

Conductas de riesgo en la adolescencia: Un tratamiento desde la perspectiva narrativa y la construcción de la identidad

Anna Moya Gállego
Segundo curso Terapia Familiar Socioeducativa

INDICE:

- 1. Introducción**
- 2. Justificación**
- 3. Objetivos**
- 4. Marco teórico**
 - 4.1. Terapias Postmodernas**
 - 4.1.1. Constructivismo**
 - 4.1.2. Construccinismo**
 - 4.1.3. El papel del terapeuta**
 - 4.2. La identidad**
 - 4.2.1. Perspectiva constructivista**
 - 4.2.2. Perspectiva construccionista**
 - 4.3. Técnicas narrativas**
- 5. Terapias narrativas**
 - 5.1. Puntos en común**
 - 5.2. La terapia narrativa (M. White)**
 - 5.2.1. Contextualización**
 - 5.2.2. Conceptualización identidad**
 - 5.2.3. Técnicas narrativas**
 - 5.3. La terapia colaborativa (Goolishman, Andersen)**
 - 5.3.1. Contextualización**
 - 5.3.2. Conceptualización identidad**
 - 5.3.3. Técnicas narrativas**
- 6. Terapia estructural**
 - 6.1. Contextualización**
 - 6.2. El papel del terapeuta**
 - 6.3. Terapia con adolescentes**
 - 6.3.1. Identidad**
 - 6.3.2. Competencia social**
 - 6.3.3. Narcicismo adolescente**
 - 6.3.4. Separación**
 - 6.4 Dimensiones estructurales**
 - 6.4.1 Los límites**
 - 6.4.2. Alineamientos**
 - 6.4.3 El poder**
 - 6.5 Técnicas**
 - 6.5.1 Acomodación**
 - 6.5.2 Reestructuración**
- 7. Adolescencia**
 - 7.1. La identidad en la adolescencia**
 - 7.2. La familia adolescente**
 - 7.3. El grupo de iguales**
 - 7.4. Adolescentes con conductas de riesgo**
- 8. Intervención terapéutica en el trabajo con adolescentes y familias**
- 9. Aplicaciones terapéuticas en el trabajo des de les instituciones educativas**
- 10. Conclusión**

1. INTRODUCCIÓN:

El Trabajo que me planteo hacer a continuación es la voluntad de aplicar los conocimientos que me ha proporcionado la terapia familiar socioeducativa en mi práctica diaria como profesional.

Trabajo en una UEC, donde atiendo a diario adolescentes con un bajo nivel de autoestima y con un “etiquetaje” que, desde mi punto de vista, les limita y condiciona en el desarrollo en una etapa donde “deben consolidar su propia identidad e insertarse socialmente” (E.Carrasco B)

De las diferentes escuelas y técnicas que trabajan con adolescentes desde la perspectiva sistémica he elegido las técnicas narrativas por la influencia del constructivismo cognitivo que defiende el hecho que la identidad es un producto provisional generado por las interacciones entre las estructuras de conocimiento y el entorno (García Martínez)

Considero que la idea de identidad fluida y cambiante hace de la narrativa una técnica acertada para trabajar con adolescentes que tienen conductas de riesgo y que sufren un “etiquetaje” social. La opción de aumentar las posibilidades narrativas de la propia identidad, en una etapa donde uno de los objetivos vitales es definirse como individuo diferenciado del núcleo familiar pienso que es un elemento clave para vencer el cliché que tienen.

Un elemento importante en la elección del tema ha sido la observación de que hay una fuerte identificación de conductas de riesgo como elemento identitario de los jóvenes. En un entorno donde hay un alto porcentaje de población en riesgo de exclusión social y donde las conductas de riesgo son muy extendidas entre los jóvenes, nos encontramos que muchos adolescentes buscan relaciones extra familiares que les ayuden a entrar en una fase de diferenciación y de apropiación de elementos de identidad, las toman como elementos identitarios.

Con la intención de ampliar la mirada de los adolescentes hacia su propia identidad cuando esta se basa en conductas de riesgo me he propuesto realizar una investigación donde, tomando de referencia terapias basadas en la narrativa y cogiendo elementos de la terapia estructural quiero ver la posibilidad de incorporar ciertas técnicas en el trabajo del educador social en la UEC ; que permitan al adolescente y a su familia desetiquetarse y verse desde una mirada más amplia.

2. JUSTIFICACIÓN:

A lo largo de la definición y acotación del trabajo, lo que me ha resultado más difícil ha sido delimitar y acotar el tema de estudio.

Cuando me planteé realizar el trabajo basándome en la narrativa y centrándome en los adolescentes y familias con los que trabajo a diario, empecé a investigar y se me

iban abriendo interrogantes e iba descubriendo nuevas cuestiones en las que me gustaría ahondar.

Poco a poco fui definiendo el trabajo que quería hacer, centrándome sobre todo en la cuestión identitaria en la etapa de la adolescencia y las conductas de riesgo asociadas a este periodo.

