción, claro está, de los intentos por silenciar o evitar que los otros sean escuchados.
- El conocimiento del terapeuta en terapia es siempre provisional y desprovisto de certezas. El terapeuta mantiene un constante estado de duda respecto a lo que puede saber y entender sobre el sistema y la gente dentro de él. Su actitud debe ser una de respetuosa curiosidad.

- Sin embargo, el terapeuta también debe participar en el diálogo, traer sus ideas, hipótesis y posiciones. Y estos deben llevar no a conclusiones, sino a la ampliación del panorama.
- Por último, las emociones del terapeuta, así como las emociones de los demás participantes del diálogo terapéutico deben ser tomadas en cuenta junto a otros eventos terapéuticos. El terapeuta no solo dialoga con sus consultantes en el aquí y ahora de la sesión, sino también con situaciones y contextos; por lo que debe desarrollar consciencia de su posición en el sistema y, a su vez, ayudar al consultante a desarrollar la suya.

Es de estos principios seis principios rectores, que las principales prácticas de la terapia sistémico-dialógica derivan. Polifonía, heteroglosia, emociones, micro-hipotetización, diálogo en contexto, posicionarse, hacer uso de la responsabilidad; así como técnicas más específicas tales como la co-terapia y las preguntas circulares: son todas usanzas comunes en la terapia sistémico-dialógica.

Sin embargo, y en pos de no diluir el foco de análisis, este trabajo se limitará a poner énfasis sobre solo una de ellas: la polifonía. Esta práctica cuya materia prima de trabajo (las voces), puede ser fácilmente advertida en modelos de trabajo que poco tienen que ver con el sistémico dialógica, y que, por lo general, tiende a ser pasada de largo.

La polifonía en la práctica

En años recientes, el campo de la terapia familiar ha observado la emergencia de una perspectiva dialógica según la cual, el monólogo interno del terapeuta es conceptualizado como un yo-dialógico compuesto por una polifonía de voces internas (Rober et al., 2008).

De acuerdo con Hermans (2004), este yo-dialógico puede ser descrito como una multiplicidad dinámica de posiciones en el paisaje de la mente, posiciones entrelazadas (como lo está la propia mente) con las posiciones en las mentes de los demás. Este concepto lleva a la descentralización del yo, pues conduce al supuesto de que el yo tiene la posibilidad de moverse de una posición a otra.

La interacción de estas posiciones, tanto internas (de nuestra mente) como externas (de las mentes de los demás), llevan a un diálogo del cual emergen significados nuevos, tanto entre como dentro de la gente. El entendimiento se convierte entonces en un proceso activo en el que los significados del consultante hacen contacto con los significados del terapeuta (Rober, 2005).

Este proceso de entendimiento puede observarse no solo en los diálogos entre terapeuta y consultante, sino también en los diálogos entre terapeuta y equipo de supervisión, e incluso en la aplicación de la técnica de Equipo Reflexivo propuesta por Andersen (1987), en la cual el objetivo del equipo es crear nuevas ideas y significados, aunque estos no sean encontrados interesantes o incluso puedan ser rechazados por la familia.

Así, la polifonía acepta el conflicto sin intentar resolverlo: desde una perspectiva dialógica nadie tiene la última palabra, todos conservan su derecho a responder. El terapeuta polifónico es consciente de que el consultante no se encuentra determinado por sus

condiciones sociales o económicas, y tampoco por las definiciones del terapeuta mismo (Bertrando & Lini, 2021).

Adicionalmente, la polifonía juega un papel fundamental en la aplicación de otra de las principales prácticas de la terapia sistémico-dialógica: el situarse o posicionarse. Como se había mencionado, cada voz nacida en una polifonía ocupa también una posición en el mapa correspondiente a una situación existencial.

El situarse pues, es el equivalente a una fotografía de ese mapa. Y cómo señalan Lini y Bertrando (En Prensa):

El terapeuta usa la propia capacidad para situarse para ayudar a los consultantes a situarse a su vez en los sistemas significativos de su vida. Si adquiere la capacidad de situarse, la persona podrá fotografiarse en diferentes momentos, que le permitirán orientarse en un proceso fluido y en un continuo devenir, dando mejor sentido a sus posibilidades y elecciones (p.2).

E incluso si se saca al consultante de la ecuación, para el terapeuta, ser consciente de su posición, la voz desde la que habla, es primordial pues, como señala Seikkula (2008): las voces internas se convierten en parte del momento presente, influenciando así el actuar en sesión; la manera en que nos sentamos, cómo le hablamos a los otros hablantes, cómo cambia nuestra entonación y mucho más.

Es mediante estas ideas, que la polifonía permite a la terapia sistémica desafiar nociones que de otra manera la estrangularían; mientras la mitad dialógica del modelo sistémico-dialógico enfatiza multiplicidad, la mitad sistémica enfatiza reglas; creando un

balance entre caos y orden. Así, el caos de la torre de Babel polifónica sirve de cura al exceso de rigidez en las reglas sistémicas y, a su vez, las reglas sostienen a la polifonía, previniendo su degeneración en un bullicio cacofónico (Bertrando & Lini, 2021).

Es con esta visión equilibrada que los puentes entre lo sistémico y lo dialógico se tienden para sostenerse mutuamente. Es con esta visión que se puede rastrear lo sistémico ahí donde en apariencia solo estaría lo dialógico, o, en su defecto: lo dialógico ahí donde en apariencia solo está lo sistémico; precisamente como se verá en el análisis de los casos clínicos del capítulo a continuación.

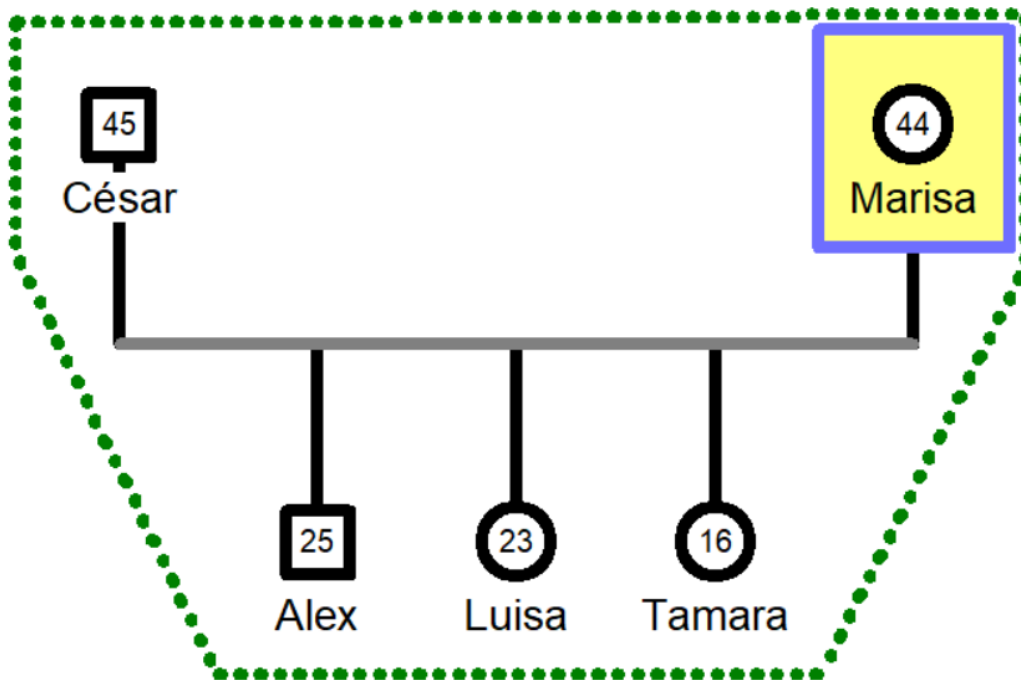
CAPÍTULO 3. CASOS CLÍNICOS

En este capítulo se dará, primero, una visión panorámica de la integración de dos procesos terapéuticos; que se analizarán posteriormente a través de una perspectiva polifónica, tal como la concibe la terapia sistémico-dialógica de acuerdo con Bertrando y Lini (2021). En la última sección se analizará el sistema terapéutico total. Los nombres de todos los consultantes de los casos analizados han sido cambiados para respetar su anonimato y confidencialidad.

3.1 Integración de dos expedientes de trabajo clínico

3.1.1 Marisa

Familiograma de la familia de Marisa



Sede clínica

Clínica de Terapia Familiar FES Iztacala.

Motivo de consulta

Marisa llega a consulta refiriendo una incapacidad para convivir de manera armónica con su hija menor, Tamara. Le preocupa que, con el tiempo, su relación se vuelva más conflictiva, y comunica su deseo de mejorarla.

Antecedentes

Durante la sesión, Marisa menciona que su familia tiene una organización de roles tradicional: esposo proveedor, esposa ama de casa. Refiere que César rara vez se involucra en las cuestiones de crianza y que, además, mantiene una relación muy distante con sus hijos. En el caso de su hija menor, esta relación es nula.

La incertidumbre de Marisa respecto a la relación con su hija menor emana en gran parte de su experiencia con sus dos hijos mayores. Durante la adolescencia, tanto Alex como Luisa representaron retos para Marisa en el ámbito de la crianza, sin embargo, Marisa rara vez sintió que sus recursos y estrategias fuesen sobrepasados, como lo siente constantemente desde que Tamara inició su tránsito por la misma etapa vital.

Marisa refiere que no encuentra la manera de comunicarse con Tamara sin que sus intentos acaben en una discusión o una pelea. Y tiene miedo de que sus fallas comunicativas no le permitan prever una situación de alto riesgo, como ocurrió en una ocasión con Alex (un

intento de suicidio debido a lo que él percibía como un fallo académico), ocasión desde la cual Marisa sintió que estaba fallando como mamá.

Hipótesis de trabajo

Se planteó que las estrategias y soluciones aprendidas para lidiar con los conflictos de los dos hijos mayores se habían rigidizado, impidiendo que se formara un nuevo modelo de comunicación e interacción con la hija menor (Tamara), de esta forma, eran las estrategias que alguna vez sirvieron de solución las que en el presente fomentaban el problema.

Ciclo de vida

Transición entre etapa de crianza y etapa de nido vacío.

Modelo de intervención

Terapia Breve de Resolución de Problemas.

Objetivo terapéutico

Esclarecer las expectativas de Marisa respecto a la relación que desea tener con su hija y, con base en ellas, fomentar recursos, estrategias y dinámicas relacionales que le permitan mejorar sus prácticas comunicativas que, a su vez, la lleven a mejorar su percepción de estar “siendo una buena mamá”.

Resumen del proceso terapéutico

Primera sesión

Durante la primera sesión se llevó a cabo una exploración de la queja, las relaciones y dinámicas familiares y las expectativas de Marisa en relación con la terapia. En el cierre de sesión se hizo énfasis en colocar la responsabilidad y el logro de haber acudido a terapia sobre Marisa. Se remarca que el equipo nota que hay una preocupación genuina como madre por intentar mejorar la relación con sus hijos. Por último, el equipo de supervisión señala que escucha muchas voces viniendo de Marisa (las opiniones de su marido, de su hija, de la anterior terapeuta de su hija, etc..) y que le gustaría saber cuál es su voz, qué es lo que tiene ella que decir.

Teniendo en cuenta lo anterior, la tarea consistió en que cada vez que intentase comunicarse con Tamara lo hiciera a raíz de cosas sobre ella (Marisa), y no sobre las cosas de su hija. Que, en lugar de hacer juicios, comunicara las cosas que siente y sus preocupaciones, que empleara esos momentos para buscar su voz.

Segunda Sesión

En la segunda sesión se empezó revisando la tarea que se le había dejado a Marisa la sesión anterior; el cómo había cambiado la dinámica entre Tamara y ella desde que había empezado a comunicarse de manera distinta. Marisa comunica que ha notado cambios importantes en la relación con Tamara y que han logrado comenzar a comunicarse de manera mucho más efectiva y sin llevar a discusiones. Por otro lado, durante esta sesión emergió también el tema de la relación de pareja, Marisa relató su historia con César y la razón por la que en este momento ella siente que no tienen una “relación romántica” (antecedentes de infidelidad y un intento de divorcio), comunicó sentirse muy rencorosa y encabronada con él.

Durante el cierre de sesión se validan los sentimientos de Marisa, sin embargo, se vuelve a hacer énfasis en que durante la sesión entera, la voz de Marisa fue, una vez más, la que menos se había escuchado (trae opiniones, sentires y pensares de otros, pero rara vez comunica o siquiera conoce los suyos). No se deja una tarea específica más allá de seguir buscando su propia voz.

Tercera Sesión

La tercera sesión se inicia revisando los cambios surgidos entre sesiones, también se revisan distintas nociones en torno a “ser buena mamá” y las expectativas de sus hijos: ¿qué cree que es lo que sus hijos esperan de ella?, ¿qué es lo que espera Tamara? y ¿cómo es diferente lo que espera Tamara de lo que esperan Alex y Luisa? Se comienza a introducir la idea del ciclo vital de la familia y el cómo su familia está cambiando y seguirá haciéndolo pues se aproxima a una nueva etapa (nido vacío).

Durante el cierre, el equipo extiende su reconocimiento a Marisa porque, finalmente, fue posible escuchar su voz por sobre las voces que se presentaban en las sesiones anteriores. Continuando con lo que se empezó a construir en la sesión, se dejaron tres tareas: que intentase llevar la situación hipotética de la que se habló en terapia a su cotidianidad, que pensase en las coincidencias que tiene con Tamara, y que pensase en la pregunta ¿qué podría hacer Marisa diferente, teniendo en cuenta que Tamara está creciendo?

Cuarta Sesión

Se comienza revisando las tareas dejadas en la sesión anterior y rápidamente surgen nuevas preguntas y cuestiones durante el diálogo. Una vez más emerge el conflicto de la relación de

pareja, la incertidumbre hacía el futuro de esa relación y el futuro de Marisa como tal. Se hacen preguntas como: ¿qué otras cosas te preocupan a las que no les has puesto atención por estar distraída con tus hijos?, ¿qué cosas puedes comenzar a hacer por ti misma?, ¿cómo sabría Marisa que querría o no querría continuar con su relación de pareja?

Al final de la sesión, se retomó el motivo de consulta inicial, la tarea fue que durante las últimas dos semanas entre sesiones ella observase su relación con Tamara y determinase si ya se encontraba en el lugar donde quería estar, si la relación que mantiene con su hija después de los cambios era la que ella esperaba conseguir.

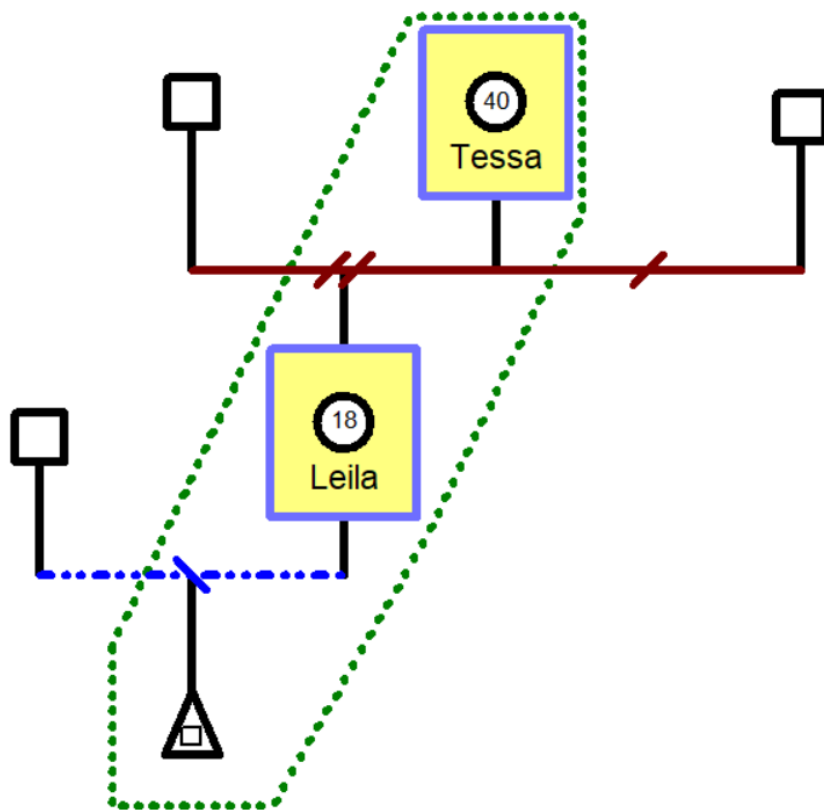
Quinta sesión y cierre del proceso terapéutico

Durante esta sesión se evaluó el progreso llevado a cabo durante las anteriores sesiones de terapia. Marisa comunicó que se sentía muy satisfecha con el cambio que había logrado en la relación con Tamara, pero sobre todo en la manera en la que ahora ella puede escucharse a sí misma, identificar sus opiniones, las cosas que siente; pero también expresarlas de manera que los demás puedan escucharlas.

Debido a que se trató del cierre del proceso, en esta sesión no se dejaron tareas ni mensajes, únicamente se reconocieron cambios y fortalezas, se dejó la puerta abierta a una posible continuación del servicio terapéutico y se dio un espacio para que Marisa pudiera retroalimentarse a sí misma y también al terapeuta en torno a la relación terapéutica y el proceso de terapia en general. El equipo agradeció la confianza, apertura y compromiso que Marisa tuvo con su proceso de terapia.

3.1.2 Tessa y Leila

Familiograma de la familia



Sede clínica

Zoom

Motivo de consulta

Tessa acude al servicio puesto que pocos días antes, su hija, Leila, descubrió que se encontraba embarazada; el embarazo no fue planeado y acarrió complicaciones importantes

para la salud de Leila. Tessa se siente rebasada por la situación y busca apoyo psicológico tanto para ella como para su hija.

Antecedentes

Tessa es madre soltera, en casa viven solo ella y Leila. Se enteran del embarazo al acudir Leila por primera vez al ginecólogo debido a haber estado experimentando sangrados y cólicos irregulares. Descubren entonces que lleva cinco meses embarazada y los sangrados y los cólicos que ha experimentado son en realidad amenazas de aborto que podrían complicarse y presentar un riesgo importante tanto para la vida de Leila como la del bebé.

Además, el padre del bebé y su familia no se encuentran enterados de la situación; esto último por decisión de Leila, dado que esa relación de pareja había terminado meses atrás. Solo los amigos más cercanos de Tessa tienen conocimiento de la situación que madre e hija están atravesando.

Hipótesis de trabajo

Un embarazo no planeado y con complicaciones importantes es un evento que sacude la normalidad de la familia; la necesidad de reaccionar y adaptarse a las nuevas circunstancias, que además se presentaron de manera súbita, desata una reacción de “crisis” que demanda la movilización de recursos, una adecuada toma de decisiones y la reestructuración de la dinámica familiar.

Ciclo de vida

Transición entre etapa de crianza y etapa de nido vacío.

Modelo de intervención

Terapia Breve de Resolución de Problemas.

Objetivo terapéutico

Prestar respaldo emocional ante la situación de crisis; explorar y movilizar recursos y redes de apoyo; reencuadrar la situación de crisis como una de oportunidad; esclarecer el proceso de toma de decisiones.

