

## **Sobre el Primer Foro Interdisciplinario de Psicoterapia e Investigación**

El 27 de abril del 2015 nos reunimos en la Universidad Intercontinental seis psicoterapeutas con diferentes modelos para dialogar sobre “La persona del terapeuta”. El foro tuvo como público a estudiantes de la Licenciatura en Psicología de dicha Universidad, así como a docentes de grado y posgrado de la institución y otras asociaciones.

El punto de partida de los Foros Interdisciplinarios de Psicoterapia e Investigación es lograr el encuentro de diferentes enfoques teórico-psicoterapéuticos para discutir sobre temas comunes. Es importante señalar que el objetivo no es generar abordajes eclécticos, sino enfatizar cómo a pesar de las diferencias, los terapeutas de todos los enfoques experimentan vivencias similares, tropiezan con obstáculos compartidos, buscan el beneficio de sus pacientes y comparten ejes éticos en su ejercicio profesional.

### **Presentadora: Beatriz Bolas Hernández**

Buenos días sean bienvenidos al primer foro interdisciplinario de Psicoterapia e investigación, el cual abordará el tema de la persona del terapeuta.

La dinámica del presente foro consistirá en dialogar en torno a tres preguntas relacionadas con la persona del terapeuta, sus motivaciones, sus creencias y la influencia social y cultural:

1. ¿Cuáles son las motivaciones para convertirse en psicoterapeuta y por qué eligieron el enfoque psicoterapéutico con el que trabajan?
2. ¿Cómo influyen los factores históricos y sociales en la práctica clínica?
3. ¿Qué uso hacen de las creencias personales en la práctica clínica con los pacientes?

Cada una de las cuales será abordada desde los enfoques psicoanalítico, sistémico, cognitivo-conductual y neuropsicológico, el orden de respuesta irá variando con cada pregunta.

Las y los especialistas que nos acompañan en esta ocasión son:

- Mtra. Marla Naiví Toiber Rodríguez, con especialidad en el modelo sistémico.

- Mtra. Cintia Aguilar Delgadillo, con especialidad en el modelo sistémico.
- Mtra. Itzel Patricia Farías Malagón, con especialidad en neuropsicología del desarrollo
- Dr. Héctor Rafael Velázquez Jurado, con especialidad en el modelo cognitivo-conductual
- Mtro. José Roberto Vargas Arreola, con especialidad en el modelo psicoanalítico.
- Mtro. Juan Pablo Brand Barajas, con especialidad en el modelo psicoanalítico.

**PRIMERA PREGUNTA: ¿CUÁLES SON LAS MOTIVACIONES PARA CONVERTIRSE EN PSICOTERAPEUTA Y POR QUÉ ELEGIERON EL ENFOQUE PSICOTERAPÉUTICO CON EL QUE TRABAJAN?**

**Marla Naiví Toiber Rodríguez (Enfoque sistémico)**

Para formarse y vivirse como psicoterapeuta familiar se conjugan varios aspectos como:

- Nuestra historia personal y familiar.
- Nuestros valores, ética y sistema de creencias.
- La influencia que recibimos de los profesores que son psicoterapeutas de diferentes modalidades.
- Lo que nos hace sentir cada una de las teorías y el sentido que nos hacen con nuestras propias necesidades, con la forma de explicarnos la vida y con la disposición de trabajar en nuestra persona.

En el noveno semestre de la Licenciatura en Psicología, tuve la materia de terapia familiar, y quedé atrapada por sus fundamentos de circularidad, la teoría general de sistemas y la posibilidad de pensarme desde múltiples posibilidades y perspectivas. Conocí herramientas del modelo, como el genograma, la paradoja y la importancia de profundizar en nuestra familia de origen. Al hacer mi genograma me di cuenta de la existencia de secretos a voces, historias dolorosas y omitidas, y muchos signos de interrogación. La convergencia de estas experiencias me llevó a estudiar una maestría en terapia familiar.

Comparto lo que nos decía Jaqueline Fortes, una profesora de la maestría: *“elegimos esta profesión seguramente al desempeñar un papel aprendido desde nuestra familia. Pareciera que comenzáramos nuestro entrenamiento como terapeutas familiares con nuestra propia familia”*.

Para ser terapeuta familiar, es importante estar dispuesta a conversar, reflexionar y recrear actividades complejas. Adquirir conciencia de sí mismos, del otro y del nosotros que emerge de los encuentros humanos pues la formación no se piensa en forma sucesiva sino recursiva, donde cada paso influencia recíprocamente al resto.

Algunos autores proponen un isomorfismo (tienen la misma estructura) entre el modelo terapéutico y el modelo de formación, en el cual el terapeuta en formación configura su experiencia integrando su sistema emocional, su sistema de creencias y su sistema cognitivo.



### **Cintia Aguilar Delgadillo (Enfoque sistémico)**

La epistemología de la terapia familiar me ayudó a construir un estilo terapéutico, ya que las ideas y posturas teóricas son más acordes a mi manera de ser y estar en el mundo.