La UEC donde trabajo está situada en la población del Prat de Llobregat. Tiene 12 plazas y los adolescentes que asisten tienen entre 14 y 16 años. La mayoría de alumnos provienen del barrio de San Cosme, barrio con una gran problemática social, un alto porcentaje de población en riesgo de exclusión social y una estigmatización. A menudo se identifica en la población un fuerte sentimiento de identidad colectiva.

Las conductas de riesgo son un punto en común en ellos, a menudo es un elemento que les hace sentir parte de un grupo, de un colectivo, que les identifica y les une

Las conductas de riesgo se clasifican en 4 grandes (Hein, 2000)

- Abuso de tóxicos
- Relaciones sexuales no protegidas
- Bajo rendimiento, fracaso o absentismo escolar
- Delincuencia, crimen o violencia

Es un hecho normal, durante la adolescencia, que los jóvenes experimenten con conductas de riesgo. Uno de los movimientos naturales para obtener la identidad y la diferenciación pasa por la necesidad de transgredir normas. El adolescente necesita tocar los límites para tantear sus capacidades.

Cuando la familia y/o la sociedad aceptan la transgresión de estas normas no se permite al joven reconocer las conquistas como elementos diferenciales de su persona y entonces necesita transgredirlas con más fuerza.

Es en este contexto, en un entorno altamente permisivo con las conductas de riesgo, donde se sitúan los adolescentes con los que trabajo.

En este marco nos encontramos habitualmente con una visión estigmatizada de la juventud en la que se identifica la adolescencia como un colectivo problemático.

Esto supone un reconocimiento peyorativo de las personas que atraviesan la etapa adolescente y facilita la construcción de una identidad negativa (Erickson, 1974).

Puesto que el adolescente necesita ser reconocido socialmente para elaborar la identidad a menudo nos encontramos que prefieren ser alguien temido y rechazado a no ser "nadie".

Las corrientes de la terapia sistémica proponen diferentes técnicas para abordar las conductas de riesgo en la etapa adolescente de manera que las relaciones puedan ser más funcionales.

La intención de esta investigación es recoger principalmente elementos de dos corrientes narrativas (la terapia narrativa y la colaborativa) y de la terapia estructural y

ver cómo podemos ayudarnos en nuestro trabajo diario para ampliar la mirada de estos jóvenes y sus familias hacia ellos mismos.

El hecho de haber escogido como técnica principal la narrativa es por el especial énfasis que pone a la cuestión identitaria entendiéndola como un proceso, como un constructo dialéctico fruto de la relación y la negociación.

Otro elemento que me hizo decantar por esta técnica fue la constatación de que, en cierta manera e inconscientemente ya se estaba realizando esta práctica.

Muchas veces, cuando llega un adolescente en la UEC, se le hacen preguntas para explorar el caso en voz propia.

No es raro que el chico se defina como un fracaso escolar, con conductas agresivas y violentas y que verbalice mala relación con el centro educativo

Cuando se le pregunta cuando se iniciaron estas conductas, el chico a menudo señala un momento concreto, y además, en la mayoría de los casos hay un motivo. (Empecé a perderme en clase, me sentía ignorado, en casa las cosas empezaron a ir mal...) Así pues, se constata, junto con el chico, que la definición que había hecho anteriormente no era un signo de identidad sino más bien, un hecho transitivo.

Si después de la entrevista se le hace la observación al chico que la definición que ha hecho del mismo no coincide con la observación, a menudo él está de acuerdo con el hecho que hay más definiciones que se le pueden atribuir.

A lo largo del curso se van incorporando adjetivos que el chico no creía propios y que poco a poco se va adjudicando.”

Otro elemento que se ha observado es que a menudo las familias manifiestan sentirse desbordadas por las conductas del adolescente y tienen narrativas muy saturadas por el problema, narrativas que refuerzan la identificación del adolescente con la conducta disruptiva.

“J.L. vino a hacer la entrevista con su tía que es quien tiene la tutela del chico. A lo largo de la entrevista J.L. estuvo callado y su tía nos contó la lista de “maldades”; no hace nada, siempre se mete en líos, esta todo el día en el parque, le gusta fumar porros, ya no sabemos que hacer...”

Llamaba la atención que ante una descripción de un adolescente altamente disruptivo nosotros observábamos un chico muy tranquilo y sumiso ante la tía. Él asentía a todo lo que ella decía. Le pregunté a J.L. si estaba de acuerdo con lo que su tía nos había contado y me dijo que sí.

Sorprendida apunté que a mí me parecía un chico muy educado y respetuoso, que aunque no lo conocía esa era la imagen que me daba. Invité a la tía a que me pudiera dar una lista de cosas “buenas” puesto que la presentación que me

había hecho me parecía un poco sesgada. La tía se sorprendió pero acto seguido empezó a decir que era un chico que había sufrido mucho con la muerte de sus padres pero que aun así seguía siendo un buen chico, nunca había faltado el respeto a un adulto, que en casa ayudaba cocinando, que ella consideraba que tenía unos buenos valores...