Resumen del proceso terapéutico

Primera sesión

La primera sesión tiene lugar a través de zoom, mientras Tessa está en una sala de espera del hospital, esperando a que Leila salga de consulta; estas condiciones provocan que la terapia adopte un formato de intervención en crisis en donde los principales objetivos fueron escuchar, normalizar miedos y preocupaciones, reencuadrar la situación como un desafío, validar la desesperación y el sentimiento de impotencia; y, también, resaltar la transitoriedad de la situación.

Durante el cierre de esta sesión, el equipo valida la iniciativa que Tessa presenta, se le comunicó que es una mujer a quien la vida ha dado muchas enseñanzas que ahora está logrando usar efectivamente para ayudarse a ella, a su hija y a su nieto. Se hace énfasis en que esta es una situación transitoria y que no estarán siempre bajo el mismo estrés, preocupación y temor. Y también se reencuadra la crisis como una oportunidad para crecer

y mejorar, y la propia Tessa señala que ella espera que esta situación pueda unir y volver su relación con Leila más estrecha.

Segunda Sesión

Durante esta sesión se tenía planeado que Leila asistiera, sin embargo, por circunstancias ajenas a la terapia, Leila no pudo asistir y en su lugar lo hizo solo Tessa. La sesión comenzó con una exploración de los eventos sucedidos durante las semanas entre sesiones. Después se exploraron las perspectivas de Tessa en torno al evidente cambio de roles que está sucediendo (Leila como madre, no solo como hija; a su vez Tessa no solo como madre sino como abuela), se indagó en los recursos con los que cuentan no solo cada una de ellas, sino también ellas como unidad, como familia.

También se tocaron situaciones hipotéticas en las que Tessa pensaba que podría haber dificultades en la nueva dinámica familiar (las salidas de Leila, ¿quién se encargaría del niño?) Se platicó también sobre cómo podría Tessa darse cuenta de en qué situaciones podría intervenir en la crianza de los nietos desde su rol de abuela.

Durante el cierre de sesión se le reconoce a Tessa el que esté siendo congruente con su compromiso de “no convertirse en la verduga” (con esto se refería a que no quería convertirse en la persona que culpase a su hija y la desconociera por el “error” que había cometido). Se reconoce que la situación implica que en el futuro haya diferencias entre ellas y Leila, pero que tienen los recursos para conciliar esas diferencias y que seguramente encontrarán más de estos en el camino y con la experiencia.

La tarea fue de la mano con el último apartado del mensaje: seguir pensando en los recursos ¿qué otros recursos tienen Leila y tú, no solo como madre e hija, sino también como familia?

Tercera Sesión

Esta vez fue Leila la que asistió a la sesión y, como se tenía planeado, se dedicó la sesión a explorar su perspectiva: la manera en la que está viviendo el embarazo y todas las circunstancias que conlleva.

Al igual que Tessa, Leila refirió sentirse preocupada, con miedo, así como también culpa al ver a su madre preocupada; refiere pensar que no está contribuyendo o ayudando como le gustaría poder hacerlo. Los doctores que la atendieron durante los procesos de chequeos de rutina le diagnosticaron Placenta Previa, una condición de salud que no permite que ella haga muchos esfuerzos, y dada la cual necesita mantenerse en reposo.

Leila también habló sobre sus planes y esperanzas a futuro, ella dice que quiere ser un ejemplo para su bebé, continuar estudiando la carrera en Mercadotecnia y conseguir un trabajo para poder ayudar a Tessa a costear los gastos de la familia.

Durante el cierre de sesión, se planteó la relación de Tessa y Leila como un equipo y el cómo es normal que, en ciertas situaciones, una parte del equipo tenga que cargar con más peso que la otra (como en este momento, en el que Tessa tiene que apoyar a Leila), sin embargo, cuando las cosas se estabilicen, Tessa va a soltar parte del peso y Leila va a poder tomarlo.

Además, se hicieron explícitas las cosas positivas que esta situación trajo para Leila y Tessa: no todo es estrés, ni miedo; también hay unión, aprendizaje, cercanía y esperanzas. La tarea para Leila fue buscar alguna actividad en la que pueda relajarse o distraerse, y que preferentemente pudiera hacerlo con su mamá.

Cuarta Sesión y cierre del proceso terapéutico

En esta sesión, tanto Leila como Tessa asistieron, finalmente se pudieron llevar a cabo los diálogos de contraste de perspectivas que habían sido planeados en anteriores sesiones. Se platicó sobre la tarea que se le había encomendado a Leila la sesión pasada, el escribirle una carta a Tessa explicándole como se sentía. Se aprovechó esta temática para hablar sobre la comunicación y como sobre como ambas estaban intentando no comunicar para evitar que la otra se preocupase, también se exploró esta oportunidad que habían tenido para comunicarse las cosas que sentían y se reforzó la importancia de esa comunicación.

Se introdujo la metáfora de la “carreta”, y el equipo que forman como familia. Y se aprovechó que ambas habían asistido para que pudieran expresar esas cosas que piensan que la otra hace por ellas y que quizá no habían sido expresadas.

Posteriormente se hizo una exploración de las redes de apoyo de la familia y de lo que decía que tuvieran tantas personas a su alrededor con tantos ánimos de apoyarlas. Las preguntas circulares también incluyeron al bebé que está en camino y se utilizaron estas preguntas para localizar fortalezas y recursos que ellas tienen y que pueden o quieren enseñarle al bebe. Por último, se remarcó la importancia de la opinión que tienen ellas del trabajo que está haciendo la otra y se reencuadró para sembrar la idea de que el mejor baremo

para saber si se está siendo una buena madre o una buena hija, es la percepción de la persona con la que tienen esa relación. Es decir, ellas mismas.

Al final del proceso terapéutico ambas comunicaron encontrarse mucho más seguras de sí mismas y de su relación madre-hija. También refirieron tener una visión más positiva y esperanzada respecto al momento difícil que estaban viviendo, y se sintieron alegres de haberse unido como familia.

3.2 Análisis y discusión teórico-metodológica de la intervención clínica con los dos casos elegidos

En este apartado se procede al análisis de los casos de acuerdo con la temática planteada en el capítulo anterior. La metodología usada fue el análisis de discurso, entendiendo el discurso como lo definió Salgado (2019):

Discurso es un término polisémico con el cual se nombran todas las modalidades del lenguaje puesto en acto, por medio de las cuales las personas y los grupos interactúan entre sí; valoran, construyen, perciben, se representan o preservan la realidad y las experiencias colectivas; construyen identidades, o establecen relaciones de poder (p.14).

Este trabajo se centró en analizar la cualidad polifónica en el discurso de las consultantes, el terapeuta y las intervenciones del equipo de supervisión. Para tal efecto, el audio de las videograbaciones de cada una de las sesiones de terapia fue transcrito en su totalidad. Estas transcripciones constituyeron el acervo del que, posteriormente, se seleccionaron fragmentos cuyo contenido resultó más pertinente para el objetivo de análisis,

es decir, fragmentos en los que se podía observar con claridad la presencia de lo que Bajtín (1986) bautizó como la auténtica polifonía: aquella pluralidad de voces y consciencias independientes e inconfundibles que brotan del diálogo.

Este *corpus* de fragmentos fue segmentado en tres unidades de análisis que facilitan el estudio del discurso polifónico. Se tiene así, por un lado, la voz del consultante, por otro lado, la voz del terapeuta, y, por otro, la voz del equipo. El contenido de estas tres unidades de análisis puede dividirse también en dos categorías significativas:

Voces internas: que surgen del diálogo interno de la persona que las emite, por ejemplo: la voz de “mamá” de una de las consultantes, la voz de “experto” del terapeuta, la voz “personal” del equipo.

Voces externas: que surgen, y son traídas a la terapia, a raíz del diálogo que la persona que las emite ha tenido con su contexto y sus relaciones interpersonales, por ejemplo: la opinión de la vecina de la consultante respecto a su situación, la experiencia en común de múltiples consultantes a los que el terapeuta ha atendido en el pasado, la manera en la que el familiar de un miembro del equipo solucionó una situación similar a la que la consultante está viviendo.

Aunque el modelo de intervención utilizado en ambos casos no es el dialógico, el análisis del discurso permitirá entrever cómo el prestar atención a la polifonía (cualidad que surge independientemente de la naturaleza del diálogo) puede ayudar a desprender nuevos recursos que permitirán enriquecer el trabajo hecho a través de prácticas, modelos y técnicas ya aplicados o existentes.

Por último, y respecto a los casos analizados, es pertinente mencionar que fueron elegidos porque, aunque puede observarse una polifonía de voces en todos los casos considerados para el análisis, esta multiplicidad de voces, tanto internas, como externas, se hizo evidente en mayor medida en los dos casos que acabaron siendo seleccionados.

3.2.1 Caso Marisa

Con seis sesiones de duración, en este caso se puede observar el desarrollo y evolución de Marisa, una ama de casa de 44 años que acude a consulta en la Clínica de Terapia Familiar de la FES Iztacala refiriendo un deseo de mejorar la relación con su hija menor.

La primera sesión comienza con la presentación del terapeuta, el espacio de trabajo, el modelo de trabajo, así como del equipo terapéutico y su supervisora. Formalidades como la firma del consentimiento informado y el reglamento de la clínica también tienen lugar en este primer momento, y, una vez cumplidas; se le pide a Marisa que se presente.

Y es tan pronto como terminan las presentaciones y da comienzo la entrevista inicial, que se vuelve evidente que, aunque Marisa acudió sola a la sesión, son muchas las voces que la acompañan.

Si yo quería que mi hija estuviera bien

T: Bueno, entonces, ya conociéndote mejor, me gustaría que fuéramos a algo más concreto: ¿qué te trae hoy a esta sesión?

M: Bueno, te comenté que mi hija Tamara había ido a terapia con una psicoanalista. Cuando mi hija dijo que ella ya no quería ir porque sentía que no le estaba sirviendo la terapia, la doctora [refiriéndose a la psicoanalista] me dijo que si podíamos tener una plática ella y yo. Y le dije que sí, entonces acudí a su consultorio y me dijo que, si yo quería que mi hija estuviera bien, yo tenía que tomar terapia.

T: ¿Esto cuánto tiempo tiene?

M: Eso fue en diciembre...

T: ¿De este año pasado?

M: Del año pasado.

T: Okey.

M: Sí, fue en diciembre del año pasado. Tonces me dijo que, si yo quería que mi hija estuviera bien, pues yo tenía que tomar terapia porque tal vez yo tenía muchas cuestiones sin resolver y yo no lo sabía, O todavía yo no estoy consciente de esto, ¿no?... Y pues por eso vengo, porque, o sea, yo sé que tal vez tengo...bueno no tal vez. Sé que tengo...es que...sé que tengo cuestiones que resolver, pero...Según yo, mis cuestiones no tenían nada que ver con mi hija, pero dije, bueno, al final tal vez a lo mejor sí. Así que, para eso vengo...

En este primer fragmento, Marisa trae a la conversación a la psicoanalista de su hija: la primera de las muchas voces externas que componen su polifonía. Para Marisa, esta es una voz de gran autoridad e influencia, pues no solo consigue hacerla acudir a terapia, sino también le hace dudar de, y hasta consigue hacerla censurar, su propia voz.

Marisa no cree que estas “cuestiones” que tiene que resolver tengan que ver con su hija, sin embargo, a cada manifestación de su voz la sigue de cerca una invalidación proveniente de la voz de la psicoanalista: “O sea, yo sé que tal vez tengo...bueno, no tal vez” “Según yo, mis cuestiones no tenían nada que ver con mi hija, pero dije, bueno, al final tal vez a lo mejor sí”.

En este momento, para Marisa, la aseveración de la psicoanalista de que necesita terapia impera por encima de su consideración personal. Acude a terapia porque la psicoanalista le ha “hecho ver” que quizá debería hacerlo. Y aunque la voz de la psicoanalista

es fuerte, solo basta con hacer una pregunta más, para que sea sustituida por una voz aún mayor.

Así es él

T: Okey, antes de que hablemos de esas cuestiones que tú piensas que tienes por resolver, me gustaría saber... Bueno, Tamara tiene 16 años, ya has estado conviviendo con ella por más de una década. ¿Por qué en este momento se están poniendo las cosas tan difíciles? ¿Tú a qué se lo atribuyes?

M: Ayyy, según yo se lo atribuyo porque digo... bueno... Las dos tenemos un carácter muy fuerte, pienso que también es la edad... la etapa que ella está atravesando, porque he hecho memoria con mis otros dos hijos y dije: en algún momento también tuve ciertas circunstancias con los otros dos y fue más o menos en esta etapa de la prepa... Los estira y afloja y eso, y dije: pues tal vez es normal porque pasa... Y luego me acordé: yo a mi edad odiaba a mis papás, o sea, me caían mal, a veces no toleraba que me hablaran. Digo a lo mejor ella pasa lo mismo, pero yo no... Mis papás, mi papá era muy muy duro, muy enérgico. Entonces pues, nuestra terapia eran un par de cachetadas ¿no? Entonces dije: yo no quiero llegar a eso...

T: Y, sin embargo, has tenido tres hijos... ¿cómo lo resolviste con los anteriores dos? Porque dices que también ha habido periodos así, ¿no?

M: Sí... estee... pues me armé de mucha paciencia que luego la verdad, me rebasaba. O sea, intentar acercarme, intentar involucrarme en su vida, intentar estar al pendiente. Ehh, porque por ejemplo con Alex (hijo mayor) me pasó que cuando él estuvo en CCH empezó a fumar marihuana. Entonces cuando yo me enteré fue muy feo para mí porque tal vez era una etapa que él tenía que experimentar, pero yo sentía como mamá que yo estaba haciendo algo mal, porque mi hijo estaba pasando por eso y estaba faltando a clases, no entraba a clases, se la vivía en las canchas o en los billares que están ahí alrededor. Entonces yo sentía que yo estaba... sí, tenía ese sentimiento: que yo estaba haciendo algo mal porque mi hijo no estaba haciendo lo que según yo tenía que hacer que era estudiar. Y sí, echar relajo y tener amigos e ir a fiestas... pero no empezar a meterse en esas cosas de... pues sí... de... Tal vez dicen:

es muy exagerada, de drogas...porque empiezas con la marihuana y luego ya...Bueno yo lo veo así, entonces por eso nunca la he fumado.

T: Y qué decía eso de ti como mamá. ¿Tú qué piensas que decía?

M: Pues que era una mala mamá porque no estaba al pendiente. De hecho, mi esposo me lo dijo: Marisa tú estás aquí en la casa y ve lo que pasa con Alex.

T: Y él...es César, ¿no?

M: Aja

T: Él cómo, ¿cómo lidiaba con...?

M: Ah no, es que mi esposo es de los papás que...como él trabaja, o sea, él ya cumplió. O sea, es el proveedor, entonces él a mí sí me lo dijo: yo estoy cumpliendo con mi parte, yo soy el proveedor, tú ocúpate de la tuya que es la casa y los niños y a mí no me des quejas no me des problemas. O sea: tú resuelve. Así es él.

En este fragmento podemos apreciar cómo la voz de César influye en la percepción que Marisa tiene de su papel como madre de familia. Se hace evidente que la organización familiar sigue un modelo tradicional (con la mujer encargada de la crianza y el hombre del sustento económico), y que la comunicación de la pareja se encuentra subordinada a la rigidez de estos roles.

Aunque ausente en el fragmento, en cierto punto de la conversación Marisa hace mención de que, al menos cuando se trata de organización familiar: ella comparte expectativas con César. El estilo tradicional constituye uno de los acuerdos explícitos en la relación, y si bien durante esta primera sesión no se hace mención de este estilo; en sesiones posteriores podrá observarse el cómo fue la madre de Marisa, y no su marido, la que le hereda la idea, y aceptación, de este modelo de convivencia específico.

En cuanto a su papel como madre, Marisa menciona a su propio padre y la influencia que él tuvo en la manera que ahora ella tiene de criar a sus hijos (“*mi papá era muy muy duro, muy enérgico. Entonces pues, nuestra terapia eran un par de cachetadas ¿no? Entonces dije: yo no quiero llegar a eso*”). Hijos que también juegan un papel muy importante en la percepción que Marisa tiene de sí misma y del desempeño o eficacia de sus decisiones (“*tenía ese sentimiento: que yo estaba haciendo algo mal porque mi hijo no estaba haciendo lo que según yo tenía que hacer*”).

Otra cosa que puede observarse en este fragmento es que Marisa le ha atribuido una voz al equipo de supervisión (“Tal vez dicen: es muy exagerada...”), a pesar de que el equipo no se ha manifestado respecto a la opinión que Marisa tiene de las drogas, ella percibe que el equipo piensa que es exagerada por pensar de esa forma.

Esto quizás está relacionado a que, desde el inicio de la sesión, Marisa comentó que el espejo y la cámara le hacían sentir nerviosa y juzgada, sin embargo, no será hasta dentro de un par de sesiones, que el equipo explorará este sentimiento de juicio.

Durante el resto de esta sesión, Marisa expandirá el contexto respecto a la dinámica relacional entre ella y sus hijos, su discurso seguirá siendo permeado por las voces externas de su marido, la psicoanalista e incluso la de Luisa, su hija de en medio. Al final de la sesión este patrón se mantiene: las voces de otros reinan por encima de la voz de Marisa, y es incluso más evidente en el siguiente fragmento.

¿Ella qué me diría?

T: Bueno, veo el tiempo, veo que ya se nos está acabando. Quiero hacerte una pregunta más antes de irme para ese lado del espejo (refiriéndose a hacer la pausa para llevar a cabo la intersesión con el equipo). Ahora que ya acudiste a terapia: ¿cómo esperas que nosotros podamos ayudarte?

M: Ayyy, no sé. No sé. Voy a ser muy sincera: vine porque aparte de que la psicoanalista me dijo que tenía que tomar terapia; mi hija Luisa (hija de en medio) me dijo que... es que sí me dijo, pues es que...ayyy...Vine porque, tal vez...inconscientemente...bueno no. Sí sé que estoy mal. No sé en qué, pero estoy mal, en algo. Y tal vez me pueden ayudar a descubrir en qué estoy mal o qué estoy haciendo mal.

T: Ok, y si ese problema de la nada desapareciera. ¿Cómo podrías tú, darte cuenta de que desapareció?

M: Mmmm

T: ¿Qué cosas empezarían a suceder? ¿Qué sería diferente?

M: Mmmm, no sé tal vez... este...no sé.

T: Vamos a ponerlo desde otra perspectiva: digamos que continuamos el proceso de terapia y las cosas empiezan a cambiar, y yo tuviera la oportunidad de preguntarle a Tamara: ¿qué es diferente en tu mamá ahora? ¿Ella qué me diría?

M: Mmm, no s... Tal vez lo primero que te va a decir es: el carácter de mi mamá.

Este fragmento vuelve a constatar la censura en la voz interna de Marisa, la omisión es incluso más marcada tras la pregunta “¿Cómo podrías tú, darte cuenta de que desapareció?”. Marisa es incapaz de responder a la pregunta con su propia voz, pero, tan pronto como se cambia el enfoque de la pregunta para poner el reflector sobre la voz de alguien más, en este caso la de Tamara, su hija menor: la respuesta emerge.

Aunque durante este proceso de terapia no se empleó un enfoque de intervención sistémico-dialógico, el terapeuta y el equipo de supervisión decidieron emplear la “voz”

como una metáfora con la que se pudiera señalar la ausencia de opiniones, sentimientos, creencias y deseos *personales*³ que era tan evidente en el discurso de Marisa.