Mi experiencia como terapeuta inició en el área cognitivo-conductual, la cual me hacía sentir segura pues sabía qué hacer en cada sesión, sin embargo, a la par me integré a un programa de formación en la práctica clínica en la UNAM (Universidad Nacional Autónoma de México), en donde a pesar de encontrarme con la incertidumbre de mis intervenciones en el espacio terapéutico, resultó más afín a mí, pues pude integrar mi persona en diferentes niveles (historia de vida, contexto) y no forzar o sentir que me disfrazaba en alguien que no representaba lo que soy. Cuando un terapeuta llega a una psicoterapia, no llega sólo, sino con su historia, sus posturas y prejuicios. Por ejemplo, en mi caso tengo un hermano con discapacidad y trabajar con estas temáticas no implica borrar o imponer mis ideas y experiencias al respecto, sino saber que están presentes e integrarlas. De esta manera, ser una terapeuta sistémica, no significa una ausencia de problemas y dificultades o de estar “sano”, sino de construir un estilo propio que toma en cuenta la historia, el contexto y la epistemología.

### **Itzel Patricia Farías Malagón (Enfoque neuropsicológico del desarrollo)**

Esta pregunta siempre resulta interesante y remueve muchos recuerdos, es emotivo retornar al por qué de nuestras elecciones actuales. En mi caso, prefiero comenzar a responder desde los puntos que tengo en común con mis demás colegas terapeutas, considero que todos compartimos dos motivaciones principalmente, una de ellas es que nos gusta ayudar, de hecho por eso elegimos ser psicólogos la mayoría de nosotros; en segundo lugar es darnos cuenta de que algo en la sociedad no anda bien y queremos contribuir a generar un mundo mejor y más justo.

En este foro represento al enfoque de la neuropsicología del desarrollo, por lo que mi visión es desde la psicoterapia con niños. Elegí este camino porque donde estudié la Licenciatura en Psicología (FES Zaragoza UNAM), el plan académico implicaba transitar por diferentes áreas: experimental, educativa, clínica y social. En cada una de ellas tuve algo

que ver con niños, ya sea trabajando en un preescolar dando talleres a padres y adolescentes, diseñando planes de estudio o en otras actividades que de una u otra manera siempre me involucraban con esta población.

En cuanto a los enfoques, también tuve la oportunidad de conocer varios de ellos a nivel teórico y práctico, como el conductista, el cognitivo-conductual, el sistémico, el transpersonal, el constructivismo piagetano y el de Vygotski. Fue este último el que me pareció más pertinente y adecuado para comprender el desarrollo del ser humano. El enfoque histórico cultural de Vygotski resolvía muchas de mis preguntas y percibía, a través de mi experiencia, que contribuía de manera significativa en el ámbito escolar, pero estaba también interesada en la terapia individual y la vertiente de este enfoque, en complemento con los estudios de Luria, dan como resultado a la Neuropsicología del desarrollo.

Al momento de hacer mis primeras intervenciones terapéuticas, pude comprobar la amabilidad y efectividad de este enfoque, la manera de intervención es respetuosa del desarrollo del niño y no se concentra en su problemática para tomarla como referencia, es decir, trabaja mediante la identificación de factores como: regulación y control, oído fonemático, kinestésico, entre otros. Lo anterior a partir de la detección del déficit el cual se trabaja desde las funciones más desarrolladas en los niños.

Un ejemplo más claro es el siguiente, si el niño tiene un problema de lenguaje y no puede pronunciar la “r” pero al mismo tiempo es muy hábil en cuestiones espaciales y motrices, en lugar de ponerlo a pronunciar con lecturas y repeticiones la letra que se le dificulta (y al mismo tiempo señalarle todo el tiempo que es incapaz) se juega con rondallas, cuentos y canciones que tengan que ver con movimiento y al mismo tiempo se estimula el lenguaje, sin necesidad de estar señalando su deficiencia.

Es un enfoque que respeta el área emocional del niño, realiza un diagnóstico adecuado tomando en cuenta múltiples factores y desarrolla estrategias de intervención adecuadas y no centradas en sus deficiencias.

### **Héctor Rafael Velázquez Jurado (Enfoque cognitivo-conductual)**

En términos generales, la psicología estudia el comportamiento en todos sus componentes, se busca entonces entender qué la provoca y cómo se modifica, parece ser que la manera más sensata de hacerlo es por medio de la psicoterapia. Ser psicoterapeuta implica ayudar a quien parece que no puede ver más allá de su propio marco de referencia, implica también la satisfacción propia derivada de dicho acto. Es decir una especie de altruismo, en donde el hecho de ayudar, me hace sentir bien conmigo mismo.