Le pregunté a J.L. si seguía estando de acuerdo con su tía y también asintió.

Así, acordamos con la familia que nos íbamos a centrar en todas las potencialidades de J.L puesto que nosotros no lo conocíamos y la imagen que teníamos era positiva, partiríamos de aquí. A los dos les pareció bien (con alguna advertencia de la tía...). "

Familias muy saturadas por el problema, con una definición del chico muy etiquetada, donde el hijo se presenta como el PIP son capaces, poco a poco de asignar otros adjetivos y capacidades a los chicos aumentando su autoestima familiar.

Es por eso que parecería interesante abordar las conductas de riesgo como un factor influenciado tanto por el contexto como por las relaciones interfamiliares. Pienso que las terapias narrativas por un lado y la estructural por otro nos pueden dar una visión y unas herramientas muy valiosas para abordar esta temática.

Desde la UEC no se realiza un trabajo terapéutico familiar, no se puede trabajar con la familia de manera sistematizada, pero sí que nos podemos aproximar a un modelo más sistémico para entender la realidad del adolescente.

Partiendo de la práctica descrita y observando que en cierta forma ya se estaba realizando, la voluntad de este trabajo es ver, si mediante las técnicas narrativas y estructurales se puede hacer una intervención con la familias en riesgo de exclusión social donde se presenta un PIP con conductas de riesgo que por el entorno donde vive, son vividas como conductas identitarias.

3. **OBJETIVOS:**

- ¿Se pueden trabajar las conductas de riesgo en los adolescentes desde una perspectiva identitaria mediante técnicas narrativas?
- ¿Se pueden incorporar técnicas narrativas en el trabajo diario de la UEC para trabajar con adolescentes?

- ¿Qué otras técnicas se pueden incorporar para trabajar con estos colectivos?
- ¿Se puede realizar un trabajo con las familias desde las instituciones educativas?

4. **MARCO TEÒRICO**

4.1 **Terapias posmodernas**

Para entender las técnicas narrativas y la perspectiva identitaria tenemos que entender el contexto en el que surgieron:

A finales del siglo XX surgieron nuevas maneras de pensar en la psicoterapia que cuestionaron muchos de los principios en los que se había basado esta disciplina a lo largo de la historia. Este cuestionamiento ha implicado el desarrollo de prácticas terapéuticas que se enmarcan dentro de los que se llama **teorías posmodernas**.

Las diferentes escuelas de la Terapia Familiar Sistémica se basaban básicamente en tres supuestos:

- La Teoría General de Sistemas (Von Bertalanffy)
- La Cibernética (Wiener, Bateson)
- La Teoría de la comunicación (Watzlawick, Beavin i Jackson)

Heinz Von Foester, hizo unas aportaciones en el campo de la cibernética que permitieron la evolución de este concepto dando lugar a la **cibernética de segundo orden** que explica la interacción del observador con aquello observado, entendiendo que el observador y lo observado no pueden ser entendidos por separado.

En terapia, la cibernética de segundo orden no solo tiene en cuenta cómo funciona internamente el sistema familiar sino que tiene en cuenta su interacción con el exterior, en especial con el terapeuta que al interactuar con la familia acaba formando parte del sistema familiar: y por tanto dando lugar al espacio terapéutico formado por la familia y los terapeutas.

La evolución de estos conceptos, las influencias entre las diferentes escuelas de Terapia Familiar y la revisión de los modelos clásicos supondrá un giro interpretativo que dará lugar a las terapias posmodernas.

Las terapias posmodernas se diferencian de la perspectiva moderna en ciertos aspectos:

El **conocimiento**, desde la **perspectiva moderna**, es vista como una **realidad separada del observador**, susceptible de ser conocida de manera objetiva. El conocimiento es visto como un espejo de la realidad y la función del lenguaje es representar el mundo tal como es. La **perspectiva posmoderna** difiere de esta postura puesto que considera que el **conocimiento** está **construido socialmente a través del lenguaje**.

El lenguaje ocupa un lugar central en la crítica posmoderna. Esta propone que el lenguaje más que representar la realidad, la constituye. Considera que las palabras que utilizamos no reflejan lo que pensamos o sentimos sino que dan forma a nuestras ideas y al significado de nuestras experiencias.

En las **terapias modernas el terapeuta es un observador objetivo de sus clientes**.

A menudo se observa una analogía con el modelo médico, el terapeuta tiene un conocimiento experto sobre la naturaleza humana o en las dificultades del cliente. Éste conocimiento privilegiado con frecuencia se traduce en una jerarquía donde el terapeuta sabe más que el paciente, sabe lo que está pasando y tiene ideas sobre cómo deben ser las personas y las relaciones humanas sanas.

El **lenguaje es de déficit** y la terapia a menudo es vista como una tecnología para componer personas defectuosas.

En las **terapias posmodernas los terapeutas creen en una realidad construida socialmente**, enfatizan en la naturaleza reflexiva de la relación terapéutica en la que el cliente y el terapeuta co-construyen significados mediante el diálogo y la conversación, co-construyen los objetivos y negocian la dirección de la terapia, situando al paciente como experto de su vida. **Se evita usar vocabulario de déficit y disfunción**, reemplazando el lenguaje patológico por el cotidiano.