Haciendo uso de esta metáfora se diseñaron mensajes e intervenciones cuyo objetivo fue ayudar a Marisa a recuperar la agencia sobre su discurso, sobre el proceso de toma de decisiones y sobre sus dinámicas relacionales. De este modo, al mencionar la “voz” el terapeuta podía instigar a Marisa a buscar aquellas cosas que ella misma había censurado, omitido o simplemente nunca descubierto sobre sí misma.

Lo anterior se ve mejor ejemplificado en el siguiente fragmento, el cual tiene lugar después de la intersesión. En él, el terapeuta se encarga tanto de exponer el mensaje que el equipo concordó en comunicar a Marisa, como de introducir la metáfora de la voz.

Cierre de sesión

T: Estuve platicando con el equipo y creo que todos coincidimos y pensamos que, de cierta manera, llegaste aquí y dices: bueno es que yo solo vengo porque la psicoanalista me dijo, ¿no?

M: Aja...

T: Pero después de platicar contigo creo que todos notamos que hay una preocupación genuina como madre, y el estar aquí ya es haber dado un paso. Y es un paso importante porque pedir ayuda o acudir a la ayuda o intentar mejorarte a ti misma es... difícil, y nosotros queríamos reconocer que ya has dado ese paso, pero también queríamos que tú reconozcas esa parte de ti, esa parte genuina y preocupada que te trajo aquí. No porque lo diga una psicoanalista, no porque tu hija te lo haya

³ Es preciso hacer notar que, aunque se usa la palabra “personales”, se da por sobreentendido que todas estas opiniones, creencias, deseos y sentimientos, no surgen en un vacío, sino que derivan de premisas socioculturales que influyen la manera en que nos percibimos, percibimos el mundo y puntuamos las relaciones con los demás. De ahí que la polifonía no pueda separarse nunca de su concepto hermano: la heteroglosia.

recomendado ... Pero estás aquí al final de cuentas por tu propia voluntad, y eso es importante porque es el primer paso para empezar a cambiar.

M: (Asiente)

T: También en el equipo coincidimos en que escuchamos muchas voces viniendo de ti: quizás está parte de la psicoanalista de “tienes cosas que trabajar”, quizás la de tu marido diciendo “tu encárgate de la casa”. Escuchamos muchas voces viniendo de todos lados y a veces nos cuesta trabajo identificar cuál es la voz de Marisa, ¿qué es lo que quiere Marisa? Y queríamos pedirte que en estas semanas entre sesiones tú intentarás averiguar cuál es esa voz tuya, ¿ya? ¿Qué es lo que dices tú como Marisa? Y no lo que dice Marisa después de escuchar a la psicoanalista o lo que dice su marido, o lo que dice su hija...

En este fragmento podemos observar, más que la voz de Marisa, la voz del terapeuta y el equipo de supervisión; aliando ambas voces, se presentó un frente unido que actuó a manera de contrafuerte a la voz de Marisa: poniéndola en el reflector, pidiendo escuchar más de ella, validando sus preocupaciones y alentándola a escucharse más a sí misma.

También se le dejaron algunas tareas relacionadas con la comunicación con su hija, pero no serían revisadas hasta la siguiente sesión.

Segunda Sesión

En esta segunda sesión se comienza por revisar los cambios observados por Marisa desde la última sesión. Como había sucedido anteriormente, aunque Marisa afirma que ha habido cambios, le cuesta trabajo comunicar cuales fueron.

Como la propia Marisa señalará en sesiones posteriores: esta tendencia parece provenir de la noción de que las cosas que ella tiene para decir no son importantes, por lo que es mejor dejarlas de lado y no reflexionar mucho en torno a ellas.

Esto último se constata cuando, una vez más, el terapeuta vuelve a cambiar el foco de la pregunta y, en lugar de preguntar por la voz de Marisa, pregunta por la de César, dando pie al siguiente fragmento:

Es que a ella no se le olvidan las cosas

T: Y si tu esposo estuviera aquí y yo le preguntara, ¿crees que él podría notar la diferencia?

M: No sé, no creo porque...siempre se queja de que...o sea, cuando tienen queja de mí, siempre me dice: es que tú no sueltas. Tú traes las cosas ahí, siempre.

T: ¿Tú porque piensas que dice eso?

M: O sea, yo sé que soy muy rencorosa, o sea, a mí no se me olvidan las cosas, entonces...han pasado muchas cosas que a mí no se me olvidan y...y...porque en su momento pasaron, pues me dolieron mucho entonces...pues no es tan fácil o sí, o tal vez es mi forma de ser que soy tan rencorosa que no dejo ir las cosas y por eso ahí las traigo.

T: ¿Estas cosas son en relación con él?

M: Aja.

T: Creo que hemos hablado mucho de tu relación con tus hijos...pero no hemos hablado mucho de...o si me has hablado un poco de César como papá, de César como proveedor. ¿Y César como pareja? ¿Como esposo, cómo es?

M: Mmmmm, como pareja, como esposo...Es...últimamente, en los últimos años si ha sido... ha cambiado. Pero anteriormente no era...no era tan lindo pues...

T: Dices que hay muchas cosas a las que tú les guardas rencor, ¿no?

M: Aja.

T: Estás cosas supongo que son cosas que pasaron precisamente...dices que en el pasado no era tan lindo. ¿Podrías darme algún ejemplo? ¿Contarme un poco?

M: Bueno...hace como ocho años me enteré de que tenía una...un romance de oficina, este y yo ya me había como que lo había notado peero, cuando yo se lo dije a él, él me dijo que estaba loca. Cuando yo le digo a él: es que pasa esto y esto. [Él dice:] Estás loca, no, estás loca, no es cierto. Es que tienes tanto tiempo libre que ya no sabes ni que inventar. Pero tú lo sientes cuando las cosas con tu pareja cambian. Lo sientes y los cambios son muy notables... [expande un poco más respecto al tema].

T: Ya no lo hablaron nunca más [el tema].

M: No, es la fecha que si yo menciono a Ginebra (la mujer con quien César tuvo un romance de oficina)... Dice (César): ayy, ya vas a empezar. ¿Ya ves? ¿Ya ves como no se te olvidan las cosas? O sea, es su queja de él: “es que a ella no se le olvidan las cosas”.

T: Y es incluso más difícil olvidarlas cuando parece que no se solucionaron del todo, ¿no?

M: Exacto.

Aunque el evento relatado se remonta al pasado, en este fragmento podemos escuchar un choque de voces que informa la naturaleza de la relación entre Marisa y César en el presente. Se hace evidente que el patrón de censura e invalidación de la voz de Marisa no es algo nuevo, sino que lleva tiempo sucediendo (*Cuando yo le digo a él: es que pasa esto y esto. [Él dice:] Estás loca, no, estás loca, no es cierto. Es que tienes tanto tiempo libre que ya no sabes ni que inventar*).

Al igual que en la última sesión, en este fragmento el terapeuta continúa interviniendo en la misma dirección que en el anterior cierre de sesión; volviendo a usar su voz a manera de contrafuerte de la voz de Marisa, quitándole peso a los argumentos de censura e invalidación (“estás loca”, “es que tú no sueltas”), colocando un nuevo peso en la balanza;

introduciendo una nueva posibilidad: que quizás no es que Marisa sea rencorosa, sino que le resulta difícil olvidar las cosas porque nunca se solucionaron.

A raíz de esta interacción la sesión se enfocó más en la dinámica de la relación de pareja que en los conflictos de Marisa con Tamara.

Pero no es cierto

T: Ehhh, a partir de eso...supongo que no fueron a terapia de pareja.

M: No, él no quiso. Dijo que no lo necesitábamos, que lo podíamos sobrellevar nosotros, que él me amaba y que me amaba mucho y que a mis hijos igual, y que las cosas iban a cambiar y demás...Y sí, las cosas cambiaron, pero...

T: ¿Y cómo lo sobrellevaron? ¿Qué tuvo que cambiar?

M: Es que...por...o sea. Cambiaron en algún aspecto, pero otros como que seguían igual. O sea, mi esposo, se podría decir... O sea, yo digo que es alcohólico. Él dice que es bebedor social. Pero no, o sea, es alcohólico. A final de cuentas: cada semana se agarraba de que salía de trabajar, cada viernes a las dos y se iban a tomar. Y a veces...y llegaba el sábado en la madrugada, ¿no? Y eso lo ha tenido como de...pues sí, desde que entró a trabajar en esta empresa donde él está pues es así. Las fiestas de fin de año, las comidas, los cumpleaños, y así todo eso. Entonces yo sí le digo: pues eres alcohólico, ¿cómo no? Ayyy no, claro que no. Claro que sí, o sea, mi papá era alcohólico por Dios, o sea...

M: Como que le bajó a sus borracheras, pero a final de cuentas pues ahí seguía. Se empezó a hacer por así decir "carga de mí" económicamente porque...La que me compraba ropa era mi mamá. Mi mamá era la que me decía o me regalaba dinero y me decía: cómprate pantalones cómprate lo que necesites. Porque él... cuando yo trabajaba yo hice...él decía que era un mal hábito. Cuando yo trabajaba tenía la costumbre de comprarme algo cada quince, porque decía: pues, para tener. Y él me decía: ayy tú como gastas el dinero... Y yo decía: no porque no sé, qué tal si luego ya no trabajo y ya no tengo ropa. Y yo le decía: ¿tú me lo vas a comprar? Y él me dijo: obvio. Pero no es cierto, o sea, no.

M: A menos que yo le dijera: César, necesito un pantalón, entonces sí me decía: vamos a comprártelo o me decía: te doy el dinero y cómpratelo. Pero hacerse cargo de mí en esos gastos, no, él no lo hacía. De verdad, yo tenía zapatos y ropa por mi mamá y una tía. A mis hijos nunca eh, nunca les ha faltado ni ropa ni zapatos ni nada, sí los ha tenido así. Pero conmigo no. Entonces, pues a partir de que muere mi mamá pues yo si dije: pues ya no tengo a mi mamá, ya no tengo, pues sí ese apoyo que necesitas a final de cuentas, porque la mamá, la edad que tenga, siempre te hace falta. Entonces yo creo que no sé. Ahí le cayó el veinte de chín: ahora sí voy a tener que vestirla y calzarla. Y entonces lo empezó a hacer.

En este fragmento se vuelve a constatar que el que ha marcado el ritmo de la relación, a pesar de las inconformidades de Marisa, ha sido César. Sus voces disienten (“*O sea, yo digo que es alcohólico. Él dice que es bebedor social. Pero no, o sea, es alcohólico*” “*Y yo le decía: ¿tú me lo vas a comprar? Y él me dijo: obvio. Pero no es cierto, o sea, no*”), sin embargo, no se trata de una negociación, y la que siempre acaba por sobreponerse es la voz de él, no la de ella.

Por otro lado, la expresión “*A menos que yo le dijera...*” sugiere que Marisa raramente dice lo que piensa o necesita a pesar de saber que su esposo no la tomará en consideración de otra manera. Y quizás esa actitud pueda explicarse con el siguiente fragmento, en el que se nos permite entrever otra influencia importante.

Déjalo a un lado

T: ¿Cómo te relacionas en este momento tú con él?

M: Dentro de todo nos llevamos bien, o sea...aunque tenemos ese punto que no, que no a...esa cuestión que no aclaramos de Ginebra. Esteee... se me quedó algo que me dijo mi mamá. Nunca le dije a mi mamá lo que había pasado con Ginebra, pero mi

mamá me dice que me veía rara. Pero yo no le quería decir porque dije: no, ya tiene su problema como para que todavía venga yo con mis problemas. Y ella me dijo en alguna ocasión que no sabía qué era lo que me pasaba, pero que ella sentía y sabía que me estaba pasando algo. “Si es algo con tu marido”, me dice, “trata de arreglarlo porque” ...Mis papás discutían muchísimo, muchísimo, así por todo. Y me decía: “para que no pasen tus hijos lo que tú y tu hermana pasaron con tu padre o conmigo”, pero... Cuando yo tocaba el tema de Ginebra...Entonces como que yo solita me terapié y dije: Marisa déjalo a un lado. Pero la verdad no se me olvida.

Aunque en este caso no se trata de la voz de la psicoanalista, sino la de su madre, este fragmento nos permite constatar cómo, al igual que se vio en la primera sesión, Marisa ha elegido silenciar su voz para dar prioridad al bienestar de sus hijos. Además, la frase *“No, ya tiene su problema como para que todavía venga yo con mis problemas”* reafirma la idea de que Marisa da prioridad a las necesidades de los demás por encima de las suyas.

Esta es una tendencia reforzada por el modelo de familia tradicional, que en este caso es transmitido por la voz de su madre, que vivió un matrimonio que incluso ella percibe como conflictivo y perjudicial para sus hijas. En este modelo familiar, la mujer permanece subordinada a sus obligaciones como madre y esposa por encima de sus necesidades personales o individuales.

Por eso, aunque a Marisa le hubiera gustado solucionar el asunto de la infidelidad de su marido, al final acaba censurando su propia voz (*“Marisa déjalo a un lado”*) en un intento de paliar el posible sufrimiento que su inconformidad podría generar en los demás. Este patrón se repite durante el resto de la sesión, hasta que se da la intervención del terapeuta en el siguiente fragmento.

¿Dónde está tu voz?

T: Te voy a interrumpir: he escuchado que dices mucho: pues él me dijo. Él me dijo vamos al cine tenemos que ir a citas, también te dijo a ver te voy a dar dinero en el aguinaldo, en tu cumpleaños...pero...No he escuchado absolutamente nada sobre: qué es lo que ha dicho Marisa. O sea: sí, parece que él está marcando ahora, o al menos como lo he escuchado, él está marcando la pauta de la relación, ¿no?...¿Y tú? ¿Dónde está tu voz ahí?

M: Bueno, cuando él me dijo que qué me parecía si empezábamos como otra vez a salir y a...pues sí, a tratar de recuperar nuestra relación de pareja, que qué pensaba yo, pues yo le dije que pues sí, que pues estaba de acuerdo. Que quizás en algún momento nos habíamos perdido como pareja, y dije, que sí, que yo estaba de acuerdo en que saliéramos y que hiciéramos esas...como retomar nuestra relación...Ehhh, porque a mí, él siempre ha dicho que yo soy como muy...bueno no es que no, sí soy: soy muy romántica, a mí me gustan esas cosas románticas, que me escriban, el mensajito, así de: me acorde de ti. Esas cosas tontas y cursis que dicen que somos: así, así soy yo.

T: Y si en ese momento él no se hubiera presentado a decirte: bueno tenemos que recuperar nuestra relación, y fueses tú la que hubiera dicho algo. ¿Qué es lo que Marisa hubiera dicho?

M: Bueno, pues yo le hubiera dicho: tenemos que arreglar esto, ver si seguimos o nos separamos.

T: Y cuando tú dices arreglar, ¿qué es lo que estaba en tu cabeza? ¿Esto cómo se arregla?

M: Yo le dije que necesitábamos terapia de pareja, pero él no, él no le gusta, dijo: no es que nosotros lo podemos arreglar. Me dijo: si dejaras de ser tan rencorosa podríamos arreglar...Y le dije: no, o sea, olvídalos, yo no voy a dejar de ser rencorosa, pero también a mí cuando platique con un terapeuta que me recomendó una amiga me dijo: es que si tu esposo no quiere venir o sea...Y si lo obligas, así no sirve, el chiste es que los dos estén convencidos que lo necesitan, pero es que si él constantemente te está diciendo que no que no y que no, pues no va a servir de nada.

En este fragmento el terapeuta vuelve a poner el foco sobre la manera en que Marisa ha censurado su opinión, presionándola para que use su voz y no la de su esposo o su madre. Se hace uso de las situaciones hipotéticas para desprender voces que hasta ese momento no habían tenido la necesidad de surgir “*Y si en ese momento él no se hubiera presentado a decirte...*”, de esta forma Marisa tiene la libertad de colocarse en un escenario en el que su voz todavía no ha sido combatida, invalidada o silenciada.

Sin embargo, tan solo una pregunta después, el foco de Marisa vuelve a un escenario de conflicto con la voz de su esposo e incluso con la del terapeuta recomendado por su amiga. “*Yo le dije, pero él me dijo*” es la manera en cómo Marisa tiende a estructurar su discurso: una afirmación seguida de una invalidación. Y la invalidación jamás viene de una voz interna, sino de una externa.

Es por esta razón que durante el cierre de sesión el equipo opta por usar su voz para validar los sentimientos de Marisa, comunicar empatía e instigarla nuevamente a que use su propia voz, que piense en lo que ella quiere, siente y necesita.

Muchas voces

T: Bueno, hubo muchas voces también en el equipo. Creo que lo primero que nos gustaría comunicar es que escuchamos y, al igual que tú, hay una parte del equipo que está encabronada, igual que tú decías. ¿Ya sabes? Indignados. Pero también hay una parte que se siente conmovida. Has pasado por muchos procesos de pérdida; afrontaste esto de tu marido, afrontaste lo de tu mamá, afrontaste también situaciones difíciles relacionadas con tus hijos. Has estado todo este tiempo cargando con muchas cosas y al igual que tú: nos sentimos abrumados...

M: ¿Ves porque te digo que quiero una vida tranquila?

T: Y nos parece que en este momento la vida, no sabemos si muchas cosas se han solucionado o simplemente la vida te ha arrastrado con ella. Y tú dices: escucho por todas partes que me dicen que soy rencorosa.

M: No, yo sé que soy rencorosa.

T: Y de este lado pensamos...bueno...es que ...Es difícil no sentir tanto rencor cuando hay todas estas cosas que han sucedido que tú misma dices: para mí no se han solucionado. Y esta semana hemos escuchado mucho sobre la voz de tu marido, la voz de tu mamá; el cómo tienes que aguantar para que los hijos no sufran lo mismo que sufriste tú. Hay muchas voces, pero creemos que todavía, esa voz de Marisa no la hemos estado escuchando tanto estas sesiones y queremos dejarte una vez más pensando en eso: qué digo yo, qué siento yo, qué quiero yo.

En esta ocasión el equipo divide su voz para validar distintos tipos de emociones (“una parte del equipo que está encabronada...” “una parte que se siente conmovida”), pero se vuelve a unir para ir en contra de la invalidación que Marisa hace de su propia voz (“No, yo sé que soy rencorosa”), presentando una posibilidad distinta a la que todas las otras voces en su ambiente le han mostrado.

Una vez más, se le pide que se tome el tiempo entre sesiones para preguntarse por ella misma (“qué digo yo”, “qué siento yo”, “qué quiero yo”), para encontrar aquello que hasta entonces ha “dejado de lado”.

Tercera Sesión

Desde el inicio de esta sesión se observan cambios en el discurso de Marisa: sus respuestas son mucho más articuladas, rara vez responde a las preguntas con su tan común “no sé” de las anteriores sesiones y, aunque en ocasiones sigue presentando la voz de los otros, esta vez no usa esas voces para invalidar la suya, sino como un punto de referencia.

La sesión comienza con Marisa reflexionando sobre la razón por la que llegaba a terapia, y refiere que piensa que sí han salido cosas buenas de haber asistido a las sesiones. El terapeuta indaga en ese comentario y de ahí se desprende el siguiente fragmento.

Nadie me había dicho

T: ¿Y qué cosas buenas han salido?