Epicteto, el filósofo estoico decía: “las personas no se ven perturbadas por los hechos sino por la opinión que se generan sobre éstos”. La terapia cognitivo-conductual pretende abordar y modificar dichas creencias que determinan emociones y conductas. Por ejemplo, en el caso del paciente deprimido que tiene una opinión muy negativa sobre lo que le pasa, o el que padece fobia social con pensamientos constantes de que lo están buscando en situaciones sociales y que será constantemente humillado, o aquél con ataques de ansiedad que se imagina que experimentará las peores consecuencias fisiológicas y que no podrá hacer absolutamente nada para evitarlas, etcétera. Todos ellos, a partir de estas creencias, experimentan emociones negativas y, como consecuencia, sus conductas suelen ser desadaptativas. Así, el enfoque cognitivo-conductual busca el vínculo entre estos componentes y los resuelve a partir de una lógica positivista contando con la evidencia proveniente de los hallazgos de la investigación.

### **José Roberto Vargas Arreola (Enfoque psicoanalítico)**

Respecto a la pregunta sobre las motivaciones que guían a un terapeuta psicoanalítico a elegir este modelo y que también puedo identificarlas como mis propias motivaciones son: El análisis, el autoanálisis, la influencia que en esta formación consideramos que tiene el inconsciente y una capacidad particular para captar y responder a las necesidades de nuestros padres y posteriormente de nuestros pacientes.

En primer lugar, considero que el análisis juega un papel muy importante. Muchos analistas elegimos esta formación a partir de la experiencia de haber sido analizados,

misma que deseamos replicar pero ya no desde un lugar de paciente, sino desde una función terapéutica o analítica.

Relacionado con este punto, el autoanálisis es también un factor fundamental. Se ha registrado en la biografía de Freud que éste tenía un particular hábito por escribir sobre sus sueños desde temprana edad y practicó un autoanálisis formal durante cuatro años. Así, si hiciéramos una búsqueda por la biografía de muchos psicoanalistas seguramente encontraremos una tendencia a auto-analizar las experiencias de la infancia, las fantasías, la vida onírica, las relaciones familiares, etcétera.

Un factor que también considero esencial es la influencia que para nosotros tiene el inconsciente en comparación con la razón, la voluntad y la conciencia. Nosotros creemos que el inconsciente influye en nuestras motivaciones, pensamientos, actos, vocaciones, relaciones sociales, entre otros. Incluso en nuestra elección de ser psicoanalistas participan factores conscientes e inconscientes.

Finalmente, Alice Miller, psicoanalista polaca, refiere que los psicoanalistas tenemos una capacidad particular para captar y responder a las necesidades de los otros, hablese de nuestros pacientes actualmente pero en su momento de nuestros padres, quienes depositaron en nosotros una función específica de salvaguardar su equilibrio psíquico, el cual tuvimos que identificar y detectar a partir de privilegiar sus necesidades.



## **Juan Pablo Brand Barajas (Enfoque psicoanalítico)**

En realidad uno descubre porque se dedicó a la psicoterapia después de muchos años de práctica, cuando uno inicia la práctica predomina el entusiasmo y el empoderamiento, sientes que todo es posible y que harás cosas que nadie más a hecho. Te peleas con todos aquellos que no pertenecen a tu enfoque y crees que hay una sola verdad, una sola teoría y una sola forma de practicar. Asuntos de novato, cuando uno está inseguro busca compensarse con posturas radicales. Es más fácil apegarse a ciertos dogmas que convivir con la incertidumbre.

Pasado el tiempo te visita la ansiedad, cuando es evidente que la clínica es algo muy complejo, esto si la quieres hacer bien. Cruzas por facetas de re-planteamiento, dudas con respecto a haber escogido la función correcta. También hay desencanto, pues como todo en la vida, cuando estás en algo cada día, inicia cierta rutina en la cual no hay esa magia con la que soñaste en el inicio. Es un periodo crítico, donde muchos tiran la toalla y dejan de ejercer la psicoterapia. Hay quienes optan por irse a enfoques alternativos, que les permitan rehacerse su imagen grandiosa de los inicios, esto es, sentir que se tienen dones especiales, que pueden hablar con las fuerzas de la naturaleza o espirituales.

En la actualidad me encuentro en una etapa más sosegada, mucho más escéptica, ya no tengo problemas con los otros enfoques, ni con el psicoanálisis, ahora mi asunto es con los psicoterapeutas, no con aquellos que conservan la pasión por la pregunta, sino con aquellos que ya se metieron a su capilla y han dejado de pensar y cuestionarse, quienes han dejado el impulso científico para iniciar causas más cercanas a lo político y lo dogmático.

Estamos en una era maravillosa, de grandes descubrimientos en el campo “psi”, no veo porque negarse el placer de pensar en las posibilidades de todas las investigaciones innovadoras, finalmente, quienes han logrado aportar algo a la psicoterapia, son quienes pudieron codificar la complejidad de su época en un nuevo lenguaje y prácticas clínicas, no quienes se quedaron a la espera de la iluminación de sus predecesores.



## **SEGUNDA PREGUNTA: ¿CÓMO INFLUYEN LOS FACTORES HISTÓRICOS Y SOCIALES EN LA PRÁCTICA CLÍNICA?**

### **Itzel Patricia Farías Malagón (Enfoque neuropsicológico del desarrollo)**

La importancia que tiene lo social y lo cultural en esta práctica terapéutica es significativa, tomando en cuenta que el enfoque histórico cultural siempre percibe la relación entre lo social en el ámbito personal del desarrollo, es indiscutible su relevancia.