La crítica posmoderna ha tenido un fuerte impacto en las disciplinas sociales, en la psicología y en la psicoterapia. Ha invitado a reconsiderar muchas premisas tradicionales sobre la naturaleza de las personas, de los problemas y de las relaciones terapéuticas.

Las terapias posmodernas dan lugar a diferentes escuelas y corrientes, dos movimientos muy importantes para comprender las escuelas que han ido surgiendo son el construccionismo como el constructivismo.

Tanto el **construccionismo** como el **constructivismo** parten de una misma premisa y es que no se puede conocer el mundo como una realidad objetiva. Los dos plantean teorías al respecto que tienen importantes diferencias.

4.1.1 Constructivismo

El **constructivismo** entiende que el conocimiento es una representación mental y que es construido activamente por el sujeto. La cognición no es el descubrimiento de una realidad subjetiva sino que tiene la función adaptativa de organizar el mundo experiencial del sujeto.

Esta concepción sitúa a los sujetos como responsables de sus pensamientos, conocimientos y acciones.

El constructivismo tiene presente el papel que asumen los procesos interpersonales y sociales en los procesos de conocimiento pero enfatiza la manera en que los individuos otorgan un significado personal a las experiencias en curso.

De acuerdo con esta perspectiva, el nivel donde el significado es actualizado, es individual, respondiendo a patrones relativamente estables y coherentes de referencia de las experiencias cotidianas (Guidiano, 1998)

La perspectiva constructivista supone la visión de procesos de significado organizados de manera centralizada y que estarían atados al mantenimiento de la coherencia del sistema de conocimiento individual

Es a partir de estas reflexiones que se aplica el constructivismo a la teoría familiar: la realidad no existe como verdad absoluta a la que se acercan los individuos que intentan descubrirla, sino que ésta es construida por cada uno de nosotros en nuestro contexto social.

Los autores exponentes de este movimiento son Heinz Von Foerster (cibernética de segundo orden), Humberto Maturana y Francisco Varela (autopoiesis: propiedad de los sistemas de crear y mantener la propia organización)

4.1.2. Construccinismo

El **construccinismo**, por su parte, considera que el conocimiento, que la percepción de la realidad, se construye socialmente mediante el lenguaje. Por lo tanto, se opone a la idea constructivista de que el conocimiento es una representación mental.

El conocimiento está marcado por la historia, el contexto social y por la cultura y los conceptos son definidos por el uso social que se hace de ellos. El proceso de comprensión y significado que se tiene de los conceptos es fruto de la relación y el intercambio con los otros.

El construccinismo plantea que todos los tipos de conocimientos pueden ser vistos como versiones consensuadas de la realidad, producto de la interacción y la negociación interpersonal, donde el significado no sería un producto de la mente sino que sería creado y solo sería posible en el contexto del discurso que lo sustenta (Gergen, 1985). Se plantea que el nivel donde el significado es generado y actualizado es externo al individuo, perteneciente a la dimensión interpersonal-social.

Esta percepción genera que en la psicoterapia construccinista las problemáticas del sujeto sean referidas de manera externa al individuo y explicadas como producto de una dinámica dolorosa entre la narrativa que define al individuo y el discurso más general en el que se desarrolla

El autor exponente de este movimiento es Kenneth J. Gergen.

4.2 El concepto de identidad en las corrientes posmodernas:

4.2.1 La perspectiva constructivista:

El concepto **self** se entiende como una construcción arraigada en les relaciones interpersonales y se puede entender como un doble procesos fenomenológico. Por un lado estarían los procesos de individuación (verse y sentirse separado del mundo, sentirse único y diferente) y por otro los de mantenimiento de un sentido de

continuidad, sentirse uno mismo a través del tiempo y mantener constancia con el mundo construido (Guidiano, 1994, 95,97, 98)

En términos narrativos la construcción del self supone la secuenciación analógica de eventos significativos para el sujeto a través de la conexión de experiencias de intensidad similar y tonalidad afectiva (Guidiano, 1994). La capacidad imaginativa y evocativa, los procesos de memoria y otros procesos lingüísticos permiten combinar y recombinar experiencias de tal manera que la narrativa del self no depende de la experiencia inmediata. El self se puede mantener aun habiendo experiencias discrepantes gracias a que estas pueden ser evocadas y re experimentadas modificando los elementos que resultan críticos para la persona.

4.2.2 Construccinismo:

En el construccionismo el **self** es entendido como una construcción en el diálogo (Fishbane, 2001), un producto del diálogo entre el individuo, el mismo y los otros.