M: Pues como que hay una mejor comunicación, o bueno trato de comunicar las cosas que me gustaría o que quiero o que necesito, por ejemplo, a mis hijos o a mi marido.

T: ¿Por qué piensas que ahora cambió esa manera tuya de comunicarte?

M: Porque nadie...porque tú me dices que quieren escuchar mi voz, tal vez quieren escuchar lo que pienso, o lo que necesito. Yo así lo tomo. Y nadie me había dicho así de: “pues es que te quiero escuchar, quiero escucharte”. Bueno una vez mi marido me dijo: “bueno dime que quieres para ya, para fácil”. Y tal vez cuando me lo dijo no le presté la atención y no lo tomé en serio. Y las veces que he venido tú siempre me dices que escuchan muchas voces y quiero pensar que son las opiniones o lo que dicen los demás, pero que no me escuchan a mí.

T: Continúa...

M: Pues he tratado de hacer eso, por mi familia, o por las personas con las que me relaciono.

T: Y esta parte de escuchar tu voz o aprender a escucharte para después comunicarte mejor. Esto ya lo has estado utilizando con tus hijos, con tu esposo...¿En dónde más podrías aplicar este aprendizaje nuevo?

M: Pues tal vez con Lilith, con mi hermana. Y con personas con las que yo he decidido tener una distancia porque no... porque no me agrada tal vez, pues sí, respeto las ideas, pero no me gusta cuando me las quieren imponer o cuando me dicen: es que tú tienes que hacer esto, eso no me agrada.

T: Ok, y como lidiaría esta nueva Marisa que ya tiene este aprendizaje. ¿Cuál sería la diferencia entre la Marisa de antes y la Marisa de ahora?

M: Que la Marisa de antes no dijo muchas cosas, tal vez en su momento, y ahorita yo sí le diría muchas cosas a mi hermana, a Lilith, de las que no estuve de acuerdo, de las que no me parecieron y de las que no me parecen.

Es en este punto donde la efectividad de las intervenciones que tanto el terapeuta como el equipo habían implementado en las sesiones anteriores se pone en evidencia. Marisa menciona que nunca nadie le había dicho que quería escucharla; la voz del terapeuta y la del equipo resultaron ser voces nuevas en ese aspecto, y ahora que Marisa se había dado la oportunidad de escucharse a sí misma, también había comenzado a esperar que los demás la escuchasen.

Con sus preguntas, el terapeuta empieza a marcar una distinción entre “la Marisa de antes” y “la Marisa de ahora”, cimentando el cambio y ampliando las situaciones y contextos en los que los aprendizajes nacidos a raíz de ese cambio pueden ser utilizados.

La línea de preguntas, por lo tanto, continúa por esa dirección: la exploración de los cambios que Marisa percibe en sí misma, y la manera en la que esos cambios impactan el motivo de consulta (que era el mejorar la relación con su hija Tamara).

Tengo muchas cosas que decir

T: ¿Qué has descubierto sobre ti, de lo que quizás no te habías dado cuenta antes?

M: Pues que tengo muchas cosas que decir, pero que yo pensaba que no era importante decirlas, porque decía: bueno ya, como sea...

T: ¿Cuáles son esas cosas?

M: No sé, decir en algún momento: esto que me hiciste no me gusto, me dolió. Pues sí como esas cositas que ahí traes. Yo pensaba que en ese momento digo: mejor no lo digo y así evito problemas porque me conozco y mejor así lo dejo.

T: Hablemos de manera más concreta. ¿Qué cosas sobre ti has descubierto que tienen que ver con la relación con Tamara? ¿Qué cosas te das cuenta ahora que quizás te molestan o quizás te preocupan, o quizás esperarías algo distinto de la relación con tus hijas que quizás antes no te habías dado cuenta?

M: Que tiene una forma muy molesta de decir las cosas: eso me molesta y eso se lo dije; O sea, no tiene filtros para decir las cosas y te las dice...

Pareciera ser entonces que la diferencia entre “la Marisa de antes” y “la Marisa de ahora”, usando una expresión que Marisa había usado en la segunda sesión; es que la Marisa de ahora ha comenzado a evitar el “dejar de lado” sus necesidades en afán de, como ella misma dice; “evitar problemas”.

Sin embargo, aunque ahora está dispuesta a expresarse, la misma Marisa reconoce que quizás sus habilidades comunicativas no son las mejores. Aunque tiene cosas que decirle a Tamara, no encuentra la manera de hacerlo sin que sus conversaciones desemboquen en una discusión.

Tras este fragmento, el terapeuta pregunta cuál es la expectativa de Marisa de la relación con su hija, ella comunica que lo que le gustaría es aprender a lidiar o sobrellevar los cambios por los que Tamara está pasando en su adolescencia. Le gustaría no desesperarse pues siempre que habla con ella se desespera y llega un punto en el que “tira la toalla”.

Posteriormente se le pregunta a Marisa cuál cree ella que es la expectativa de Tamara de ella como mamá. Marisa responde que ya se lo ha preguntado, y que Tamara siempre responde “que me entiendas, que me comprendas y me tengas paciencia”.

Pareciera algo intuitivo, pero tras explorar esa expectativa, se vuelve evidente que Marisa no está muy segura de cómo quiere Tamara que “la entiendan, la comprendan y le tengan paciencia”.

Tras centrarse parte de la sesión en el problema de la comunicación y la manera de lograr tener una conversación en la que tanto madre como hija puedan expresarse sin llegar a un punto en el que, como Marisa misma dice: “estemos a la defensiva, a punto de explotar y de que cualquier chispa nos detone”; el terapeuta cambia el enfoque y proyecta la conversación fuera del problema y hacia el futuro.

¿Qué estaría haciendo Marisa?

T: Y supongamos ustedes que tienen esta conversación y todo sale perfectamente: ¿qué crees que es lo que pasaría? ¿Qué te imaginas?

M: Pues que tengamos una mejor comunicación, una mejor relación, porque no me gusta que ella se sienta aislada. Porque ella dice que se siente aislada de todos. No solo conmigo, de todos. Y eso no está padre que dentro de tu misma familia te sientas así, que no tienes con qué apoyarte, no me gusta que sienta eso. Eso es lo primordial: que ella sienta que por lo menos sus hermanos y yo ahí estamos y que ahí nos va a tener y que ahí vamos a estar.

T: Eso es lo que pasaría con Tamara, pero ahora quiero proyectar a esa misma situación hipotética un poco quizás al futuro. Y yo me pregunto: si Marisa ya no estuviera peleando tanto con Tamara, ¿qué es lo que estaría haciendo?

M: ¿Qué estaría haciendo Marisa?

T: Sí.

M: Buena pregunta...no sé. Nunca se me había ocurrido pensar...pues no sé. Yo creo que lo que hago siempre: mis cosas. Tal vez tendría menos preocupaciones, tal vez tendría algo menos de qué preocuparte.

T: Tienes algo menos de que preocuparte, pero ¿qué vas a hacer con ese tiempo libre? ¿Qué es lo que estaría haciendo Marisa si no tuviera que discutir con su hija?

M: Ayyy.. que estaría haciendo yo ... haber...Pues estaría más tranquila...quizás haciéndome mensa como diría mi marido, ahí en la casa. Lo único que se me ocurre es como que estaría más tranquila, más relajada, así... Tal vez...no sé... me buscaría otra ocupación.

T: ¿Qué cosas dejaste de hacer, por necesitar o estar tan ocupada o en emplear tanto tiempo en estar tras de tus hijos?

M: Bueno... estoy consciente, bueno yo sí, después de que paso. Abandoné...dejé que la relación de pareja...Un ejemplo es cuando me di cuenta de que Alex fumaba marihuana. Yo lo llevé a un centro de integración juvenil y le dije: no me interesa, me vale, vas a tomar la dichosa terapia porque esta es una consecuencia de tus acciones. Sí porque él no quería. A mí me vale. Entonces yo en ese momento yo si me enfoqué en eso, que se clavara él mucho en esas cosas. Entonces yo sé, estoy consciente que me enfoque mucho en mi hijo, en lo que yo creo que él necesitaba. Entonces una de las cuestiones que mi esposo dijo era que yo me había olvidado de la relación. Sí, o sea su excusa, pero bueno. Al final de cuentas yo me enfoque en Alex y ver lo que a mí me preocupaba en ese momento. Yo lo llevaba y entraba a las terapias cuando lo requería que entráramos, pero mi marido nunca quiso, entonces yo era la que estaba ahí con él. Entonces como que tengo parte de culpa en esta cuestión.

T: Y yo te pregunto esto porque tu hace rato mencionaste unas palabras muy importantes: ciclo de vida. Y en este momento Alex y Luisa ya están creciendo y Tamara está en las últimas partes para despegar, ¿no? Va a llegar un punto en el que ellos tengan que independizarse, lo más probable es que acaben saliendo del núcleo de la familia. Entonces... qué va a pasar con Marisa entonces...¿Qué va a suceder con Marisa cuando sus hijos se vayan? ¿Qué es lo que va a estar haciendo?... ¿Qué te parece si te dejo pensando en esto mientras paso del otro lado del espejo?

M: Ok, sí.

Al proyectar la situación al futuro, el terapeuta permite que Marisa tenga la posibilidad de reencuadrar el momento presente como una etapa transitoria y que además es congruente con el ciclo de vital de muchas familias. Al dejar el problema atrás, se empiezan a poner sobre la mesa varias interrogantes como: ¿Quién es ella más allá de la relación con sus hijos? ¿Quién es Marisa, no como mamá, sino como mujer?

Este salto hacia adelante trae también una nueva voz; la voz de una Marisa futura, una Marisa cuyas obligaciones como mamá han cambiado, que es libre de enfocarse en ella misma y definir objetivos que quizás en el momento presente jamás se había planteado. Esto crea un efecto circular, puesto que las metas a futuro suelen reorientar los objetivos del presente; la definición de los cuales se convierte entonces en una negociación, un diálogo interno entre la Marisa del presente y la Marisa del futuro.

Para el cierre de sesión, el equipo usa su voz para felicitar a Marisa, señalando que en esta sesión habían podido escuchar su sentir con mucha claridad. También se le instiga a llevar a cabo la situación hipotética que se planteó durante sesión (situación en la cual podía tener la conversación que quería con Tamara). Por último, el equipo usa su voz para virar la atención una vez más en el tiempo y el ciclo vital, pidiéndole a Marisa que, en el espacio entre sesiones, piense ¿qué podría hacer diferente como mamá, teniendo en cuenta que Tamara está creciendo?

Cuarta Sesión

Esta sesión comienza con la revisión de la tarea que se le dejó a Marisa en la anterior sesión; el poder llevar a su cotidianidad la situación hipotética de la que se habló en terapia. En este

recuento de la conversación que Marisa tuvo con Tamara se hace visible el cambio en su voz, pues esta vez, en lugar de una invalidación, tiene lugar un diálogo: una negociación.

Tras reconocerle los cambios observados a Marisa, el terapeuta pasa el foco de la sesión a una línea que se había abierto pero no explorado del todo en la última sesión; el futuro. Pues, aunque en el presente la voz de Marisa ha comenzado a hacerse escuchar; el futuro, como se verá en el siguiente fragmento, todavía es dominado en gran parte por las voces de otros.

En parte no me gustaría

T: Precisamente en esa etapa de: qué va a hacer Marisa cuando sus hijos se independicen. Eso supongo que sí pudiste pensarlo, desde el principio querías hablar de eso.

M: ¿Qué haría? Bueno, primero me iría de vacaciones, porque nunca me he ido de vacaciones, nunca he salido, siempre estoy en mi casa, por lo menos me tomaría una semana de vacaciones de los hijos y del esposo, así de: adios bye, Marisa no existe. Así, sí, así les diría. En una semana no van a tener madre ni esposa. Y después, pues me gustaría...y lo había estado pensando desde hace mucho: seguir estudiando. Dije: obviamente ir a la escuela tal vez no, pero lo podría hacer en línea, seguir estudiando, porque no...termine la prepa y empecé la carrera de educadora, pero no la termine, entonces dije bueno: igual y no sería lo mismo porque ya estaría yo muy chochita y no tendría paciencia para los niños, pero dije: si me gustaría estudiar otra cosa. También me gustaría poner un negocio de comida y...nada más.

T: Una vez más, viéndonos, proyectándonos al futuro, estas son como, aspiraciones, yo quería saber si entre esas hay cosas que te preocupen. Qué cosas te preocupan del futuro, quizás ya más allá de los hijos, porque quizás ellos se van a independizar, ya no van a estar, vas a quedarte tú. Sí, ¿qué cosas te preocupan de ese futuro en el que solo están Marisa y César?

M: ¿Qué cosas me preocuparían de ese futuro?...Pues no sé si es como preocupar, no lo tomaría como preocupación. Y yo si he pensado que ya cuando mis hijos se vayan, igual y a lo mejor, ya en ese momento, tal vez, su padre y yo ya digamos adiós bye.

T: Y eso cómo te hace sentir, qué piensas de esa situación.

M: En parte no me gustaría, pero, a lo mejor, si es cierto lo que él alguna vez dijo, que el nada más estaba conmigo por los niños. O sea, él sé lo dijo a la chica con la que andaba, y cuando yo hable con la chica ella me dijo que él le había dicho que solamente estaba conmigo porque Tamara era la más pequeña ¿no?, entonces que cuando Tamara fuera mayor de edad, era cuando él se iba a separar de mí. Que porque ya, pues sí...quiero suponer que al ser mayor de edad Tamara ya no...tal vez ya no le pesaría tanto, ¿no? Pues para eso faltan dos años, entonces estoy viendo a ver si se cumple o ya cambio de opinión, no sé.

T: Pero una vez más volvemos a este: pues a ver qué pasa, a ver qué va a querer César, pero tú, ¿qué quieres?, ¿qué es lo que a ti te gustaría?

M: Pues tal vez, estoy o tontamente o soy muy tonta como diría mi mamá en otras palabras. Yo sí quiero a mi esposo, aun con nuestras cosas y todo, yo sí amo a mi esposo, y si se llegara a terminar pues digo: bueno ya ni modo, hasta ahí llegamos y ya. Pero... si se termina que se termine de una manera pacífica, no con pleitos ni con estirones y afloja, o sea, que se termine bien, porque al final de cuentas pues tuvimos tres hijos, siempre vamos a ser los papás de ellos y a mí no me gustaría terminar de una forma fea con él. No me gustaría estar siempre de pleito o que ni siquiera nos podamos ver o que ni siquiera podamos estar en el mismo lugar juntos.

T: Estoy un poco confundido, por un lado dices: quiero a mi marido, pero luego dices: pues si fuese a terminar pues ni modo... A mí me cuesta trabajo imaginar cuál es el escenario ideal para Marisa. Qué es lo que Marisa se está imaginando o qué es lo que le gustaría que sucediera.

En este fragmento, el terapeuta usa su voz para incitar a Marisa a extender ese redescubrimiento de sí misma y sus relaciones que ya ha comenzado a llevar a cabo en el

presente, hacía el futuro. Si bien cuando se trata de las relaciones con sus hijos Marisa se coloca en una posición en la cual se da la oportunidad de negociar; cuando habla de su marido, pareciera estar esperando a que el que tome una decisión sea él.

Cuando Marisa dice: *“Pues para eso faltan dos años, entonces estoy viendo a ver si se cumple o ya cambio de opinión, no sé”*; lo que hace es colocarse en una posición de espectadora, como si ella no jugase ningún papel en su relación de pareja, como si las decisiones no le correspondieran y ella estuviera a merced de los eventos fortuitos.

Esto último quizás se deba al hábito, pues esa es la manera en la que su relación ha funcionado todo este tiempo. Aunque también puede observarse la influencia de la voz de la madre de Marisa, que en este caso es contradictoria si se toma en cuenta lo que se había dicho en la anterior sesión; por un lado, su madre la instiga a arreglar las cosas con su marido para que los hijos no sufran, y, por otro lado, la tacha de “ser muy tonta” (es el eufemismo usado por Marisa) por seguir queriendo estar con un hombre como su marido.

Y quizá esta contradicción sea la razón por la que Marisa elige no elegir; porque no importa lo que elija, siempre acaba perdiendo.

Tras indagar un poco más en la percepción de Marisa de su futuro, el terapeuta hace la pausa para la intersesión y, antes de pasar del otro lado del espejo para discutir con el equipo, deja a Marisa pensando en ¿cómo sabría Marisa que quiere o no quiere seguir en su relación de pareja?

El siguiente fragmento tiene lugar tras regresar el terapeuta de la pausa.

Ahí traigo lo que pasó

T: ¿Qué pensaste?

M: Qué pensé...¿que como sabría yo que quiero seguir en esa relación?

*T: *asiente**

M: Bueno...cómo sabría yo...En los últimos años sí hubo un cambio en la relación entre César y yo, sí mostró más interés, sí. Obviamente hay cosas en las que está renuente que dice: no por ahí no. O sea, pero tal vez su forma de querer, bueno, cada quien tiene una forma de querer, como que sí se, siento que me quiere, pero me cuesta trabajo soltar las cosas que han pasado, entonces... Aunque no tengo el tema, pues está ahí, ahí. Entonces, sí tal vez está confuso porque hasta para mí esta confuso, lo quiero, pero ahí traigo lo que pasó entonces...

T: Creo que precisamente del otro lado del espejo algo que salía es que sí, hay esa cierta preocupación por Marisa porque, hay dos posibilidades: que tú decidas terminar con la relación o que decidas simplemente seguir en la relación Y el equipo se preguntaba: ¿cómo sería si ella decidiera continuar con esa relación? O qué harías tú si qué es lo que tendrías que hacer, cómo verías tu vida. Y también, si la decisión terminar con la relación, no continuarla. ¿Qué pasaría contigo entonces?

Para el cierre de sesión, el terapeuta y el equipo acuerdan continuar poniendo las decisiones en manos de Marisa, instigándola a escucharse a sí misma, a pasar de un papel pasivo a uno activo. Si bien la relación con su hija (el motivo de consulta por el que acudió) había quedado prácticamente resuelto, el equipo no quería dejar el tema de la relación de pareja (que Marisa misma había sacado durante la segunda sesión), por lo que, con miras al cierre del proceso terapéutico en la siguiente sesión, se deja a Marisa pensando en el futuro, en su relación de pareja, y en las decisiones que eventualmente tendrá que tomar.

Quinta sesión y cierre del proceso terapéutico

Esta sesión inicia con Marisa platicando los cambios que ha notado entre sesiones a raíz de lo cual el terapeuta aprovecha para corroborar que los objetivos planteados durante la primera sesión se hubieran alcanzado. Tras preguntas como: ¿ya te encuentras en el lugar en el que querías estar respecto a la relación con Tamara? ¿qué dirías que tuviste que hacer para llegar a ese lugar? ¿qué cosas cambiaron en la relación? ¿qué tuviste que hacer diferente?; el terapeuta decide indagar en los cambios que Marisa ha percibido en la relación no con Tamara, sino consigo misma.

A la gente no le gusta

T: Yo quería saber si tú has podido escuchar tu voz últimamente. ¿Qué ha aprendido Marisa sobre sí misma durante este tiempo? ¿Has aprendido algo nuevo sobre ti en este proceso?