En lo personal, es muy fácil detectar cómo intervienen las creencias sociales en la terapia para niños. En ocasiones hay padres que sienten que están haciendo lo adecuado para sus hijos cuando los llevan a una terapia, aún sin tener elementos necesarios que lo avalen porque esto les brinda cierto estatus. También hay padecimientos que se ponen de moda, dependiendo las tendencias que los médicos y los profesionales de la salud determinen. Por otro lado, hay niños que realmente necesitan un acompañamiento terapéutico, pero sus padres no alcanzan a cubrir el costo de este tratamiento, lamentablemente la práctica clínica tiende a no estar al alcance de toda la población por cuestiones económicas.

Para responder a esta pregunta y ser lo más clara posible me enfocaré en los padecimientos de moda que son los que reflejan con certeza la manera en que lo social y cultural interviene en nuestro trabajo. Actualmente el principal motivo de consulta con el que llegan los pacientes mi consultorio (y tengo referencias de que a mis colegas les acontece una situación parecida) es el Trastorno por déficit de atención (TDA) o el Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). Ahora se afirma que cada niño que no se puede concentrar más allá del tiempo que los adultos consideren adecuado, que se distraiga fácilmente con estímulos de su entorno, que tienda al movimiento y no al sedentarismo y tenga problemas de aprendizaje (de acuerdo a las evaluaciones estandarizadas por la Secretaría de Educación Pública de México, en las que la mayoría tiene problemas para aprobar), es un niño que es diagnosticado con TDA o TDAH, no por profesionales de la salud, sino por maestros, padres y gente cercana.

Los consultorios están llenos de niños que han crecido con televisión y no con sus padres, con un exceso de videojuegos y con un déficit en el contacto con la naturaleza, llenos de estímulos por todas partes y con pocas actividades que tiendan a la relajación. Es indiscutible que la infancia está permeada de múltiples factores que no abonan en su desarrollo, a pesar de esto los niños son catalogados como culpables y sentenciados a recibir tratamiento, siendo los adultos responsables de estos hechos absueltos, haciéndose famosos y muy recurridos los tratamientos conductuales y psiquiátricos para enfrentar esta situación y dando como resultado niños condicionados y dopados que cada vez son menos capaces de actuar como el adulto lo requiere.

En este caso, la neuropsicología del desarrollo no contempla la existencia del TDA, en su lugar existe el diagnóstico de “déficit del factor de regulación y control” y no se mira como un problema a tratar con medicamento ni ejercicios de relajación o actividades de condicionamiento. El tratamiento se centra en emplear juegos que contribuyan a la adecuada maduración del sistema nervioso para que el niño pueda concentrarse y terminar las tareas, es un proceso paulatino que requiere intervención no sólo del terapeuta, sino también de los padres y del entorno del niño.

Es así que el enfoque no sólo centra la problemática en el niño, se extiende a la familia y todos los que somos partícipes de su tratamiento, empleando juegos y actividades que favorezcan un entorno adecuado. Además toma en cuenta que no sólo el niño es el responsable de “curarse”, todos los que interactuamos con él tenemos cierta responsabilidad en su tratamiento. Es una mirada diferente y por lo tanto un tratamiento también distinto y más respetuoso.

### **Héctor Rafael Velázquez Jurado (Enfoque cognitivo-conductual)**

Partimos del “así soy”, “así somos en mi familia”, “te pareces a tu papá” o del “¿de dónde habrá aprendido semejante barbaridad?”.

La conducta no es aleatoria, está determinada por distintos factores, lo que soy hoy sin duda es el resultado de mi historia, es decir, aprendí a conseguir las cosas llorando o

gritando tal como vi que lo hacían mi papá o mi mamá, de ahí viene que “la mula no era arisca sino que los palos la hicieron”, esto es, la historia nos construye, nos modela.

En la terapia cognitivo-conductual se utiliza una herramienta llamada análisis funcional, esta herramienta busca la relación que hay entre todas las variables históricas y del desarrollo con la queja actual del paciente, esto es, la relación que hay entre:

- Variables distales: lo que viví en mi infancia.
- Variables antecedentes: aquellas variables que funcionan como disparadores.
- Variables orgánicas o propias del sujeto.
- Variables de respuesta y consecuencia.

Este análisis nos demuestra la importancia de los factores históricos en el desarrollo de la queja actual, cómo todo lo que he vivido determina la forma como el día de hoy respondo al estrés que experimento.

En cuanto a los aspectos sociales, habría que considerar el nivel socioeconómico de los pacientes, es decir, lo relacionado con el costo del servicio. ¿Cobro igual o me ajusto a cada caso? ¿Mi interés es ayudar a todas las personas o solamente a las que pueden pagar un proceso psicoterapéutico? La respuesta a estas preguntas, dará cuenta de rasgos básicos del estilo de un psicoterapeuta.