Según Kenneth Gergen no existe un self que pueda ser medido o experimentado por los otros sino que este es fruto del dialogo entre los individuos y las instituciones que crean. Gergen denomina este concepto de self como “self relacional”: una intersección donde los limites van más allá de la corporeidad del individuo. Dado el carácter dialectico del self, este se encuentra narrativamente fraccionado, es decir, compuesto por múltiples voces, muchas contradictorias, que si bien no tiene una integración centralizada sí que se encuentran ordenadas (Hermans, 1996; Hermans, Rijks y Kempen, 1993; Lysaker y Lysaker, 2001). La autoconsciencia es un producto de estas voces complementarias, competitivas y contradictorias (Lysaker y Lysaker, 2001).

4.3 Las técnicas narrativas:

La narrativa es un género literario, una manera de escribir o explicar una historia que se caracteriza por ordenar temporalmente una serie de eventos significativos para el narrador. Des del punto de vista literario es posible distinguir algunos aspectos que permiten entender su adopción como modelo de trabajo psicoterapéutico:

- Coherencia: Una historia narrada se articula sobre sí misma, formando una trama organizada que permite mantener el sentido de la historia aunque

algunos elementos se cambien o se supriman. Son importantes las relaciones que se establecen entre elementos constituyentes.

- Cualidad evocativa: Más que la nitidez o la veracidad de la historia, son importantes los tipos de experiencias que se generen en el lector, la manera que evoca o administra emociones.
- Construcción y reconstrucción personal: A pesar de estar basada en eventos secuenciados, narrador y lector escogen que se omite, que se enfatiza i que se disminuye, otorgando siempre a la construcción un elemento absolutamente personal i siempre abierto a posibles lecturas posteriores, con significados diferentes.

Se pueden identificar ciertos aspectos que explican la emergencia de la narrativa como modelo de trabajo psicoterapéutico a nivel clínico. A partir de la década de los 80, diferentes escuelas se acercaron a modelos de reflexión sobre el significado, los procesos de simbolización y lenguaje, y la relación entre estos aspectos y los cambios clínicos. La narrativa nos da un nexo entre las teorías y el significado emergente de estas corrientes y las técnicas psicoterapeutas que exponían la necesidad de modelos para trabajar con las emociones en psicoterapia.

5. TERAPIAS NARRATIVAS

En la realización de esta investigación he elegido dos terapias consideradas narrativas y que se inspiran en el pensamiento posmoderno. Estas son la Terapia narrativa y la Terapia colaborativa. Estos enfoques comparten algunas premisas. Así mismo, coinciden el proceso y el papel del terapeuta. Ambas critican la noción de una realidad objetiva, una definición representacionista del lenguaje y la idea de un self autónomo y observable (Anderson, 2003b).

La terapia se entiende como un espacio público. Esto implica que el terapeuta se ubica en una posición de responsabilidad abierta, en la que da cuenta de los sesgos que informan su trabajo y acciones. Por otro lado se cuestiona el papel de la psicoterapia en la reproducción de la cultura dominante y los efectos opresivos que puede tener. Ante esto propone descentralizar la figura del terapeuta. La terapia se entiende como un espacio para fomentar el sentido de comunidad y dar voz a los saberes de la red social del paciente (Hoffman, 2002). Si bien las ideas anteriores son en mayor o menor grado compartidas, cada enfoque hace traducciones diferentes.

Estos modelos entienden la terapia como un proceso conversacional en el que los clientes y los terapeutas co-construyen nuevos significados, historias alternativas, posibilidades y soluciones.

5.1. Puntos en común:

La terapia narrativa y la terapia colaborativa tienen diferentes maneras de hacer y entender pero comparten ciertos conceptos básicos y una postura o forma de relacionarse con los pacientes:

Inspiración interdisciplinaria. Muchos de los fundamentos teóricos de estas terapias están inspirados por las ideas que provienen de disciplinas distintas de la psicología. Se basan en las ideas de filósofos, antropólogos, historiadores, lingüistas y críticos literarios. Entre ellos Gregory Bateson, Peter Berger y Thomas Luckman, Clifford Geertz, Victor Turner, Ludwig Wittgenstein, Hans-Georg Gadamer, Jacques Derrida, Paul Ricoeur, Michel Foucault, Jean-Francois Lyotard, John Shotter, Walter Truett Anderson y Richard Rorty. Dentro de la psicología han sido especialmente importantes las ideas de Kenneth Gergen, L.S. Vigotsky, Jerome Bruner y William James, entre otros.

Una visión social/interpersonal del conocimiento y la identidad. Aunque la Terapia Colaborativa se identifica como «socio-construccionistas» (Anderson, 1997; De Jong y Kim Berg, 2000) y la Terapia Narrativa se ubica más en la tradición posestructuralista (aunque comparte muchas ideas socio construccionistas) tanto la Terapia Narrativa como la Colaborativa coinciden en que la experiencia de la realidad o el significado que le damos a nuestras vivencias se construye a través de interacciones con otras personas y que no dependen sólo de cuestiones individuales. Estos enfoques terapéuticos le dan mucha importancia a los factores sociales que posibilitan y/o limitan nuestras formas de entender lo que experimentamos. Un mismo evento puede ser vivido de diferentes maneras en distintos contextos culturales, relacionales y lingüísticos.