M: Sí, sí. Tal vez no le daba tanta importancia al que...al que me guardo las cosas. Si pasaba algo y no me gustaba, pues decía ya...y lo dejaba de lado. Pero ya llegaba un punto donde...como que...diría mi mamá “le metía tantas piedritas al morral que después de un tiempo se reventaba” ...y entonces cuando ya llegaba ese momento pues...sí, como que explotar y ya hasta ese momento (en que ya había pasado muchísimo tiempo) yo ya decía las cosas. Y ahora ya no; si hay algo que me molesta o que no me gusta, ahora sí lo digo en el momento.

T: ¿Y cuál es el conflicto que encuentras? (Marisa había mencionado unos cuantos diálogos antes que su nueva forma de ser a veces generaba conflictos)

M: Que a la gente no le gusta cuando yo les digo lo que me molesta. Es lo que yo me he dado cuenta. Que el que digas las cosas también genera conflicto.

T: ¿Cómo te sientes tú con esto? ¿Con poner un límite?

M: Me siento bien, porque digo: ya se les acabó su pendeja. Pero también tengo este...siento feo porque no sé si es remordimiento...o no lo sé...siento feo ser así.

T: ¿Qué es lo que te da este remordimiento?

M: Tal vez el cómo...es que la mirada de mi hermana, si me hizo sentir de: quizás la estoy regando...

T: ¿Y cómo podría saber Marisa dependiendo de la situación si la está regando o si esta solo poniendo un límite?

M: Es que según yo no la estaba regando, yo le estoy diciendo mi malestar, mi posición y yo respeto lo que ella sienta...

En este fragmento Marisa misma da cuenta del cambio que ha experimentado; el ser capaz de poner límites a la gente es un logro difícil de alcanzar, y si bien la misma Marisa todavía tiene dudas sobre el cambio y sobre lo que su voz le dice (“Según yo no la estaba regando”), lo más remarcable es que ahora se da la oportunidad de escucharse a sí misma y actuar en consecuencia.

El sentimiento de remordimiento del que habla Marisa quizás derive entonces, y solo en parte, de la responsabilidad; al empezar a adoptar un papel activo, al empezar a tomar decisiones, Marisa está experimentando el peso de la responsabilidad que toda decisión trae consigo. Aunque también se puede apreciar que otra parte de ese “remordimiento” está compuesta de algo sobre lo que Marisa no tiene control: las reacciones de los demás.

Marisa se está encontrando con un contraste, pues a diferencia de las voces que encontró en terapia (las voces del equipo y el terapeuta), hay voces que no están interesadas en lo que ella tiene para decir, en lo que piensa o siente.

Sin embargo, el haber descubierto que las cosas que piensa también son dignas de ser escuchadas (como Marisa reconoce en el siguiente fragmento), dio pie a que comenzara a desafiar la tendencia de las otras voces a no escucharla.

¿Qué encontraste en este espacio?

T: ¿Tú dirías que aquí en terapia hablamos de los temas que tu esperabas haber hablado cuando llegaste?

M: Sí.

T: ¿Y tú por qué dirías que seguiste viniendo? ¿Qué encontraste en este espacio?

M: Pues que querían saber qué era lo que yo pensaba o yo quería o yo sentía. El que quisieran escuchar lo que yo tal vez tenía que decir o quería decir y que no decía.

El proceso de terapia cierra con Marisa dando por alcanzado el objetivo presentado al inicio de este: mejorar la relación con su hija. Sin embargo, las herramientas y recursos que Marisa descubrió en su intento de armonizar las cosas con Tamara la llevaron a cuestionar la manera en la que llevaba todas sus demás relaciones. Y cuando se le pregunta qué es lo que se reconocería a sí misma, ella responde con un aprendizaje más general:

Sí, me felicitaría por eso

T: ¿Qué es lo que Marisa se reconocería a sí misma de todo este proceso? ¿Por qué te felicitarías?

T: Me felicitaría porque ya no me dejo. Sí, me felicitaría por eso.

Una vez alcanzado el final del proceso de terapia se puede mirar en retrospectiva y dar cuenta de todas aquellas cosas que acontecieron y evolucionaron a raíz del espacio, la relación y las intervenciones terapéuticas:

Al inicio de este proceso nos encontramos con una Marisa que se había despojado a sí misma de voz; sus opiniones, deseos y sentires se hallaban censurados, y la falta de agencia en su proceso de toma de decisiones la había confinado a una posición de pasividad.

Encaminadas a reforzar la voz de Marisa y cuestionar las otras voces que hasta entonces la habían invalidado; las intervenciones que el terapeuta y el equipo de terapéutico aplicaron durante el pasar de las sesiones incitaron a Marisa a entablar un dialogo consigo misma, un dialogo que le permitió escucharse, pero también dar cuenta de que quizás era importante ser escuchada por los demás.

Al final del proceso vemos a una Marisa que ha comenzado a identificar su voz, a descubrir cosas que quizás, como ella misma dice, “dejaba de lado”. Una Marisa que ha dejado atrás su posición de pasividad para dar pie a la definición de sus relaciones con ella misma y con los que la rodean.

Si bien el terapeuta y el equipo terapéutico no estaban trabajando bajo un modelo sistémico dialógico, como se mencionó en el capítulo anterior; con la visión adecuada, es posible distinguir el lugar donde las reglas sistémicas convergen con la anarquía dialógica.

3.2.2 Caso Tessa y Leila

En el transcurso de las cuatro sesiones que componen este proceso, Tessa, una madre soltera de 40 años, y su hija, Leila, una estudiante de preparatoria de 18, lidian con todas las dificultades a las que un embarazo no deseado y, además, de alto riesgo, las ha expuesto.

Las tres sesiones se desarrollaron a través de la plataforma digital de Zoom, y la primera de ellas transcurre tan solo ocho días después de que madre e hija se enteran de que esta última se encuentra embarazada.

Tessa atiende a esta primera videollamada desde los pasillos del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), donde se encontraba esperando a que Leila saliera de una revisión de rutina.

Debido a la intensa carga emocional que la situación evoca en Tessa, esta primera sesión adopta un formato de intervención en crisis en donde los principales objetivos fueron escuchar, normalizar miedos y preocupaciones, reencuadrar la situación como un desafío, validar la desesperación y el sentimiento de impotencia; y, también, resaltar la transitoriedad de la situación.

Tras unos minutos de charla, el terapeuta nota que, Tessa nunca hace mención de lo que ella piensa o siente, sino solo de lo que los demás, y más específicamente su hija, Leila, pueda estar sintiendo.

Trato de ser fuerte

T: Me platicaste de cómo se siente Leila; que está intranquila...Pero todavía no me has platicado de cómo te sientes tú.

Tessa: Pues la verdad es que trato de ser fuerte. Esa es la realidad: trato de ser fuerte, pero tengo mucho miedo. Tengo un miedo impresionante. No se lo hago hacer notar a ella, para que ella este tranquila. Pero tengo mucho miedo. O sea...(solloza)...es un cambio radical...Es una cosa...que no se esperaba...Sé perfectamente lo que va a conllevar todo esto, pero...pues tenemos que salir...no hay más... tengo que salir...por Leila...salir adelante por el bebé.

Tessa: Ahorita trato de enfocarme en lo que viene...por ejemplo ahorita, lo importante era asegurarla, venir aquí hacer otro ultrasonido, estar pendiente de la salud de Leila, lo de la escuela de Leila...No puedo darme el lujo ahorita de tener...Sí tengo miedo, pero me lo aguanto...No me puedo dar ese lujo ahorita, de tener miedo...tengo que resolver, tengo que estar al 100.

En este fragmento se hace evidente el que será un patrón recurrente en el discurso de Tessa: “No se lo hago notar a ella, para que ella este tranquila”, “No puedo darme ese lujo ahorita, de tener miedo”; ambas afirmaciones nos muestran que Tessa está intentando priorizar el bienestar de Leila y del bebé, y la estrategia que ha adoptado para hacerlo es ignorar sus sentimientos, evitar compartirlos con su hija por temor a preocuparla.

Esta tendencia a cerrar los canales de comunicación que, tras tener una sesión con Leila quedará claro, madre e hija comparten, constituirá el eje rector de las intervenciones que el terapeuta articulará en sesiones posteriores. Para esto, liberar la voz de Tessa es el primer paso; sin embargo, en esta sesión se comienza trabajando con las emociones, más específicamente, con el miedo.

Tras los diálogos explorados en este fragmento, Tessa mencionará que le gustaría “no sentir el miedo” a pesar de encontrarse muy preocupada por los sangrados de Leila, por la vida del bebé y por toda la incertidumbre que hay en torno a su situación económica.

En el fragmento a continuación, el terapeuta reencuadra el miedo, planteándolo como un elemento de utilidad. Y al hacerlo, al validar los sentimientos de Tessa, su valentía, paciencia y proactividad; al ofrecer ánimo y aliento el terapeuta da, sin quererlo, con la primera de muchas voces que también lo han ofrecido.

Mire señora yo la felicito

T: Dices “me gustaría no sentir el miedo”, pero creo que en esta situación está muy justificado sentirlo. Como tú dices: es abrumador. No hay manera de mantenerse

ecuánime, o simplemente sin sentir nada en situaciones como estas que son pues... muy duras.

T: Yo creo que es completamente normal sentir este miedo. Y también te reconocería que dices: “quiero regañar a Leila”, “quiero decirle...” “quiero darle una madrina”...pero no lo has hecho, y creo que tú reconoces esa parte de: “en este momento necesito ser fuerte”, “sé que hacer esas cosas no va a arreglar nada”...

T: Estás haciendo un super buen trabajo, y ese miedo no sé si podremos “borrarlo”, precisamente porque es algo con lo que estás viviendo y es normal, y yo creo que hasta sería raro si no sintieses miedo después de todo lo que está sucediendo, ¿no crees?

Tessa: Sí la verdad es que... por ejemplo...yo fui a hablar a la escuela por la situación en la que está (Leila); que no puede ella moverse, nada más tiene que estar en su salón...ciertos cuidados... Y la maestra me felicitó, me dijo: mire señora yo la felicito porque tiene el temple, tiene la inteligencia de manejar esta situación, ahorita en este momento porque yo sé lo que usted siente, pero no cualquiera lo hace; han pasado infinidad de chicas donde los padres las golpean, donde los padres las sacan de la escuela, donde los padres las corren...Usted, lo poco que la conozco, siempre ha estado pendiente de su hija...

Tras usar su voz para reconocer los logros de Tessa, el terapeuta tropieza con la voz de una de las maestras de Leila, quien ya se ha encargado de hacer notar el compromiso de Tessa con su hija, el temple que está demostrando al lidiar con la situación y de poner en perspectiva la dificultad de las circunstancias.

Aunque no hace mención de ello en este fragmento, en el cierre de sesión Tessa señalará que el escuchar palabras de aliento y reafirmación (como las del terapeuta y la maestra) le ayuda a hacer frente a su propia voz de duda, a su propia incertidumbre, al miedo que intenta paralizarla y al “qué dirán” de los demás.

Con la idea de expandir las redes de apoyo, el terapeuta aprovecha esta oportunidad para preguntar por otras voces, centrándose primero en la más cercana: la voz de Leila.

Cada quien tiene su duelo

T: ¿Cómo ves a Leila?

Tessa: Yo creo que Leila ha de estar igual que yo, nada más que del lado de hija, ¿no? Pero está igual, o sea, está igual que yo. O sea, ella no me dice nada...a la mejor para que yo no me preocupe...igual yo hago lo mismo, ¿no?...Cada quien está viviendo su duelo. Trato de que ella esté tranquila, y a lo mejor ella trata de hacer las cosas lo mejor posible para que yo también esté tranquila. Entonces yo considero que también Leila...pues pobrecita, tiene sus cosas...a lo mejor tiene culpa de que me falló, de que...pues ahora su mamá no la va a dejar sola, pero le va a costar a su mamá también, ¿no?

Tessa: Entonces...yo considero que cada quien tiene su duelo...ella como hija y yo como madre...Y es difícil, la verdad que sí...es muy complicado...

En este fragmento podemos volver a observar la tendencia a cerrar los canales de comunicación en un intento de proteger el bienestar de los otros (“*Ella no me dice nada...a la mejor para que yo no me preocupe...igual yo hago lo mismo*”), pero quizás lo más sea la manera en la que Tessa utiliza el molde de “hija” para entender no solo la relación que ella tiene con Leila, sino también para dilucidar cómo debe estar sintiéndose esta última, y la manera en la que debe estar sobrellevando su propio duelo.

Esto último toma gran relevancia puesto que una de las cosas que se trabajaran con Tessa más adelante será el ampliar esta visión de Leila; el que pudiera dar cuenta de que su

hija no solo es su hija, sino también otra mujer y, debido a las circunstancias que atraviesan, una futura madre.

Otro punto importante del fragmento concierne a la percepción de Tessa de que Leila le “falló” al embarazarse (“*A lo mejor tiene culpa de que me falló*”), esta concepción de fallo nos habla de las creencias de Tessa en torno a la maternidad y al papel que piensa que Leila tuvo que haber jugado, la manera en la que “debería” haberse comportado para evitar “fallarle” a su madre.

El terapeuta toma nota de estos puntos antes mencionados para explorarlos en sesiones posteriores, para el cierre de esta sesión se conserva el plan que se había adoptado: normalizar miedos y preocupaciones, reencuadrar la situación como un desafío, validar la desesperación y el sentimiento de impotencia; y, también, resaltar la transitoriedad de la situación.

Sesión 2

Debido a otra eventualidad, a esta sesión únicamente asiste Tessa (a pesar de que había sido planeada para contar con la presencia de Leila también). El terapeuta comienza preguntando por la salud de ambas y del bebé, a lo cual Tessa responde que, tras varios estudios, los doctores confirmaron que Leila presenta una complicación en el embarazo llamada Placenta Previa, por lo cual debe tener mayores cuidados y mantenerse en reposo.

Más allá de esa complicación, la salud de Leila está en buen estado y también lo está la del bebé. A su vez, Tessa comunica sentirse muy aliviada; le alegra mucho que las cosas

acabaran siendo menos graves de lo que ella temía, y también agradece la presencia y apoyo que todo su círculo cercano le ha brindado durante las últimas semanas.

Es a raíz de este círculo de apoyo, que Tessa trae el tema de lo que ella llama “los prejuicios de la gente” a sesión. Menciona que, a pesar de que mucha gente la ha apoyado, estas últimas semanas también ha tenido que lidiar con toda una cascada de prejuicios respecto no solo a la situación en sí, sino también respecto a la manera en que Tessa ha decidido lidiar con ella.

Empezó a cuestionarme

Tessa: Mi amiga, que conozco de toda una vida y que es muy religiosa...Yo pues bueno, he tratado de acercarme a Dios y a lo que yo creo...Y ayer...ayer ella empezó a cuestionarme y a...ay no, muchas cosas. No contesté, no le contesté, me volví más prudente y solamente dije: pues, así como ella va a haber muchas más.

T: ¿Qué cosas te cuestionaba?

Tessa: Me cuestionó que por qué yo no me había...no me había molestado con Leila puesto me había hecho una gracia...El por qué no se le había dicho al papá del bebé de Leila cuando tenía que saberlo...El que yo tenía que obligar a Leila a hacer cosas puesto que yo la estaba apoyando...

Tessa: Y pues... yo no puedo hacer eso. En primera, yo no puedo decirle a mi hija, por el simple hecho de que yo le ayude; condicionarla. Y que ella tiene que hacer todo lo que yo diga porque pues no es así; porque entonces ya no es ayuda. Porque entonces ya, no le dijiste nada, pero la castigas de otra manera.

En contraste a la sesión anterior, en este fragmento la voz que toma protagonismo no ofrece consuelo, validación, ni ánimos. La voz de la amiga de Tessa trae consigo una expectativa cargada de exigencias, reproches y preceptos.

El papel central que se le da a la religión en el fragmento desplaza la atención no hacia la polifonía, sino su concepto hermano: la heteroglosia. Es precisamente porque la religión está involucrada, que podemos dar cuenta de que ningún choque entre voces ocurre meramente a un nivel dialógico; un nivel de voz, sino también a un nivel ideológico; un nivel de discurso.

Incluso cuando ambas mujeres profesan “la misma fe” (como es el caso en esta situación, aunque la brevedad del diálogo utilizado en el fragmento no lo deje claro); la interpretación que cada una hace de esta resulta completamente distinta. Así, aunque Tessa y su amiga se mueven en un lenguaje social compartido, el uso que cada una da a ese lenguaje se encarga de crear suficientes diferencias como para dar pie a un conflicto.

Y, si volvemos a poner énfasis en la polifonía, podemos percatarnos de que, aunque en el momento en que ocurrió el diálogo Tessa decidió no contestar a los cuestionamientos que le hicieron; en su diálogo interno, la cosa es distinta. Y esto es posible saberlo gracias a que, en la seguridad del espacio y relación terapéutica, Tessa se da la oportunidad de externalizar aquello que en otro momento censuró: *“Y pues... yo no puedo hacer eso. En primera, yo no puedo decirle a mi hija, por el simple hecho de que yo le ayude; condicionarla...”*.

Tras escuchar el sentir de Tessa respecto al dialogo con su amiga, el terapeuta aprovecha la oportunidad para traer la voz de Leila a terapia.

Más que suficiente

T: Si Leila estuviera aquí, y yo le preguntara, ¿crees que ella estaría de acuerdo contigo respecto a la manera en la que están manejando todo?, ¿crees que Leila está en el mismo canal que tú?

Tessa: Yo creo que sí, yo creo que sí porque...De hecho, ayer cuando llegué...llegas con la capa caída ¿no?, porque te juzgan... Es muy fácil criticar, es muy fácil juzgar, más que pensar; pensar que te puedes poner en los zapatos de la otra persona. Yo no le dije nada a Leila de cómo me sentía en ese momento. Pasé por ella porque fue a su curso, y entonces ella me dijo algo, me dijo: “Ya le dije a mis amigas que estoy embarazada”. Y le dije: “Ah, está muy bien”.

Tessa: Y me dijo: “Y me preguntaron que qué me habías dicho tú; que si tú te habías enojado, que si me habías dicho algo, que si me habías golpeado... Y yo les dije que no: les dije que tú me estás apoyando mucho más de lo que yo merezco”.

Tessa: Y le dije: (se interrumpe para sollozar) ...Me dijo: “Y también les dije, que tú me dijiste que con lo que yo estaba cargando era más que suficiente”. Y entonces le dije: “Así es, Lei: con lo que tú cargas es mucho más que suficiente como para que yo todavía le eche más leña al fuego”.

Tessa: Y después le dije: “Lo que sí quiero que quede muy claro es que...”...(solloza)... “el hecho de que yo no te haya dicho nada no quiere decir que yo te aplauda lo que tú hiciste. Más bien, yo te voy a seguir apoyando porque no tiene caso, no vale la pena estarnos desgastando por una situación que ya está hecha. Pero una vez pasa, Lei, dos, no”.

Tessa: Pero...(solloza)...Pero yo sensata...a lo mejor, a lo mejor aquí con ustedes me desahogo, pero con Leila siempre fuerte; no llorando, tratando de estar tranquila para ella, para que ella me vea fuerte...Pero...(solloza)...es muy complicado...

Al hablar de Leila, Tessa vuelve a dejar entrever esta tendencia a censurarse a sí misma; la delicada situación de salud, la incertidumbre respecto al futuro, las voces de aquellos que las juzgan; todas son cosas que pesan mucho y que, sin embargo, ella opta por no compartir con su hija.