## **José Roberto Vargas Arreola (Enfoque psicoanalítico)**

Quisiera comenzar esta pregunta cuestionando una creencia común en relación a que el psicoanálisis no considera importante la realidad externa.

Freud, a través de sus escritos sociales, estudió temas como: las tribus, la civilización, la cultura, el arte, la religión y la guerra. Con conceptos como “los vasallajes del yo” alude a la importancia que tiene la instancia yoica en la mediación del ello, del superyó y de la realidad externa. En sus “series complementarias”, consideró que para explicar la etiología de las neurosis era necesario tomar en cuenta el factor constitucional, las experiencias infantiles y el factor desencadenante. Asimismo, para la teoría clásica, la realidad externa es internalizada en términos de afectos, fantasías, identificaciones, entre otros. Por tanto, el papel de la realidad externa para el psicoanálisis es fundamental.

Entrando en materia, considero que los factores sociales y culturales que influyen en mi práctica clínica son: El auge que actualmente tiene la psicoterapia breve y la psicofarmacología, el surgimiento de nuevas psicoterapias y la tendencia actual a cuantificar los resultados para probar los resultados de estos modelos.

En el primer punto, la sociedad parece orientarse hacia resultados rápidos y que impliquen el menor costo posible. Darian Leader, en su libro “La moda negra”, hace una crítica sobre estos supuestos refiriendo que la depresión más que ser comprendida, desea ser eliminada a través del auge que han tenido los psicofármacos; lo mismo ocurre con otros síntomas psiquiátricos como los síntomas psicóticos o de ansiedad.

Por otro lado, han surgido nuevas psicoterapias que aunque han permitido mayor diversidad, han desvirtuado los modelos que tienen una epistemología, un cuerpo teórico y una técnica particular, de las que flaquean en alguno de estos puntos. Además, por tradición se sigue pensando que el psicoanálisis es un modelo de larga duración y que implica un mayor costo económico.

Finalmente, también ha influido en mi práctica clínica la tendencia a cuantificar los resultados y las dificultades que ha tenido el psicoanálisis para argumentar sus hipótesis frente a la diversidad de modelos de psicoterapia y frente a los pacientes mismos, quienes al acercarse a un modelo psicoterapéutico buscan resultados que ya han sido probados. El

psicoanálisis, al situarse en el terreno de la subjetividad, no está en función de estas demandas sociales.

### **Juan Pablo Brand Barajas (Enfoque psicoanalítico)**

Hace algún tiempo escribí un artículo sobre *Outsight*, es un concepto que en castellano no se utiliza, mientras que es de uso común el de *Insight*, sobre todo en las psicoterapias de auto-exploración. Para mí, tienen la misma equivalencia, son igual de importantes, considero que un mal de nuestra época, más allá de los clichés de análisis social, es que un buen número de personas están atrapadas en su Introspección, están ensimismadas y se les escapan los datos del entorno. De ahí que los grandes males de nuestra era sean la depresión y la ansiedad, o lo que es lo mismo, ensimismamiento hacia el pasado, ensimismamiento hacia el futuro. La persona al ubicarse como el centro de todo, pierde la perspectiva de su realidad biológica y su fugaz lugar en la historia del universo. Por tanto, cualquier malestar es vivido con profunda frustración, tenemos la creencia de que no deberíamos experimentar ningún tipo de displacer o dolor. El *Outsight* nos conecta con el entorno y con los otros, es el camino para lograr cualquier derivación del “pathos” esa palabra griega que nos remite al “padecer”, el diálogo *Insight-Outsight* es lo que permite la pasión, la empatía, la simpatía, la compasión y también otras facetas como la apatía o la antipatía.

Por eso el concepto de “lo verdaderamente vivido”, del psicoanalista e historiador mexicano Fernando González, me parece tan relevante, todos estamos movilizados por las fuerzas de nuestro entorno, aunque no tengamos conciencia de ello, las decisiones políticas, la economía, la ecología, la delincuencia, los desastres naturales, en fin, tenemos la fantasía de control sobre nuestra vida, pero lo cierto es que sólo poseemos un porcentaje de ese control. Esto es claro en familias que han sufrido persecución política, embates de la delincuencia, pobreza, exclusión o cualquier tipo de impacto social. Quedan marcas que se transmiten entre generaciones y que muchas veces son las que debemos abordar en psicoterapia. Somos al mismo tiempo a-históricos (nuestra vida es

única, tiene que ver con el ser heideggeriano) e históricos (nuestro ser se inserta en el tiempo y estamos delimitados por él).

### **María Naiví Toiber Rodríguez (Enfoque sistémico)**

Los factores históricos y sociales son componentes inseparables con la práctica clínica. Pensando a partir del modelo ecológico de Bronfenbrenner, donde el ambiente ecológico se concibe como un conjunto de estructuras seriadas, que se influyen, y cada una de las cuales cabe dentro de la siguiente, encontramos que se conforma por el microsistema, el mesosistema, exosistema y macrosistema. Por ejemplo, las matroskas, estas figuras de mujeres que una contiene a la otra hasta llegar a una pequeñita. Y comparándolas con el modelo ecológico, todas tienen una influencia bidireccional, pues la forma en que la persona va construyendo su propia historia personal, construye una parte de la historia de la sociedad y cultura en la que se encuentra inmerso.