Atención al contexto. Ambas terapias entienden el individuo en un contexto, bien sea el cultural, el de sus interacciones con otras personas o en el de los sistemas conversacionales en los que participa.

El lenguaje como eje central de la terapia. Anderson (2006) dice que el lenguaje, hablado o no, es el vehículo principal a través del cual le damos sentido a nuestro mundo. El interés por el lenguaje es compartido por ambas. Desde esta perspectiva, la terapia es vista como un proceso conversacional y se piensa que el diálogo y la conversación son generadores de significados. La forma en la que pensamos y hablamos de nuestros problemas o dificultades puede contribuir a que nos hundamos más en ellos o podamos contemplar nuevas formas de verlos, de solucionarlos o transformarlos.

La terapia como colaboración o «sociedad». El proceso terapéutico se entiende como una co-construcción entre cliente y terapeuta. Los clientes y los terapeutas son compañeros o socios en la conversación, la construcción de soluciones o el desarrollo de nuevas historias e identidades.

La multiplicidad de perspectivas o «voces». Una idea recurrente dentro de la crítica posmoderna es que existen muchas «voces» o realidades humanas. Truett Anderson (1990) señala que la gente puede tener no sólo distintas opiniones políticas o creencias religiosas, sino ideas muy diferentes sobre asuntos «básicos», como la identidad personal. Estas terapias consideran que la multiplicidad de perspectivas o descripciones es un importante recurso en la terapia.

Valorar el «conocimiento local». Una parte importante de las propuestas posmodernas y posestructuralistas tiene que ver con el cuestionamiento de los «discursos universalizadores», es decir, las explicaciones que pretenden ser aplicables a todos los seres humanos. Las terapias narrativas se centran en la visión del cliente y las nuevas ideas que se van generando en las conversaciones terapéuticas. Los terapeutas adoptan una postura de curiosidad y promueven una relación de respeto y colaboración puesto que quieren aprovechar el conocimiento que los clientes tienen de sus vidas, sus historias y sus posibles soluciones.

El cliente como estrella. Otro punto de convergencia es que el cliente debe ser el centro del proceso terapéutico. Él es el experto en su propia vida y se parte de la definición que él tiene de su problema. Será el cliente quien definirá el objetivo de la terapia y cuando este se haya alcanzado.

Ser «públicos» o «transparentes». Los terapeutas no deben ser observadores objetivos de los clientes. Todas las personas, incluidos los terapeutas, entienden las cosas desde alguna perspectiva. Es importante que el terapeuta haga todo lo posible por estar libre de prejuicios en sus encuentros con sus clientes; pero como no es posible no tener valores personales, opiniones o preferencias, es importante que el terapeuta sea abierto respecto a éstos cuando son relevantes para la terapia.

Interés por lo que sí funciona. Una de las características que distingue a estos abordajes terapéuticos de las terapias tradicionales es su énfasis en lo que va bien en la vida de las personas y en lo que éstas consideran importante y valioso. Al centrarse en las excepciones a los problemas, en las historias alternativas o en los recursos y la creatividad de los clientes, estas terapias «ponen el foco» en lugares poco explorados por muchos abordajes terapéuticos.

La agencia personal. Esta idea se refiere a la posibilidad de tomar e implementar decisiones que nos acerquen a lo que queremos lograr en la vida, a lo que preferiríamos hacer y cómo nos gustaría ser. White y Epston (White y Epston, 1989) con frecuencia usan la metáfora de «Ir en el asiento del conductor de la propia vida».

Flexibilidad en la duración de la terapia: La duración del tratamiento varía en las terapias posmodernas. Generalmente el cliente decide si y cuándo quiere volver a ver al terapeuta y quién sería deseable que asistiera a la siguiente sesión (pueden invitar, por ejemplo, al cónyuge o a otros miembros de la familia). En algunos casos, la Terapia

Narrativa y la Terapia Colaborativa pueden ser largas, los clientes pueden ver al terapeuta esporádicamente durante años si ellos así lo desean.

Aunque comparten una postura y un conjunto de ideas teóricas, las terapias posmodernas/posestructuralistas se pueden diferenciar claramente en sus prácticas, en el «cómo» implementan estas ideas. Cada una tiene su propio «saber», sus estilos de entrevista son diferentes y enfatizan aspectos distintos del proceso terapéutico.

5.2. La terapia narrativa (M. White)

5.2.1. Contextualización

La Terapia Narrativa fue creada por Michael White, trabajador social australiano, y David Epston, antropólogo de origen canadiense residente en Nueva Zelanda en los años 80. Tiene influencias socio constructivistas aunque White se define más como posestructuralista.

En muchos lugares aparece la definición de terapia narrativa como un enfoque respetuoso y no culpabilizador que sitúa a las personas como expertas de sus propias vidas (Morgan, 2004). Esto conlleva un cambio de conceptualización con respecto a quién busca ayuda. No se le llama paciente, ni se le llama cliente sino que se le denomina “coautor” del proceso de terapia (White, 2004).