Y es que, aunque Leila está por convertirse en mamá, Tessa solo habla de ella en términos de “hija”; una hija a la que hay que cuidar, una hija a la que hay que proteger, una hija frente a la que hay que parecer “fuerte”. Incluso al juzgar la situación, Tessa se ve a ella misma como la madre que todavía consiente, o no, ciertos comportamientos en su hija: *“el hecho de que yo no te haya dicho nada no quiere decir que yo te aplauda lo que tú hiciste...”*, *“Una vez pasa, Lei, dos, no”*.

Es este mismo rol de madre abnegada lo que la lleva a tener la noción de que, como mencionó la anterior sesión, Leila le “falló”: *“...entonces yo considero que también Leila...pues pobrecita, tiene sus cosas...a lo mejor tiene culpa de que me falló, de que...pues ahora su mamá no la va a dejar sola, pero le va a costar a su mamá también, ¿no?”*.

Buscando abrir el panorama a nuevas concepciones de la relación entre Tessa y Leila, el terapeuta lleva la conversación hacia el futuro; dejando atrás la dinámica madre-hija, para dejar entrever otras posibilidades.

Un cambio totalmente radical

T: Dices que a ti te gustaría que en el futuro Leila tuviera las herramientas para atravesar las situaciones difíciles. Pero Leila ya no solo va a ser hija, sino también mamá. Y tú ya no solo vas a ser mamá, sino también abuela. ¿Qué situaciones puedes prever que se presenten, que requieran un cambio en la manera en la que normalmente manejan las cosas?

Tessa: Pues yo creo que...Pues totalmente; es un cambio totalmente radical, radical en todos los sentidos. Tanto como para ella como para mí. Ella adquiere una gran responsabilidad; el tener un hijo es una gran responsabilidad.

Tessa: El reto para mí va a ser...yo la voy a apoyar ahí, y estaré ahí...pero también tengo que entender que ella pues...pues tiene que aprender a ser madre. ¿Me va a

costar?; claro, porque a la mejor no me parecerán muchas cosas. En el sentido de que...a lo mejor, por ejemplo, ahorita yo digo: hújole, yo creo que sí; el muchacho tiene derecho a saber que va a tener un hijo, ¿no?...

Tessa: Pero ya no me corresponde a mí decidir esa situación, entonces yo me mantengo al margen...Entonces...Leila no tiene porqué darle explicaciones a nadie más que ¿a quién?: a su hijo, ¿no? A mí no. El que le va a cuestionar por qué no dijo, pues va a ser su hijo.

Tessa: Pero si ella considera que es lo mejor para que ella y su hijo estén bien, pues bueno...ella tomará la decisión, así como yo tomé decisiones por ella, para que ella estuviera bien (refiriéndose al pasado, cuando Tessa fue madre soltera).

Con este diálogo, el terapeuta introduce una nueva voz que no había sido contemplada: la voz de Tessa como abuela. Posteriormente, preguntas como ¿cómo piensas que puedes fomentar que Leila se vuelva una madre independiente?, ¿cómo podrías identificar las situaciones en las que tú deberías o no deberías involucrarte como abuela?, ¿qué fortalezas ves en Leila que pueden ayudarle a ser una mejor mamá?, ¿qué valores crees que Leila ha aprendido de ti?; ayudan a reimaginar la dinámica en la relación actual entre Tessa y Leila.

En esta misma línea, para el cierre de sesión, el equipo usa su voz para reconocer los esfuerzos de Tessa para ser tolerante y comprensiva; el tener claridad sobre el futuro y a la vez no encontrarse atormentada por este. Para la tarea, se pide a Tessa que, al igual que lo hizo en sesión buscando las fortalezas de Leila como mamá, buscase las fortalezas que encuentra en la familia que tanto ella, como Leila y el bebé componen.

Sesión 3

Esta sesión Tessa no pudo asistir, por lo que únicamente se contó con la presencia de Leila. Dado que esta era la primera vez que Leila asistía, el terapeuta llevó a cabo un encuadre y una breve recapitulación general de los temas y áreas que se habían estado explorando durante sesiones anteriores.

Tras preguntar por su salud, el terapeuta le pide a Leila que imagine que esta es la primera sesión de todo el proceso, que no se preocupe por repetir información que quizás ya se había dado antes, y que cuente las cosas desde cero, pero desde su perspectiva.

En cierto punto de la narración, Leila menciona que la relación con su mamá había estado muy bien hasta hace unos días, cuando se decidieron a ir a hablar con los papás del papá del bebe.

¿Qué le vas a decir a tu hijo cuando crezca?

L: No había tenido ningún inconveniente con mi mamá. Nada más fue cuestión ahorita de que fue a hablar allá (refiriéndose a la casa de los papás del papá del bebé) y...pues como que la hicieron dudar un poco de mí. Y eso me frustra mucho porque pues...yo no le he dado razón para que dude. Y pues...las cosas que le dijeron allá, yo le dije por qué las dijeron, y yo le había advertido que le iban a decir varias cosas, porque al final de cuentas pues yo conozco a las personas con las que fue a hablar. Y por ese lado sí me siento mal en ese aspecto.

T: Me parece que tu mamá me había dicho que tú habías tomado la decisión de que no se le dijera nada al papá del bebé. ¿Cómo es que ahora ya hasta tu mamá se involucró y fue a hablar con sus papás (del papá del bebé)? ¿Qué pasó?

L: Sí, es que al principio la idea era esa (no decirle). Pero luego me hicieron una pregunta: ¿qué le vas a decir a tu hijo cuando crezca y te pregunte? Y ni modo que le diga: no pues, no le dije. Y pues ahí, pues ahí mi hijo me va a cuestionar de que porque no le dije y no sé qué...

L: Entonces por eso hable con mi mamá y ella también habló conmigo y me dijo que, si yo quería, ella iría hablar con los papás, para que yo no me expusiera por lo mismo de mi salud.

L: Y dijo: pues ya, si quieres le decimos, y ya; nos quitamos ese peso y esa preocupación de encima.

En este fragmento se hace evidente la influencia de las voces externas sobre la toma de decisiones de Leila y también sobre la relación madre-hija.

Es interesante notar la diferencia en la manera en que cada una elige escuchar; en sesiones anteriores Tessa nos había comentado que había ignorado los cuestionamientos que le hacían respecto a la manera en la que estaban manejando la situación, pero en este fragmento vemos que Leila no solo no los ignora, sino que también toma decisiones en base a dichos cuestionamientos (“*Sí, es que al principio la idea era esa (no decirle). Pero luego me hicieron una pregunta...*”).

Y mientras que Tessa se muestra segura respecto a su manera de actuar, no lo hace tanto de la manera de actuar de su hija (“la hicieron dudar de mí”). Lo que parece sugerir que, para Tessa, la voz de Leila no tiene tanto peso (al menos en esta situación particular) como la unión de voces externas.

Pretendiendo indagar más en los mensajes de las voces externas, el terapeuta le pregunta a Leila por las cosas que Tessa escuchó que ahora le hacen dudar de ella.

Le dijeron

T: ¿Qué cosas le dijeron?

L: Le dijeron que me drogaba, y que yo salía con varios niños después de que terminé con esta persona (refiriéndose al papá del bebé). Y le dijeron que yo no andaba con él, porque cuando yo me embaracé pues fue noviembre, y la señora dijo que yo ya no andaba con él en noviembre.

L: Porque le dijeron que tenían fotos que yo subía con otros niños y así. Pero yo le dije: mamá es que yo subía las fotos y nada más era felicitando a mis amigos. Y ya, le enseñe las capturas de pantalla de mis historias que yo subía fotos.

L: Duda más en eso de que me drogo. Y el papá de mi niño sí se drogaba y todo eso, y yo... por un momento lo ayudé a salir de eso, yo era la que lo frenaba para que no hiciera esas cosas.

La particularidad de la situación; el que por cuestiones de salud Leila haya quedado excluida de la conversación que Tessa mantuvo con los padres del papá del bebé, da como resultado que el vínculo de confianza entre madre e hija se ponga a prueba. Sin los contraargumentos que su hija pudo haber dado a las acusaciones, Tessa se ve obligada a poner en la balanza el concepto que ella tiene de Leila y el concepto que le reportan los demás.

Incluso cuando, posteriormente, madre e hija tienen una charla, la pregunta de ¿a qué voz debería escuchar? sigue presente. Así, la naturaleza íntimamente relacional de la polifonía puede verse proyectada en dilemas mucho más allá del sencillo “a qué voz escuchar”, abarcando cuestiones de igual peso como: quién escucha mi voz o qué voces deciden escuchar los demás.

La importancia del ser escuchado se vuelve evidente cuando Leila da a entender que lo que más le lastima no es que se hayan dicho cosas de ella, sino el que su madre haya dudado al escuchar esas cosas. De manera que no es la presencia de las voces de los demás,

sino el dar cuenta de que gracias a ellas su propia voz se encontraba disminuida, lo que frustra a Leila (*Me frustra mucho porque pues...yo no le he dado razón para que dude*).

Queriendo explorar la percepción que Leila de la relación madre-hija y la manera en que la relación ha cambiado a raíz de los eventos de las últimas semanas, el terapeuta recurre a las preguntas circulares y trae la voz de Tessa a la sesión.

Creo que es un problema mío

T: Y si tu mamá estuviera aquí y yo le preguntara cómo ha cambiado su relación contigo desde que comenzó todo esto del embarazo, ¿qué crees que diría?

L: Sí diría que a lo mejor nos está acercando más; nos está haciendo más unidas; nos está haciendo ver a ambas que pues sí: que sí vamos a poder las dos solas, en cualquier situación que estemos. Las dos solas como el buen equipo que somos.

L: Pero creo que no sabe mucho de los sentimientos que estoy sintiendo... porque no soy muy expresiva con mi mamá. Por lo mismo de que no me gusta verla que se preocupa por que yo sienta o piense algo; ella se preocupa y no me gusta ver eso. Por lo mismo a veces me reservo las cosas un poco.

T: ¿Y tú crees que ella piensa lo mismo respecto a ti? Quizás que no tiene que preocuparse o reaccionar muy fuerte porque Lei podría reaccionar de mala manera...

L: Pues sí, sí...yo siento que ella también se está reservando muchas cosas, pero a la vez agradezco que tenga su amiga...porque tiene una amiga...con la que a lo mejor ella también se está ayudando y se está agarrando...y a lo mejor con ella habla y se desahoga.

T: Ella tiene una amiga, y con ella habla y se desahoga ¿Y tú? Con quien te desahogas. ¿A quién puedes decirle todas estas cosas que tienes miedo de decirle a tu mamá?

L: A nadie...Soy muy reservada en eso, con esos temas de mis sentimientos. Creo que es un problema mío, que soy muy reservada. Entonces siempre me las quedo pues yo solita. Así que no...no es como que platique con alguien.

En este fragmento vuelve a aparecer uno de los temas recurrentes en sesiones anteriores; la tendencia a no expresarse para evitar preocupar a los demás. Al igual que su madre, Leila elige “reservarse”; censurar su voz, dejar de lado aquello que piensa y siente. De esta forma, el canal de comunicación madre-hija pareciera ser incapaz de satisfacer la totalidad de las necesidades afectivas de sus miembros, delegando esa responsabilidad a las redes de apoyo de cada una.

Sin embargo, a diferencia de Tessa, Leila no cuenta con alguien a quien recurrir para cubrir esa necesidad de expresión. Contrario a lo que ha sucedido con su madre, Leila no ha tenido a nadie que valide su voz, que le dé ánimos o que ofrezca su compañía; sus redes de apoyo, si es que las hay, no han sido movilizadas.

Con lo anterior en mente, el terapeuta usa su voz para suplir esa necesidad, reconociendo la fortaleza de la que Leila está haciendo uso, su compromiso consigo misma, con su mamá y con el bebé, y el esfuerzo que está haciendo por seguir adelante con su proyecto de vida.

A la vez, dedica el tiempo restante en la sesión para encontrar las voces y oídos en los que Leila podría apoyarse y que quizás haya pasado por alto, pero también pone el foco en el canal de comunicación en la relación madre-hija. Se habla sobre el no hablar, y las posibilidades de metacomunicar.

Para el cierre de sesión, el equipo usa su voz para normalizar las situaciones, emociones y sentimientos por los que Leila está pasando. Se remarcan las cosas positivas que la situación trae: unión, aprendizaje, cercanía y esperanza. También refuerzan la metáfora del “equipo” que Leila trajo durante la sesión (“...*vamos a poder las dos solas, en cualquier situación que estemos. Las dos solas como el buen equipo que somos.*”); y remarcan la transitoriedad de la situación señalando que, aunque quizás en este momento Leila sienta que no está “aportando mucho al equipo” porque su condición de salud no se lo permite, llegará un momento en que ella podrá reciprocarse toda la ayuda que su mamá le está prestando.

Con el objetivo de incentivar la cercanía y comunicación madre-hija, el equipo le deja dos tareas a Leila:

- Que pueda encontrar un espacio y una actividad con la que pueda relajarse acompañada de su mamá.
- Que escriba una carta para Tessa en donde se permita expresar todas estas cosas que siente y piensa,

Sesión 4

En esta última sesión asisten tanto Tessa como Leila, se empieza con un recuento de los eventos de las semanas entre sesiones y de los cambios que han observado en su relación a raíz de las tareas dejadas.

Ambas comentan sobre lo emotiva que fue la carta que Leila escribió para Tessa, en la que habla del tener miedo de expresar sus sentimientos por miedo a perjudicar o sobrecargar a su mamá. Hablan de cómo han tenido más confianza para decirse las cosas la

una a la otra, y el cómo habían estado censurando sus voces en ánimos de protegerse una a la otra.

Aprovechando que se cuenta por primera vez con ambas durante la sesión, el terapeuta amplía el canal de comunicación que se abrió gracias a la tarea, preguntándoles qué cosas han querido expresarse y quizás no han tenido la oportunidad u ocasión de hacerlo.

Somos muy bendecidas

Tessa: Leila yo estoy orgullosa de ti, siempre lo he estado; cometemos errores cuando somos jóvenes, pero el que tú vayas bien en la escuela, el que tú le sigas echando ganas: es un aliciente para mí, saber que las cosas van por buen camino. Vamos a salir adelante, ¿eh?

T: Ahora que escuchas que tu mamá te reconoce y ve tantas cosas en ti, ¿qué cosas podrías reconocerle?

Leila: Yo creo que sí son muchas cosas: el que siempre me acompañe a mis citas y a la escuela; no me siento sola porque sé que mi mamá siempre está ahí. También que está siendo muy fuerte; muy responsable conmigo a pesar de que jamás habíamos pasado por una situación similar a esta. Y...creo que la estamos llevando bien.

T: Algo que quiero rescatar es esto que dices de que tu mamá “está ahí”. Además de ustedes dos ¿quién más “está ahí”, apoyándolas?

Tessa: Híjole, pues son muchas personas, la verdad es que somos bendecidas, esa es la realidad. Somos bendecidas: tenemos muchos...a la mejor la familia; no tenemos familia, solo somos Leila y yo; mis hermanos son como de chocolate...

Leila: (rie)

Tessa: Es que tienen sus vicios y luego en lugar de ayudar luego dan problemas. Entonces esos son de chocolate, ¿no? Pero más bien tenemos amigos, amigos que nos quieren de corazón; que están ahí. Hemos recibido apoyo como no tienes idea, en cuestión de lo médico (porque tenemos amigos que son médicos que son doctores y que ahí están y cualquier duda nos ayudan), tenemos amigos que se preocupan por

Leila en el sentido de que...tengo una amiga que le regalo ropa de maternidad...son infinidad...yo creo que todos, todos contribuyen, y lo importante aquí creo es que ninguno de nuestros amigos juzga a Leila.

Tessa: La gente que ha estado a nuestro alrededor nos ha ayudado mucho. Igual ustedes; tú, las personas que están atrás de ti también (refiriéndose al equipo terapéutico); el que nos escuchen, el que nos den algunos tips que a la mejor nosotros con nuestro dolor con nuestra situación no lo alcanzamos a ver, como lo que acabas de decir que no nos habíamos dicho lo que nos reconocíamos solo lo pensábamos.

Tessa: Entonces creo que sí, somos muy bendecidas...

T: Leila, hay otra persona que quizás tu mamá no conozca o no haya mencionado que también “este ahí”.

Leila: Pues...hasta eso, no...Mi mamá conoce a...pues no son muchas personas las que ahorita están conmigo de... específicamente de mis amigos. Pero sí hay uno en especial que está él, que pues mi mamá lo conoce y sabe la apreciación que tengo hacia él. Él es el que ahorita pues...cualquier cosa que yo me sienta mal o así, él es el que me escucha y siempre está ahí para mí y siempre me da ánimos...

Al principio de este fragmento, la intención del terapeuta era continuar reforzando el canal de comunicación que acababa de abrirse entre Leila y Tessa, pero, reconociendo la oportunidad que le dio el diálogo; utiliza las palabras de Leila para llevar la conversación a las voces que se encuentran fuera del núcleo familiar.

La mayoría de las redes de apoyo con las que cuentan madre e hija no provienen de un vínculo familiar, sino de amistad (*Somos bendecidas: tenemos muchos...a la mejor la familia; no tenemos familia, solo somos Leila y yo [...] Pero más bien tenemos amigos, amigos que nos quieren de corazón; que están ahí*).

Este contraste refleja que las dos son conscientes de la polifonía de voces que las rodea y, aún más importante: que han desarrollado la capacidad de discriminar; pues no es que no tengan familia, es que han tomado la decisión de no concederle tanta importancia a voces o vínculos que no contribuyen (“*Mis hermanos son como de chocolate... [...]Tienen sus vicios y luego en lugar de ayudar luego dan problemas. Entonces esos son de chocolate*”).

Esta noción se ve reforzada más adelante, durante un diálogo que no aparece en el fragmento, en el que Leila señala que ella ha aprendido a “ser selectiva con la gente”, pues ha aprendido “a la mala” como ella misma dice, que no toda la gente merece el mismo nivel de confianza.

Por otro lado, este fragmento también permite apreciar el impacto que ha tenido el proceso psicoterapéutico hasta este punto, pues no solo se hace mención tanto del terapeuta como el equipo, sino que también se les da un lugar dentro del grupo de personas que contribuyeron a los diversos tipos de apoyo que Tessa y Leila recibieron (“*La gente que ha estado a nuestro alrededor nos ha ayudado mucho. Igual ustedes; tú, las personas que están atrás de ti también*”).

Con el objetivo de hacer visibles los recursos de los que madre e hija han echado mano para ganarse la confianza y el apoyo de tanta gente, el terapeuta quita el foco de los otros y el “exterior” para concentrarse en ellas y el “interior”.

Preciadas

T: ¿Qué han hecho ustedes para ser tan preciadas para estas personas?

Tessa: Híjole, yo creo que el que uno tenga empatía...y la otra...en nuestro caso, que nosotros somos católicos, y siempre ayudar al prójimo...eso ayuda mucho. Siempre se lo he inculcado a Leila: el día que alguien necesite y este en tus manos: ayuda. No esperes que esa gente te vaya a recompensar, la recompensa viene de arriba porque algún día tú vas a necesitar hija, entonces así es esto...la vida es así...Entonces yo creo que eso es: apoyar siempre cuando este en tus manos...