La historia transitó de un modelo positivista, lineal, unidimensional, convencional y dominante de explicarse el comportamiento, a uno en el que se significó a partir de la teoría general de sistemas y la cibernética para dar paso a una dimensión simbólica de lo social donde se crean y co-construyen significados y se da importancia a la interpretación como dispositivo relacional fundamental.

La evolución histórica de los paradigmas modernos hacia una crítica posmoderna han llevado a significar de forma diferente al humano, como un ser propositivo y autodeterminante frente a las concepciones esencialistas y deterministas de las posturas más convencionales y dominantes.

El área de terapia familiar inició como forma de apoyo a la psiquiatría, la psicología, la pedagogía y en 1930 se independizó de ellas. Con el surgimiento de la terapia familiar, el interés cambió de las variables intrapsíquicas a las variables interpersonales.

No hay que perder de vista que los cambios que se generan a partir de la práctica clínica hacia la sociedad se verán reflejados en su medio inmediato pero también en los diferentes subsistemas del modelo ecológico.

### **Cintia Aguilar Delgadillo (Enfoque sistémico)**

La terapia familiar sistémica se divide en dos momentos: la Moderna y la Posmoderna.

Desde una mirada posmoderna, el ser humano se construye a través de su relación con los otros, de manera que lo que sucede socialmente impacta en nuestras posturas terapéuticas, tal como se ha visto en el desarrollo y evolución de la terapia familiar.

Asimismo el impacto de los factores sociales e históricos se ven reflejados en los motivos de consulta, pues las temáticas cambian. Algunos ejemplos de ello son el impacto de los cambios demográficos, económicos, sociales y culturales, así como en la composición de las familias, ya que ante los cambios de su entorno éstas se ven obligadas a poner en práctica diversas estrategias para enfrentar las crisis económicas, el desempleo y las enfermedades. Esta situación revela la necesidad de la inclusión laboral de más miembros de la familia, que por un lado permite resolver las necesidades más próximas relacionadas con el aporte económico, pero a su vez conlleva nuevos retos relacionados con la crianza, el cuidado de los hijos y la decisión sobre la fecundidad, ya sea retardando el inicio de ésta, disminuyendo el tamaño de las familias o modificando, intereses, prioridades personales y del uso del tiempo libre.

Con este panorama, el terapeuta familiar invita a asumir nuevas posturas, informarse y flexibilizarse, ante un contexto cambiante.

Para finalizar me gustaría destacar una frase de Gregory Bateson que resume la respuesta: *“sin contexto no hay significado”*.

### **TERCERA PREGUNTA: ¿QUÉ USO HACEN DE LAS CREENCIAS PERSONALES EN LA PRÁCTICA CLÍNICA CON LOS PACIENTES?**

#### **José Roberto Vargas Arreola (Enfoque psicoanalítico)**

En relación a esta pregunta, considero necesario diferenciar de qué tipo de creencia se trata. Muchas veces estas creencias tienen un componente de duda sobre el proceso de terapia con mis pacientes, a veces como psicoanalistas atravesamos por preguntas

clínicas donde la mirada del tercero puede ser fundamental. Recordemos que para Freud, la lectura de Fliess o la Reunión de la Sociedad de los Miércoles, fungía como lo que ahora es un espacio de supervisión.

Por otro lado, dado que como psicoanalistas estamos escuchando no sólo las asociaciones del paciente, sino nuestras propias asociaciones mientras lo escuchamos, estamos constantemente diferenciando entre el material que corresponde a éste y el material que corresponde a nosotros. Si es un aspecto personal puede ser que amerite ser analizado con mayor profundidad y que para ello el autoanálisis o un análisis didáctico es un espacio para profundizar sobre estos temas. Freud ya decía que es conveniente retomar el análisis cada cinco años, por lo que muchas de mis creencias y especialmente aquellas que trastocan un aspecto emocional las llevo a un espacio de análisis.

También es posible que algunas de las creencias desprendidas de la práctica clínica, tengan relación con el material inconsciente del paciente, por lo que es necesario devolver este material para que se asuma una responsabilidad psíquica.

Finalmente, ubico algunas creencias que tienen cierta connotación moral a nivel personal o social donde considero fundamental hacer un ejercicio consciente sobre mi postura frente a estos temas para evitar un juicio de valor o que intervenga imponiendo una postura personal. Algunas de estas creencias son: El consumo de drogas, el divorcio, las relaciones de pareja con aparente compromiso, el acoso sexual, el uso de psicofármacos, la infidelidad, la actividad delictiva, las relaciones sadomasoquistas, entre otras.