White y Epston (1989) creen que la gente se enfrenta a dificultades cuando vive con «historias dominantes» que están «saturadas de problemas». Estas historias dominantes son restrictivas, no abarcan partes importantes de la experiencia de las personas y/o las llevan a llegar a conclusiones negativas sobre su identidad. Estos autores, influidos por las ideas de Michel Foucault le ponen especial atención a los «discursos dominantes y el ejercicio del poder en la sociedad. Proponen que éstos tienen un impacto en las historias que las personas crean sobre sí mismas y que es importante «deconstruirlos». Morgan define la deconstrucción en la Terapia Narrativa como el «desarmar» o revisar cuidadosamente las creencias y prácticas de la cultura que están fortaleciendo al problema y a la historia dominante (Morgan, 2000).

5.2.2. Conceptualización identidad

Según la terapia narrativa el relato del yo es una narrativa en primera persona que define la identidad de un individuo en base a sus recuerdos y percepciones de su vida actual, los papeles que juega en varios grupos e Instituciones y sus relaciones sociales.

La terapia narrativa sostiene que la identidad se forma principalmente por las narrativas o historias de identidad, ya sean personales o culturales.

Cuando nos describimos definimos nuestra identidad y actuamos en consecuencia

La persona cuenta con frecuencia estos relatos del yo a los demás; e incluso a sí misma, en su fragmentario "monólogo interno". Los temas dominantes predominan y perduran en la narrativa personal proyectando en un futuro supuesto aunque también pueden orientar el relato en dirección a un futuro preferido

Así, los problemas que saturan nuestra historia ganan dominio y solo actuamos y percibimos bajo esta narrativa. Las historias o narrativas alternativas se encuentran en discursos marginados, discursos que existen pero no narramos. Estas identidades marginadas son descalificadas e invisibilizadas por los discursos que han ganado protagonismo. Por otra parte, los binarios como: saludables/no saludables; normal/anormal; y funcional/disfuncional ignoran las complejidades de las experiencias vividas de la gente, así como los significados personales y culturales que pueden adscribirse a sus experiencias en su contexto.

La terapia narrativa se centra en lo atípico: esto es, en lo que la persona ve como atípico. Se mueve a examinar lo atípico minuciosamente: porque por medio de lo poco común, las personas pueden escapar de las historias que determinan sus percepciones y, por ende, sus vidas. Cuando las descripciones estereotipadas de la experiencia son reexaminadas en busca de nuevos detalles, devienen menos influyentes, seguras y estables. La T.N. fomenta la emergencia de narrativas ricas.

La madurez del "yo" no depende tanto de que se sostenga en una gran identidad como de la existencia de una narrativa rica y extensa.

Cuando se hipertrofia la identidad se resta espacio narrativo invadiendo y rigidificando la relación. Lo ideal será una identidad reducida pero solida compuesta por pocos ítems coherentemente interconectados dejando un amplio espacio a una narrativa extensa y variada, diversificada y flexible.

La identidad es un soporte a la narrativa que sirve de anclaje y cimientos. Es el espacio donde el individuo se reconoce a sí mismo y es muy resistente al cambio. No obstante, puede ser muy negociable.

En una persona, como más grande es la patología más implicada esta la identidad y más pobre es la narrativa. Las narraciones excesivamente invadidas de identidad son un factor que predispone a la disfuncionalidad.

5.2.3. Técnicas

a) Descripción saturada del problema

Se invita a la familia a exponer el problema, en un principio hay una descripción saturada del problema es decir que el relato dominante omite aspectos vividos y ofrece una visión donde solo hay dolor y sufrimiento. El terapeuta toma como verdadera esta

narración aunque la asume como una parte de la historia y poco a poco irá preguntando para extender este relato.

b) Definición del problema que se debe externalizar

El terapeuta invita a la familia a nombrar el problema. Se le pone un nombre provisional que salga de la experiencia del paciente y que sea compartido entre todos los miembros. Más adelante podrá ser modificado con las preguntas de influencia relativa.

c) Externalización del problema

Mediante la externalización las personas pueden cosificar los problemas que las oprimen, se pueden distanciar y entender como un producto de las circunstancias no como algo intrínseco a sus ser. Las personas toman los problemas como verdades sobre su carácter. Mediante la externalización la familia puede apartarse de las descripciones de los relatos saturados por el problema, generar relatos alternativos más funcionales, combatir la sensación de fracaso que se tiene frente al problema, disminuir los conflictos entorno quien tiene la responsabilidad del problema y permitir cooperación de la familia en la lucha común frente el problema.

La idea es que la persona no es el problema, el problema es el problema,

Mediante las conversaciones externalizadoras con el terapeuta las personas consiguen relatar cómo el problema está afectando a sus vidas y sus relaciones, así pueden vencer la idea de que el problema reside dentro de ellos (conversación internalizadora)

No se pueden externalizar acciones perjudiciales o abusivas o situaciones que no se pueden controlar pero si las actitudes y creencias.

d) Preguntas de influencia relativa

Son preguntas para externalizar los problemas.