Tessa: A lo mejor no va a ser económico, a lo mejor...pero el hecho de que tú escuches, de que estés ahí para un amigo; eso es lo máspreciado. Y aparte yo creo que el que ser honesto, ser humilde, ser siempre responsable...por ejemplo: que a mí me den permiso en mi trabajo; tengo veinte años ahí, el tener veinte años no es cualquier cosa, y el que te tengan con aprecio pues tampoco ha sido de a gratis; mi trabajo me respalda. Entonces...pues sí...es una de las cosas que hemos tratado de inculcar y que mi madre me enseñó.

T: Justamente le quería preguntar a Leila qué es lo que pensaba de esto, ¿qué has hecho tú para que te aprecien?

Leila: Pues yo nada más me esfuerzo en las cosas y siempre...siempre le he echado ganas a la vida...No soy de esas personas que a lo mejor son groseras con las demás personas; siempre trato de dar el mejor trato y de ser buena persona porque...mi mamá...me lo ha inculcado ella.

Este fragmento nos permite apreciar dos cosas importantes: el papel que juega la religión y, más específicamente, el discurso católico en la construcción de la identidad; y, el papel que juega el vínculo madre e hija gracias a la expectativa de inculcamiento/enseñanza que se deriva del mismo.

El primer comentario de Tessa nos deja en claro que su voz se ha visto influenciada por preceptos como “siempre ayudar al prójimo”, “la recompensa viene de arriba” y “algún día tú vas a necesitar”. En este caso, los preceptos tienen una índole religiosa, sin embargo,

es importante señalar que los discursos que ayudan a moldear nuestra voz pueden provenir de cualquier lugar.

De hecho, en este fragmento podemos dar cuenta de que el contenido de un discurso puede ser transferido a través de canales que poco o nada tienen que ver con su fuente. Cuando habla de lo que ella ha aprendido, Leila no hace mención de la iglesia, de la creencia ni de la fe (como Tessa ha hecho en otras ocasiones), sino solo de aquello que le ha inculcado su mamá (que fue lo que Tessa aprendió de su fe).

Posteriormente, el diálogo continúa con el terapeuta anclando la responsabilidad de haber recibido todo ese apoyo, a las decisiones que madre e hija han tomado en torno a la manera de vivir y convivir con los demás. Refuerza la agencia de cada una, instigándolas a seguir escuchando su propia voz; la voz que las ha traído hasta ese lugar de apoyo y seguridad.

Consciente de que el tiempo se acaba y de que esta es la última sesión del proceso, el terapeuta opta por traer al diálogo a una voz más; una voz que, aunque presente todo este tiempo, aun no era capaz de expresarse.

Un hombre de bien

T: Si el bebé estuviera escuchando todo esto: si pudiera escuchar que cuando nazca va a estar rodeado de tantas personas que van a estar ahí. ¿Cómo creen que se sentiría?

Tessa: ¿Pues como pavo real, no? (rie)

Leila: (rie)...Sí, hay muchas personas que lo están esperando con ansias; muchas personas que se preocupan y que están ansiosas por conocerlo. Y sí se lo dicen, cuando fuimos con mi abuelita a decirle, me dijo: “Pues ya no te voy a regañar...pero

que sepa que aquí lo vamos a esperar con mucho amor”. Y siempre hablamos con él (refiriéndose al bebé), de que me espera y de que se aguante ahora sí que hasta el término del tiempo porque sino...

Tessa: Sino va a nacer crudo (rie).

Leila: (rie)

T: ¿Y tú qué piensas, Tessa?

Tessa: Creo yo, considero yo que...el hecho de que va a vivir entre dos mujeres...Yo espero en Dios, que sea un hombre de bien, y que le inculquemos valores que muchas veces se han perdido y que el se de cuenta de que en su vida hay unas mujeres guerreras, que ahí están. Y...pues bueno...esperemos, primeramente, Dios, que pueda lograrse nuestro cometido...

Tessa: Voy a estar ahí para Leila y para mi nieto, y algún día Leila tomará la batuta y eso es así, y espero que lo que le he enseñado a Leila durante todo este tiempo se lo inculque a su hijo.

La situación hipotética planteada por el terapeuta pone en evidencia que, cuando se trata de polifonía: el tiempo, la ausencia y la distancia no constituyen barreras de ningún tipo. Incluso cuando no ha pronunciado una sola palabra: la voz del bebé ya tiene gran influencia sobre todos aquellos que le esperan.

Tras usar el tiempo restante en la sesión para reflexionar en torno a los aprendizajes obtenidos durante las cuatro sesiones, el proceso cierra con la voz del equipo reconociendo que Tessa y Leila se han puesto a la altura de la situación: que no solo han lidiado con una crisis, sino que también han aprendido de ella; que se han vuelto más unidas; que han aprendido a comunicarse de nuevas maneras; y que lo único que ahora falta por hacer es darle tiempo al tiempo.

Al igual que en el caso anterior, al inicio de este proceso nos encontramos con una Tessa y una Leila que habían optado por censurar su voz: priorizar el bienestar de la otra por encima de su necesidad de expresión.

Las intervenciones del terapeuta y el equipo terapéutico fueron encaminadas a liberar el canal de comunicación que madre e hija se habían negado. Canal que, desbloqueado al final del proceso, contribuyó a fortalecer la unión familiar y a abrir nuevas posibilidades para la que antes era únicamente una relación madre-hija.

Además, la última sesión nos permite observar a una Tessa y a una Leila que no solo han desarrollado la capacidad de dar cuenta de las voces e influencias a su alrededor, sino también de discriminar entre ellas y usar la caótica polifonía a su conveniencia.

Y, una vez más; si bien el terapeuta y el equipo terapéutico no estaban trabajando bajo un modelo sistémico dialógico, damos cuenta de que, con la visión adecuada, es posible distinguir el lugar donde las reglas sistémicas convergen con la anarquía dialógica.

3.2.3 Conclusión del análisis de los casos

Tras someter los casos y sus correspondientes transcripciones al escrutinio propio de un análisis del discurso, se vuelve evidente que la polifonía como era entendida por Bajtín (1986) encuentra su manifestación en diálogos sostenidos durante procesos terapéuticos que no fueron trabajados desde una lógica sistémico-dialógica.

La presencia de la torre de babel polifónica es tan ubicua que apenas si hace falta mirar con detenimiento para encontrarse de frente con las voces que la componen y los lenguajes y discursos que de ella brotan. Una abuela preocupada, un marido indiferente, una

hija que a su vez es madre, una maestra atenta, una amiga que critica; todas fueron voces escuchadas durante el análisis y, a su vez, todas podrían formar parte también de una de las famosas novelas de Dostoievski; novelas en las que el mismo Bajtín encontraría los principios de su dialógica.

Independientemente de la corriente bajo la cual se opere, el tener consciencia de la polifonía le permite al terapeuta entrever aspectos importantes para las familias y sus miembros sin verse a sí mismo confinado a la rigidez de estructuras explicativas cuya prioridad no es comprender el desorden que toda experiencia humana trae consigo, sino intentar resolverlo.

Al escuchar las voces que los consultantes traen a sesión, el terapeuta no solo da cuenta de aspectos como el proceso de toma de decisiones, las redes de apoyo, la construcción de la identidad y las dinámicas de comunicación; sino también del peso e influencia que tiene su propia voz y las diferentes maneras en las que puede utilizarla: elogiando esfuerzos, comunicando certeza, extendiendo reconocimientos, disintiendo en opinión o concordando en ella, entre muchas otras.

Adicionalmente, y en el caso especial de los procesos de supervisión: tener en cuenta la polifonía supone para el terapeuta una ardua tarea de contraste. El contar con las voces de supervisor y equipo de supervisión le coloca en el centro de un crisol de posibilidades y posiciones que, a la vez que aportan soluciones, exigen la incesante evaluación y reevaluación del propio pensar, sentir y actuar.

Para el terapeuta, encontrarse abierto a dicho dialogismo abre la posibilidad de trazar puentes entre su perspectiva y las perspectivas de los demás; haciendo de su práctica

psicoterapéutica algo más parecido a un mosaico de figura flexibles, que a un instrumento de porte monolítico.

A su vez, y como se vio durante el análisis, para las familias y sus miembros, poner el foco sobre las voces que les rodean, pero sobre todo sobre su propia voz, también trae consigo beneficios; la mejora de las habilidades comunicativas, la identificación y movilización de redes de apoyo, la apertura a posibilidades antes no contempladas y el desarrollo de la introspección y el autoconocimiento; son solo algunos.

Todo lo anterior no quiere decir que se te tengan que dejar de lado las consideraciones sistémicas, como señala Bertrando (2021): las reglas y estructuras sistémicas son necesarias cuando la polifonía se convierte en cacofonía. Después de todo, es la tendencia de las corrientes sistémicas a centrarse en las relaciones y sus dinámicas, la que acaba por tender el puente entre sus prácticas y las dialógicas. El primer axioma de la comunicación, tan central en las corrientes sistémicas, es claro: no hay manera de no comunicar. Y, donde hay comunicación; hay diálogo.

3.3 Análisis del sistema terapéutico total

De acuerdo con Desatnik et al. (2002) para entender la noción de “sistema terapéutico total” es preciso primero dar cuenta del par de subsistemas a los que da cabida: sistema terapéutico y sistema de supervisión.

El sistema terapéutico es aquel conformado por el sistema familiar y el terapeuta. A su vez, el terapeuta trabaja con un equipo terapéutico que, junto con un supervisor, observa el proceso tras la cámara de Gesell. Y es a ese conjunto de terapeutas y supervisor, a lo que se denomina sistema de supervisión.

De esta forma, el sistema terapéutico total es aquel que abarca al sistema familiar, al terapeuta, al equipo terapéutico y al supervisor en conjunción.

En esta Residencia, la organización del sistema terapéutico total no se encuentra subordinada a un protocolo de atención específico, sino más bien a un espectro flexible que toma forma dependiendo de una gama de factores entre los que se puede encontrar:

- El estilo del supervisor.

- La sede de atención (con sus materiales, espacios y estructuras específicas).

- La modalidad de la terapia (presencial o en línea)

- El semestre en curso (específicamente: el semestre que los terapeutas supervisados estén cursando, pues la organización variará dependiendo de si se trata del primer, segundo o tercer y cuarto semestre).

-Las necesidades particulares del consultante.

Si bien es probable que de vez en cuando surjan situaciones extraordinarias en las que otros factores también jueguen un papel, los factores antes mencionados pueden ser vistos como los principales ejes o directrices en la toma de decisiones respecto a los procesos terapéuticos.

Con esto último en mente, a continuación, se hará un análisis de cada uno de ellos con la finalidad de exponer su influencia sobre el sistema terapéutico total.

El estilo del supervisor

Para Sánchez y Escobar (2009), la supervisión puede ser definida como:

Una conversación entre un profesor y un grupo de estudiantes, donde el profesor hace las veces de consultor, asesor, facilitador, maestro y guía con el fin de ayudar a los estudiantes a desarrollar competencias en los procesos de intervención social, a ser responsables y éticos (p.2).

De acuerdo con los mismos autores, el supervisor ayuda a los supervisados a integrar el conocimiento y aplicarlo a problemas específicos. Funciona como un catalizador del desarrollo: ayudándoles a clarificar sus puntos ciegos, visualizar sus recursos y reconocer sus errores. Pero también les ayuda a contextualizar, a discriminar y a incorporar aquello que han aprendido a la construcción de un estilo propio.

Lo anterior implica que el mismo supervisor tiene ya un estilo que ha ido construyendo durante sus años de formación y práctica. Y en esta Residencia, el estilo del

supervisor juega un papel primordial pues, si bien no determina en su totalidad las prácticas, intervenciones y procedimientos que se desarrollarán durante el proceso terapéutico, sí enmarca el proceso de toma de decisiones y constituye una metafórica baliza hacia la cual orientarse cuando no se tiene claridad.

El paradigma con el cuál se oriente el supervisor también marcará de cierta manera la pauta a la hora de indagar información, realizar preguntas e intervenciones, determinar las áreas de interés y establecer objetivos terapéuticos.

Así, por ejemplo, hay supervisores que prefieren hacer uso de técnicas estratégicas como las directivas, las intervenciones paradójicas, el coro griego o la escenificación; mientras que otros pugnan más por un enfoque colaborativo o narrativo, con el uso de equipos reflexivos, documentos y contradocumentos terapéuticos, entre otros.

Es importante sin embargo mencionar, que la influencia del supervisor no ocurre en un vacío, sino que se encuentra entrelazada y en ocasiones subordinada a las circunstancias tanto alterables como inalterables que otros factores provocan, como es el caso con el siguiente factor a analizar.

El módulo/sede de atención específica

Como fue mencionado en apartados anteriores, la Residencia en Terapia Familiar de la FES Iztacala cuenta con múltiples sedes de atención. Si bien el tipo de atención que se brinda en ellas es el mismo, cada módulo se encuentra diferenciado de los demás en la medida que tres de sus componentes en común varían:

- Población: las características demográficas de cada sede se modifican en función de la institución que las hospeda. Por ejemplo, los módulos de atención terapéutica localizados en CCH Azcapotzalco y CCH Vallejo están diseñados para recibir estudiantes de ambos planteles; esto implica que gran parte de los consultantes son menores de edad (lo que a su vez implica que son sus padres quienes tienen que firmar el consentimiento informado). Es común entonces, que muchas veces las y los consultantes lleguen referidos al Departamento de Psicopedagogía del plantel por sus padres y sin que ellos mismos hayan solicitado la atención (lo que implica que la dinámica de trabajo cambia), o que, caso contrario: un estudiante que ha solicitado la atención no pueda continuar el proceso porque sus tutores se nieguen a firmar el consentimiento informado.
- Material e instalaciones: al igual que con la población, el material y las instalaciones disponibles en cada sede modifican la dinámica de trabajo durante el proceso terapéutico. Por ejemplo: mientras que la Clínica de Terapia Familiar de la FES Iztacala cuenta con una cámara de Gesell completamente equipada (espejo unidireccional, equipo de sonido y teléfonos intercom); el módulo en CCH Azcapotzalco no tiene una cámara de Gesell, por lo que el equipo terapéutico ocupa el mismo espacio que consultante y terapeuta.
- Reglamentos institucionales: si bien la Clínica de Terapia Familiar de la FES Iztacala conserva cierta autonomía puesto que es administrada por los miembros de la Residencia, las sedes ubicadas en los planteles del CCH se encuentran sujetas a los calendarios, protocolos y reglamentación específica de esas instituciones.

La modalidad de la terapia (presencial o en línea)

Como ya se había mencionado: durante el contexto de la pandemia por COVID 19, la Residencia en Terapia Familiar tuvo que adoptar medidas, una de estas fue la digitalización de todos los procesos de terapia y supervisión. La plataforma elegida para sostener estas actividades fue ZOOM.

A diferencia de un espacio físico, la plataforma de ZOOM presentó sus propias particularidades y complicaciones que demandaron un cambio en las dinámicas de trabajo. Ejemplos de lo anterior fueron:

-El lidiar con las irregularidades en la conexión de internet y las fallas de hardware (muchas veces, los fallos provocaban que se tuviera que continuar la sesión mediante llamada telefónica).

-La digitalización y firma de los documentos (consentimiento informado y reglamento del servicio).

-La adaptación al espacio desde el que los consultantes tomaban la sesión (ya que muchas veces no contaban con tanta privacidad como les hubiera gustado y no se sentían cómodos hablando de ciertas temáticas).

-La incapacidad de diálogo entre el equipo terapéutico y el supervisor durante la sesión (al encontrarse en la misma sala virtual que terapeuta y consultante, el equipo terapéutico y el supervisor tenían que esperar a la intersesión para compartir opiniones).

Y, aunque tras el paso de la contingencia el sistema de atención volvió a su modalidad habitual (la presencial), la experiencia ganada al implementar el servicio por vía digital todavía es empleada en algunas situaciones extraordinarias como las que se verán en el apartado de “Las necesidades particulares del consultante”, en las que la presencialidad no es una opción.

Así, si bien en este caso se debió a circunstancias accidentadas; el uso de la modalidad de psicoterapia en línea no debe ser confinado a la presencia de tiempos convulsos o extraordinarios como durante la contingencia por el Covid-19, dado que, como señalan distintos autores (Ceberio et al., en prensa; Békes & Aafjes-van Doorn, 2020; Moreno & Porras, 2020): la psicoterapia por vía digital parece haber sido un descubrimiento que llegó para quedarse.

Aunque si bien no sustituirá a la terapia en modalidad presencial, las ventajas que esta modalidad de atención propone (sumadas a los inconvenientes que ayuda a sortear) hacen de la terapia en línea una alternativa atractiva para muchos consultantes; lo que lleva a cuestionarse si debería pasar entonces a formar parte convencional de los programas de estudio de futuros psicoterapeutas.

El semestre en curso

En esta Residencia, el estilo de trabajo cambia dependiendo del semestre en que se encuentren los terapeutas en formación que participan en el sistema terapéutico total. Para entender estas fluctuaciones en el estilo, hay que tener en cuenta dos variables importantes: los programas académicos revisados en cada periodo (pues estos influyen el pensar de los

terapeutas en formación) y la configuración del sistema terapéutico total (pues varía dependiendo de si el semestre es par o impar).

Como puede verse en la Tabla 3, en los semestres impares (el primero y el tercero), el sistema terapéutico total anexa un nuevo subsistema a los dos ya existentes. Este nuevo subsistema está compuesto por estudiantes que cursan el primer semestre, y que se integran en el papel de observadores del subsistema terapéutico y el subsistema de supervisión (compuestos por estudiantes del tercer semestre y su supervisor).

Tabla 3

Variaciones en el Sistema Terapéutico Total

Semestre	Configuración del sistema terapéutico total	Materiales revisados
1	Sistema Terapéutico + Sistema de Supervisión + Observadores	Introducción al pensamiento sistémico. Modelo Estructural
2	Sistema Terapéutico + Sistema de Supervisión	Modelos Estratégico, Breve Centrado en Problemas y Milan I
3	Sistema Terapéutico + Sistema de Supervisión + Observadores	Modelos Centrado en Soluciones y Milán II
4	Sistema Terapéutico + Sistema de Supervisión	Modelos Narrativo y Colaborativo

Nota: Elaboración propia.

Por otro lado, los materiales revisados cada semestre incentivan una tendencia en los subsistemas terapéutico y de supervisión a emplear los aprendizajes recién adquiridos, en la práctica, por lo que las dinámicas de trabajo terminan amoldándose a los paradigmas

propuestos por los modelos revisados, aunque solo lo hagan en parte, puesto que son precisamente las características particulares de los casos atendidos los que también marcan la pauta a los diferentes modelos.

Las necesidades particulares del consultante

Este es un apartado difícil de definir pues, si bien el estilo de trabajo del sistema terapéutico total no varía de manera excepcional de consultante a consultante, hay ocasiones extraordinarias en las que, por una mirada de factores diversos e impredecibles, la dinámica de atención acaba modificándose en pos del beneficio de estos últimos.