### **Juan Pablo Brand Barajas (Enfoque psicoanalítico)**

Mi punto de partida es que todos tenemos creencias, para delimitar que entiendo por creencias, retomaré algunos planteamientos que hace sobre las mismas Ortega y Gasset en su texto "Ideas y Creencias":

1. Pertenecen al mismo género que las ideas.
2. Las creencias no se limitan al campo religioso, se extienden a todos los ámbitos humanos.



3. Las creencias no siempre se formulan expresamente.
4. Normalmente no llegamos a ellas como consecuencia de la actividad intelectual. Las creencias son las ideas que están en el ambiente, que pertenecen a la época o generación que nos ha tocado vivir. Las creencias no se pueden eliminar a partir de argumentos concretos, sólo se eliminan por otras creencias.
5. Identificamos la realidad con lo que nos ofrecen nuestras creencias.

Desde una perspectiva psicoanalítica considero que las creencias están en el campo de lo que Winnicott denominó “fenómenos transicionales”, ese espacio intermedio entre lo subjetivo y el entorno, al igual que el objeto transicional, las creencias nos dan seguridad, nos hacen sentir parte de algo y nos permiten enfrentar los sentimientos de soledad y exclusión. Esta función es posible siempre y cuando emanen del *verdadero self*, cuando tienen su origen en el *falso self*, regularmente las creencias se convierten en causa de angustia, persecución y coacción. Es cuando las podemos considerar sintomáticas y como tal las analizamos. Los terapeutas tenemos creencias y considero que es una responsabilidad de primer orden trabajar ampliamente sobre ellas, pues de otra manera podemos imponerlas a los pacientes como si fueran un objetivo a lograr. Si pueden ser compartidas o no con los pacientes, depende de muchos factores. Es inevitable transmitir las, desde como nos vestimos, hablamos, como escuchamos, el arreglo de nuestro consultorio, el diálogo con otras especialidades, en fin, transmitimos nuestras creencias por diferentes vías. Sin embargo, hacerlas explícitas sólo estaría justificado bajo condiciones muy específicas que se deben definir en cada caso.

### **Marla Naiví Toiber Rodríguez (Enfoque sistémico)**

Igual que sucede con la historia, no podemos separarnos de nuestras creencias y están con nosotros en el momento de trabajar en la práctica clínica. Por ejemplo, cuando trabajé con adolescentes en conflicto con la ley tenía ideas acerca de ellos, las cuales cambiaron en el trato con ellos. Tenía prejuicios acerca de adolescentes que delinquen y

después, al formar parte del sistema, éstos cambiaron y ahora son otras mis creencias de dicha población, pero sigo teniendo creencias al respecto.

En los primeros modelos de la terapia familiar sistémica, los cuales son el estructural, estratégico, breve del MRI (centrada en el problema) y el de Milán; el terapeuta mantiene una postura directiva, pues hay una jerarquía vertical en donde el terapeuta es el experto y conocedor. Pero sí contempla sus creencias y se usan como un recurso.

Cito una frase de Salvador Minuchin quien es el representante del modelo estructural: *El terapeuta trae consigo su propio código genético y su experiencia de vida, aporta un particular estilo de establecer contacto y un haz de teorías. La familia y el terapeuta se adaptan. Para la formación del sistema terapéutico el terapeuta tendrá que sacar a relucir aspectos de su personalidad que faciliten edificar un terreno compartido con los miembros de la familia, y activará de manera deliberada segmentos de sí-mismo congruentes con la familia.*

Minuchin y Nichols afirman que: *“los terapeutas siempre somos narradores; irreversiblemente nos guían nuestras propias experiencias cuando describimos a los demás. El observador, aunque sea imparcial, necesariamente escoge lo que le parece importante y da forma a lo observado de un modo que tiene sentido”.*

Por ejemplo, durante la maestría en terapia familiar, trabajamos en cámara de Gesell, donde a través de un espejo unidireccional el terapeuta estaba con la familia y del otro lado el equipo de terapeutas. La función del equipo, era que cuando el terapeuta hacía una intercesión, iba con el equipo y ellos le decían observaciones que por estar fuera del sistema observado, podían percibir. De esta manera podíamos identificar nuestras creencias.

### **Cintia Aguilar Delgadillo (Enfoque sistémico)**

*“La manera en que entiendes el mundo se refleja en el actuar”*, es así que desde la terapia familiar sistémica las creencias siempre están presentes, ya sea a través de la teoría o la historia de vida, pues no somos entes aislados.

El Modelo de Milán señala que el terapeuta tiene “*prejuicios*”, entendidos como ideas, fantasías, pensamientos y premisas, que sin duda impactan en las intervenciones del terapeuta, por lo que es importante conocerlos, no para borrarlos o imponerlos, sino para asumirlos, cuestionarlos y dudar de nuestra propia mirada y en algunos casos quizá compartirlos.