Algunos ejemplos de esto podrían ser:

- Los accidentes o problemas de salud que impiden la presencia del consultante en la sede física. En esos casos, la modalidad de atención recurre a las plataformas digitales.
- Las solicitudes especiales: en las que un consultante, por las características específicas del motivo de consulta solicita que le atienda un terapeuta de determinado sexo, o que no sea el mismo terapeuta el que atienda a otro de los miembros de su familia, o que no se realice determinado tipo de intervención (como los equipos reflexivos), etc...
- El alcance: situaciones en las que el consultante pertenece a una población a la que por cuestiones de índole geográfica no es posible extender una atención en modalidad presencial. Una vez más, en estos casos, se recurre a las plataformas digitales.

- Los tiempos: situaciones en las que los sucesos tratados en consulta exigen una atención que no se atiene al cronograma habitual, por lo que se decide acortar los tiempos entre sesiones o, caso contrario, extenderlos.

Más allá de las tres anteriores, en el quehacer terapéutico cotidiano surgen situaciones difíciles de categorizar y que son tan particulares a la consulta de la que se esté hablando, que resulta fútil intentar ejemplificarlas en papel sin explayarse en delinear el contexto que las hizo relevantes.

Sin embargo, los ejemplos presentados bastan para entrever que el sistema terapéutico total no es una entidad estática, sino que reacciona al contexto y necesidades que cada consultante trae consigo a sesión; identificándolas, dando cuenta de que están ahí, y determinando de qué manera adaptarse para suplirlas.

Cada proceso terapéutico es diferente, y esas diferencias exigen flexibilidad no solo en lo concerniente a la relación terapeuta-consultante; sino también en las relaciones de los miembros de cada uno de los distintos subsistemas: las del supervisor o supervisora, las del equipo de supervisión, e incluso las de los observadores.

CAPÍTULO 4. CONSIDERACIONES FINALES

Dando cierre a este trabajo, el último apartado consistirá en una síntesis de todas aquellas competencias adquiridas durante los cuatro semestres correspondientes a la Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar en la FES Iztacala.

Se contemplarán las competencias teórico-conceptuales, clínicas, de investigación, de difusión, de prevención, éticas y referentes al compromiso social. Tras lo cual tendrá lugar una reflexión en torno a la experiencia del posgrado, a la que a su vez le seguirá un análisis de las implicaciones de todo lo anterior en la persona del terapeuta y en el campo profesional.

4.1 Resumen de las competencias profesionales adquiridas: teórico conceptual, clínicas, investigación, difusión, prevención, ética y compromiso social

4.1.1 Competencias teórico-conceptuales y clínicas

Es difícil para mí sintetizar en unos cuantos párrafos la totalidad de los aprendizajes obtenidos a lo largo de los cuatro semestres de maestría, y pienso que, quizás, el común denominador de todo lo aprendido fue la visión sistémica.

La adquisición de ese paradigma de pensamiento, junto a la de las prácticas de los diferentes modelos que lo emplean (Estructural, Estratégico, Centrado en Soluciones, Breve, Milán) y su posterior asimilación e integración en un estilo personal condensa para mí el grueso del desafío teórico que la maestría representó.

Fuera de la visión sistémica, los modelos que, si bien derivaron de ella, tienen una visión más dialógica (Narrativo y Colaborativo) también fueron importantes en la definición de mi postura filosófica respecto a la psicoterapia, más específicamente: la relación terapéutica, el papel del terapeuta en el proceso terapéutico y la intencionalidad de este último.

4.1.2 Investigación, difusión y prevención

Además de los materiales relacionados al trabajo psicoterapéutico, durante la maestría también cursé materias enfocadas a la metodología de la investigación; tanto de corte cualitativo como cuantitativo.

Tuve la oportunidad de poner en práctica lo aprendido a través de distintos trabajos:

- Evaluación, diseño y validación de un instrumento que tenía el objetivo de evaluar las actitudes de los estudiantes respecto a la educación en línea.
- Una investigación de corte cuantitativo, titulada: “Actitudes en torno al aprendizaje en línea y su relación con la dinámica familiar en estudiantes universitarios”⁴.
- Una investigación de corte cualitativo, con el título “Experiencias Personales y Familiares de Estudiantes Durante la Contingencia Sanitaria por Covid-19: Retos y Oportunidades”⁵.
- Un análisis conversacional titulado: “Secuencia conversacional en una sesión de Terapia Breve para la construcción y recepción de una tarea directiva”⁶.

Respecto a los esfuerzos de difusión y prevención, pude colaborar creando materiales como folletos, carteles e infografías de temáticas como: salud sexual, violencia y salud mental. También brindé conferencias y talleres para la población de distintas sedes como CCH Azcapotzalco y CCH Vallejo, abordando temáticas como: evaluación del consumo de drogas, seguridad digital y estigmas sobre la psicoterapia.

⁴ Autores: Robertos, J.; Rodríguez, D. y Salgado, M.

⁵ Autores: Robertos, J.; Rodríguez, D. y Salgado, M.

⁶ Autores: Robertos, J.; Rodríguez, D. y Salgado, M.

4.1.3 Ética y compromiso social

La psicoterapia es una práctica delicada; de naturaleza íntima y relacional, que demanda un muy cuidado ejercicio profesional de parte del terapeuta. Toda intervención que se pretenda aplicar durante la práctica clínica debe ser permeada por los principios éticos que el terapeuta no solo debería responsabilizarse por aprender, sino también por seguir.

Durante la maestría di cuenta de que, si bien gran parte de estos principios se encuentran plasmados en una multiplicidad de documentos, la ética del terapeuta va más allá de unas simples directivas adquiridas a través de manuales o códigos. Se trata de una ética fundamentalmente relacional, esto es, que se construye en la relación con el consultante; una ética local, no extrapolable a otros contextos o relaciones (lo que no quiere decir que se encuentre ajena al contexto cultural y social en que fue producida).

Esta ética debe responder a las necesidades específicas del consultante, y también a las del proceso terapéutico, salvaguardando la integridad de tanto terapeuta como cliente y proveyéndolos de los lineamientos básicos para la construcción de un espacio y relación que resulten pertinentes a la práctica.

Y, más allá de sus obligaciones para sus consultantes, el terapeuta también guarda un compromiso con la comunidad en la que se encuentra inmerso. Como profesional de la salud mental, sus saberes y habilidades traen consigo una responsabilidad con el bien común. Para mí, esto implica un involucramiento activo en actividades como la difusión y la prevención.

Dicho lo anterior, es importante señalar que el respeto hacia estas obligaciones o compromisos no surge por mera serendipia. El involucramiento activo con la comunidad

nace del compromiso del terapeuta con su profesión, que a su vez tiene sus cimientos no solo en una formación académica adecuada, sino también en la posterior asimilación de experiencias que solo pueden obtenerse mediante el ejercicio y la práctica.

4.2 Reflexión y análisis de la experiencia

En retrospectiva, mi paso por la maestría fue muy grato; las experiencias vividas durante los cuatro semestres no solo contribuyeron a mi formación y desarrollo académico, sino también al personal. Termine esta residencia percibiéndome a mí mismo como un terapeuta con más conocimientos, herramientas y experiencia práctica, pero también como una persona con más claridad en cuanto a sí misma.

La convivencia tanto con compañeros y compañeras como con supervisores y supervisoras fue invaluable y de una crucial importancia. Escuchar un abanico tan grande de perspectivas y ser testigo de diferentes estilos de práctica contribuyó a enriquecer mi propia práctica y estilo psicoterapéutico.

Por otro lado, las clases y el plan curricular también jugaron un papel indispensable; ser guiado a través de toda la evolución y desarrollo del paradigma sistémico me permitió tener claridad al asimilar conocimientos con los que no estaba familiarizado y, más importante aún, me dio la confianza para llevar a cabo su aplicación durante la práctica.

Teniendo en cuenta esto último, quizás lo que más valoro de la residencia es el haber tenido la oportunidad de aplicar lo aprendido en los módulos de atención, donde pude formar parte de relaciones y procesos terapéuticos genuinos en un ambiente de aplicación real. Y todo lo anterior, con el privilegio de verme apoyado por un equipo de supervisión que prestó

una mirada crítica a mi práctica y me ayudó a pulirla más allá de lo que la mera acumulación de experiencia en solitario pudo haber permitido.

4.3 Implicaciones en la persona del terapeuta y en el campo profesional

El paso por la maestría constituyó no solo un redescubrimiento y reevaluación de mis principios, paradigmas y juicios personales, sino también de la noción y entendimiento de aquello a lo que opto por entender como psicoterapia.

Tras todo lo vivido, puedo decir que, para mí, la psicoterapia es una práctica dinámica, fluida; que requiere una reinterpretación constante y cuya aplicación debe coevolucionar en respuesta al contexto, al consultante y al terapeuta mismo. Sus practicantes deben moverse con ella, permitirse cambiar como respuesta a la práctica misma, como respuesta no solo a la teoría que le da sentido, sino a las relaciones y experiencias que dentro de ella tienen su génesis.

El terapeuta que se permite evolucionar adopta entonces cualidades metamorfas. Cambiante, se permite amoldar su práctica; adaptarla a cada contexto y consultante, y enriquecerla con la suma de paradigmas, herramientas y experiencias que acumule en su repertorio de formas.

Sin embargo, la psicoterapia también requiere de coherencia; de cohesión; de una directriz epistemológica a la que se sujete la intencionalidad de todo proceso, intervención o práctica a implementar. Y en este sentido, el psicoterapeuta debe ser congruente, debe tener claridad tanto en postura como en filosofía y en intención.

Esta claridad le dará la posibilidad de ser transparente, de volver público lo que de otra manera sería privado. Le dará la posibilidad de reconocer su propia autenticidad, de reconocerse a sí mismo y, por lo tanto, de reconocer su posición respecto al otro.

Es mediante la obtención de esta claridad, y de la interminable acumulación de experiencia, que el terapeuta pule su práctica. Durante la maestría, mi vivencia como terapeuta consistió en la asimilación de experiencias, de saberes, de herramientas y recursos, a los que la propia maestría me expuso.

Algunos de estos recursos, como fueron las ideas dialógicas y sistémicas, se han dado de frente con los paradigmas que conocía hasta el momento; desafiándolos, complementándolos o anexándose a ellos. Otros, como las técnicas de modelos específicos, no han sido adiciones a mi epistemología, sino únicamente a mi repertorio de prácticas. Y otros, como las experiencias que he vivido en sesión con los consultantes, han tocado no mis paradigmas respecto a la terapia, sino a la manera en la que concibo el mundo y me concibo como persona.

Llevar a cabo este trabajo; darme la oportunidad de explorar los intersticios entre lo sistémico y lo dialógico: me permitió consolidar ideas que, de otra manera, permanecerían inconexas: la coexistencia del caos y el orden; el comprender sin intentar resolver; la importancia de dar lugar a la multiplicidad y conocer la posición que uno ocupa dentro de ella.

Todo lo anterior acabará desembocando en mi práctica en el campo profesional, donde espero poder seguir desarrollando las habilidades, saberes y experiencias, que durante la maestría he adquirido.

REFERENCIAS

- Andersen, T. (1987). *The Reflecting Team: Dialogue and Meta-Dialogue in Clinical Work*. *Family Process*, 26(4), 415–428.
- Ariza, M. y de Oliveira, O. (2001). Familias en transición y marcos conceptuales en redefinición. *Papeles de Población*, 7(28), 32.
- Bajtín, M. (1986). *Problemas de la poética de Dostoievski*. Fondo de Cultura Económica.
- Bajtín, M. (1982). *Estética de la creación verbal*. Siglo Veintiuno Editores.
- Bauman, Z. (2017). *Pero, ¿qué es la modernidad líquida?*. La Vanguardia. <https://www.lavanguardia.com/cultura/20170109/413213624617/modernidad-liquida-zygmunt-bauman.html>
- Békés, V., & Aafjes-van Doorn, K. (2020). Psychotherapists' attitudes toward online therapy during the COVID-19 pandemic. *Journal of Psychotherapy Integration*, 30(2), 238–247.
- Beltrán, G., Monroy, L. y López, M. (2010). *Hacia una propuesta de política pública para familias en el Distrito Federal*. <https://incidesocial.org/wp-content/uploads/00a-familia-completo2final.pdf>
- Bermúdez, C. y Brik, E. (2010). *Terapia familiar sistémica: aspectos teóricos y aplicación práctica*. Síntesis.
- Bertrando, P. (2016). Terapia sistémica y perspectiva dialógica, una posible integración. *Sistemas Familiares y otros sistemas humanos*, 32(2), 5-12.
- Bertrando, P. y Lini, C. (2019). Theory and Practice of Systemic-Dialogical Therapy. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 40(1), 176-189.
- Bertrando, P. y Lini, C. (2021). Towards a systemic-dialogical model of therapy. *Human*

Systems: Therapy, Culture and Attachments, 0(0), 1-14

- Boscolo, L. Bertrando P. (2014). La terapia sistémica de Milan.
- Bubnova, T. (2006). Voz, sentido y diálogo en Bajtín. *Acta Poética, 27(1), 97-114.*
- Bueno, M. (1973). El Sincretismo Psicológico. *Diánoia, 19(19), 145-172.*
- Dallos, R y Ros, D. (2015). *An Introduction to Family Therapy: Systemic Theory and Practice.* Open University Press.
- Ceberio M., Agostinelli J., Daverio R., Benedicto G., Cocola F., Jones G., Calligaro, C., Díaz, M., (En prensa). Psicoterapia online en tiempos de Covid-19: adaptación, beneficios, dificultades. *Arch Med (Manizales). 21(1).*
- Desatnik, O., Franklin, A. y Rubli, D. (2002) Visiones, Re-visiones y Super-visión del proceso de Supervisión. *Terapia y Familia. Vol. 15, No. 1 Pp. 47-56.*
- De Shazer, S., Berg, I. K., Lipchik, E., Nunnally, E., Molnar, A., Gingerich, W., & Weiner-Davis, M. (1986). *Brief Therapy: Focused Solution Development. Family Process, 25(2), 207–221.*
- Díaz-Loving, R., Aragón, S. R., Villanueva, G. y Cruz Martínez, L. M. (2011). Las premisas histórico-socioculturales de la familia mexicana : su exploración desde las creencias y las normas. *Revista Mexicana de Investigación En Psicología, 3(2), 128–142.*
<https://www.medigraphic.com/pdfs/revmexinvpsi/mip-2011/mip112b.pdf>
- Eguiluz, L.L. (2004). *Terapia familiar: su uso hoy en día.* Pax
- Esteinou, R. (2008). *La Familia Nuclear en México: lecturas de su modernidad. Siglos XVI al XX.* CIESAS.
- Esteinou, R. (2010). Las relaciones de pareja en el México moderno. *Casa del tiempo, 3(26-27), 65-75*
- Galbusera, L. y Kyselo, M. (2017). The difference that makes the difference: a conceptual analysis of the open dialogue approach. *Psychosis, 10(1), 47-54*
- García, X. y Estremero, J. (2003). *Ciclo Vital-Crisis Evolutivas.*
https://www.unida.org.ar/Bibliografia/documentos/Salud%20Comunitaria/Ciclo_Vital.pdf
- Gutiérrez, R., Díaz, K. y Román, R. (2016). El concepto de la familia en México: una revisión desde la mirada antropológica y demográfica. *Ciencia Ergo Sum, 23(3), 219-229.*
- Hermans, H.J.M., Kempen, H.J.G. y Van Loon, R.J.P. (1992), “The Dialogical Self: Beyond

- Individualism and Rationalism”, *American Psychologist*, 47, 23-33.
- Hermans, H. J. (2004). The Innovation of Self-Narratives. *The handbook of narrative and psychotherapy: Practice, theory and research*, 175.
- Hernández, G. (1997). Oferta laboral familiar y desempleo en México: los efectos de la pobreza. *El Trimestre Económico*, 64(256), 531-568
- Hinojosa, B. y Vázquez Gutiérrez, L. (2018). La familia como elemento mediador entre la cultura de paz y la violencia cultural. *Justicia*, 23(34), 405–455. <https://doi.org/10.17081/just.23.34.2901>
- Jelin, E. (2005). Las familias latinoamericanas en el marco de las transformaciones globales: hacia una nueva agenda de políticas públicas. En Arriagada, I. (Ed), *Políticas hacia las familias, protección e inclusión sociales* (69-88). Naciones Unidas.
- Lini, C. y Bertrando, P. (En prensa). Situarse: Posicionamiento y emociones en terapia sistémica. P. 1-20.
- Medina-Mora, M. E., Borges, G., Benjet, C., Lara, C., & Berglund, P. (2007). *Psychiatric disorders in Mexico: Lifetime prevalence in a nationally representative sample. British Journal of Psychiatry*, 190(06), 521–528.
- Montes de Oca, V. y Hebrero, M. (2006). Eventos cruciales y ciclos familiares avanzados: el efecto del envejecimiento en los hogares de México. *Papeles de población*, 12(50), 98-116
- Moreno, G. & Porras, D. (2020). Las tecnologías de la información y comunicación en psicoterapia en COVID-19. *Hamut'ay*, 7 (2), 58-63.
- Ochoa de Alda, I. (1995). *Enfoques en terapia familiar sistémica*. Editorial Herder.
- Perus, M. (2012). Machismo y ginecocracia: la familia mexicana y latinoamericana como forma mixta. *Intersticios Sociales*, 3, 1–28.
- Rober, P. (2005). *The Therapist's Self in Dialogical Family Therapy: Some Ideas About Not-Knowing and the Therapist's Inner Conversation. Family Process*, 44(4), 477–495.
- Rober, P., Elliott, R., Buysse, A., Loots, G., & De Corte, K. (2008). *Positioning in the Therapist's Inner Conversation: A Dialogical Model Based on a Grounded Theory Analysis of Therapist Reflections. Journal of Marital and Family Therapy*, 34(3), 406–421.
- Robichaux, D. (2007). Sistemas familiares en culturas subalternas de América Latina: una

- propuesta conceptual y un bosquejo preliminar. In *Familia y Diversidad en América Latina. Estudios de caso* (Vol. 3).
https://www.researchgate.net/profile/David_Robichaux/publication/305221036_Sistemas_familiares_en_culturas_subalternas_de_America_Latina_una_propuesta_conceptual_y_un_bosquejo_preliminar/links/57851d1f08aec5c2e4e11620/Sistemas-familiares-en-culturas-subal
- Salgado, E. (2019). *Los estudios del discurso en las ciencias sociales*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Sánchez, L., y Escobar, C. (2009). La Supervisión y los Procesos de Formación Profesional en Intervención Social. *PROSPECTIVA. Revista de Trabajo Social e intervención social*, (14), 1-23.
- Seikkula, J. (2008). Inner and outer voices in the present moment of family and network therapy. *Journal of Family Therapy*, 30(4), 478–491.
- Seikkula, J., Alakare, B., y Aaltonen, J. (2001). Open Dialogue in Psychosis I: An Introduction and Case Illustration. *Journal Of Constructivist Psychology*, 14, 247-265
- Seikkula, J. y Olson, M. (2003). The Open Dialogue Approach to Acute Psychosis: its Poetics and Micropolitics. *Family Process*, 42(3), 403-418
- Seikkula, J y Arnkil, T. (2014). *Open Dialogues and Anticipations. Respecting Otherness in the present moment*. Juvenes Print- Finish University Print.
- Solano Murcia, M. I., & Vasquez Cardozo, S. (2014). Familia, en la salud y en la enfermedad...mental. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 43(4), 194-202.
- Woo, O. (1995). La invisibilidad en el proceso migratorio : las mujeres migrantes. *Frontera Norte*, 7(13), 139–148.