En mi formación como terapeuta familiar trabajé en cámara de Gesell, los compañeros y supervisores observaban la sesión, hacían comentarios y sugerencias del proceso terapéutico y la persona del terapeuta. En las primeras sesiones los comentarios que me hacían se relacionaban con el ser “muy respetuosa”, pues yo partía de la premisa de que interrumpir a los pacientes era irrespetuoso, motivo por el cual casi no intervenía, pero cuando se me cuestionó si lo que era respetuoso para mí sería lo mismo para las familias, cambió mi premisa. Esta situación refleja cómo las creencias del terapeuta impactan en el proceso terapéutico, aún cuando no se pretenda incluirlas, por ello la importancia de tenerlas presentes y cuestionarlas.

Del mismo modo las creencias y concepciones que tenemos ante ciertas temáticas podrían generar procesos iatrogénicos de no aclarar y asumir nuestras posturas. En mi experiencia en el trabajo con familias con discapacidad, recuerdo un caso en el que una terapeuta supervisó una situación que ocurría con los adolescentes con enfermedades crónico degenerativas. La terapeuta identificó que los adolescentes ya no querían acudir a tratamiento, pues parecía sus intervenciones no les ayudaba, es decir, no se iban a “curar” a pesar de esforzarse. Esta situación preocupaba a la terapeuta y buscó generar alternativas para trabajar dicha cuestión, sin embargo, no lograba cambiar la visión de los adolescentes. Al explorar las creencias de la terapeuta, parecía que había una premisa de “ayudar lo más que se pudiera” a los adolescentes mientras estaban en la institución, pues después de concluir su tratamiento y en su condición sería muy difícil progresar. Parecía existir una idea de “pobrecitos”, y a pesar de no expresar su premisa con los adolescentes, ésta limitaba su escucha ya que buscaba alternativas para motivarlos o generar soluciones, sin saber qué es lo que miraban, desde dónde lo estaban mirando y qué

necesitaban. Esto a su vez limitaba el trabajo personal de los chicos y el sentido de agencia de sí mismos. De esta manera, verbalizadas o no, tus creencias se reflejan en tu actuar.



### **Itzel Patricia Farías Malagón (Enfoque neuropsicológico)**

Esta pregunta nos daba mucho de qué hablar a mis compañeros a y mi cuando era estudiante de Psicología, recuerdo los debates en los que nos metía y la polarización de posturas. Estaban los que sostenían que nuestras emociones no debían intervenir en absoluto y los que pensaban que era inevitable que estuvieran por ahí mientras se daba terapia. También estaban los profesores que indicaban que al momento de entrar en el consultorio debíamos “guardar” nuestras emociones, el problema es que nunca nos dijeron en dónde.

En el inicio de mi práctica profesional pensaba de manera constante alrededor del tema de mis propias emociones, motivaciones y prejuicios. Conforme fui avanzando y teniendo mayor experiencia los integré como un aspecto que están siempre presentes y que debo usar en la comprensión de mis pacientes y mis intervenciones. Al momento de entrar a la terapia puedes despojarte de ciertas cosas como lo es tu abrigo, tu bolsa y otros artículos para irlos depositando en ciertos lugares, pero ¿y las creencias? ¿Dónde las guardas mientras das terapia? Van contigo y forman parte de tu trabajo, además pueden contribuir a un mejor desempeño si las sabes usar en beneficio del proceso terapéutico.

En mi caso, trabajo con niños y me es complicado no sentir mientras estoy con ellos, de hecho, me parecía de lo más extraño que algún terapeuta o profesional que esté con infantes no experimente sensaciones ni dé paso a sus creencias mientras está con ellos, en ese caso si sería adecuado preguntarse qué tan sano es el que no sienta nada.

Finalmente y conforme sumo experiencia, el tema de las creencias y emociones va restando relevancia, toda vez que nuestra práctica está sostenida por un marco teórico que da pauta a saber cómo actuar y agudiza nuestro “ojo” clínico, de tal manera que cada terapeuta está “armado” con todo un enfoque que le da una epistemología, un método, y diversas técnicas que son nuestras referencias claras para realizar un trabajo profesional y adecuado.

### **Héctor Rafael Velázquez Jurado (Enfoque cognitivo-conductual)**

Los pacientes son conductas, emociones y cogniciones, definitivamente los terapeutas también lo somos.

Las creencias están, pero es importante no mezclarlas en el proceso terapéutico, específicamente todo lo relacionado con valores, prejuicios, etcétera.

Saber distinguir el momento en el que mis creencias personales pueden interferir en un proceso terapéutico también es parte de ser un buen terapeuta, o sea, que si yo estoy evaluando a un paciente cuyas creencias nucleares me parecen en términos generales inadmisibles, lo más recomendable es que yo refiera a ese paciente con otro terapeuta.

En ese sentido, lo más importante es cuidar los propios sesgos, todas las personas en mayor o en menor grado los tenemos, un terapeuta puede sentir frustración cuando un paciente no mejora, cuando un paciente parece ser que no aprende nada y detrás de esa frustración no hay más que un terapeuta diciéndose y “yo debería de ser muy bueno”, insisto, reconocer los propios límites también es parte de ser un buen terapeuta.