Pueden ser para describir la influencia que el problema ha tenido y tiene en la vida de la persona y sus relaciones (permiten identificar la esfera de influencia del problema y ayuda a las personas a separarse de él) y para describir la influencia que la persona y sus relaciones tienen y han tenido en la vida del problema (generan información que contradice la descripción saturada del problema y ayudan a identificar las competencias y recursos frente el problema)

e) Deconstrucción

Es una práctica terapéutica que permite fragmentar aspectos diversos para reformular el relato, deconstruir las verdades del relato dominante, tomar conciencia de las formas de poder y criticar los saberes expertos.

f) Identificación de acontecimientos extraordinarios

Identificar los aspectos de la experiencia que contradigan la narración dominante y permitan generar narraciones alternativas.

g) Posicionamiento desde la responsabilidad

Se entiende la responsabilidad desde el terapeuta que no debe establecer ideas o verdades y la de las personas que acuden a terapia que debe empezar a considerar el nuevo relato enriquecido y dejar el relato saturado por el problema.

h) Uso de documentos terapéuticos

El terapeuta puede utilizar documentos escritos propios o creados por la persona. Los documentos pueden ser cartas, declaraciones, certificados y ayudan ya que permanecen en el tiempo y causan un impacto a quien los recibe.

Estos permiten organizar las secuencias favoreciendo la percepción de los cambios, favorecen la representación de significados y posibilitan el registro de la información con el paso del tiempo

i) Enriquecer el relato: narrar y re-narrar

Se trata de enriquecer el nuevo relato que ha surgido para que este se engrose.

j) Uso de testigos externos

El público externo puede contribuir a la escritura de nuevos relatos para que la persona pueda revisar o extender el nuevo relato.

Así la persona puede hacer partícipe a las personas más significativas de su nuevo relato y así reforzarlo.

k) El equipo de reflexión

El equipo de reflexión es introducido en la sesión para evitar que el terapeuta otorgue significados inadecuados a indicios de acontecimientos inesperados. Además las personas pueden ampliar su visión contrarrestando las diferentes hipótesis.

5.3. La terapia colaborativa (Goolishman, Andersen)

5.3.1. Contextualización

Este abordaje terapéutico tiene su origen en los años 70 en Galveston, Texas (EUA) con un equipo interdisciplinario dirigido por el Dr. Harry Goolishian que trabajaba de manera intensiva con adolescentes en crisis, sus familias y otros profesionales involucrados en el caso. En esa época estaban muy interesados en las ideas del grupo del M.R.I. en Palo Alto, particularmente por la importancia que éste le daba al lenguaje y a que los terapeutas hablaran el lenguaje de los clientes (Anderson, 2000) Anderson narra que originalmente el equipo de Galveston quería entender el lenguaje de los clientes para poder diseñar mejores estrategias terapéuticas, pero que se enfrascaban tanto en lo que los clientes les contaban que se les olvidaba planear una intervención. Con el tiempo se dieron cuenta de que la conversación misma tenía un impacto en los clientes. De ahí surgió una forma de trabajar que concibe a la terapia ante todo como un proceso conversacional y dialógico.

5.3.2. Conceptualización identidad

Goolishman define el self como narrador, como proceso humano de producción de significado por medio de la acción del lenguaje. Esta concepción narrativa se funda en gran medida en la observación de que la actividad humana se lleva a cabo de manera

más inexorable es la del lenguaje y en el lenguaje crear significados significa narrar. Según la perspectiva posmoderna el self puede considerarse una expresión de esta capacidad para el lenguaje y la narración. De esta manera podemos decir que siempre hemos comprendido qué somos y quiénes somos a partir de las narraciones que nos relatamos mutuamente.

Somos coautores de una narración en permanente cambio que se transforma en nuestro sí mismo, en nuestra mismidad. Y como coautores de estas narraciones de identidad hemos estado inmersos desde siempre en la historia de nuestro pasado y en los múltiples contextos de nuestras construcciones narrativas. Se debe construir un relato que posea coherencia interna y externa, que sea vivible y que guarde coherencia con el sentimiento de mismidad.

El self es aprendido y está siempre en desarrollo. Es una expresión cambiante de nuestra narración, una manera de contar la propia individualidad.

El desafío terapéutico está en ayudar a los pacientes a re-contar sus vidas de manera que les permita una comprensión de sus orígenes y del significado de sus actuales dificultades tal que el cambio se torne narrativamente concebible, alcanzable y creíble. El sí mismo no es una entidad estable y duradera, sino una autobiografía que escribimos y reescribimos en forma constante, al participar en las prácticas sociales que describimos en nuestras cambiantes narraciones.

Así pues el problema de la "identidad" es el mantener la coherencia y continuidad de las historias que relatamos sobre nosotros mismos, o al menos el problema de construir narrativas que otorguen sentido a la falta de coherencia respecto de nosotros mismos.

Nuestras narraciones de identidad se convierten en un problema de continuidad y de seguir haciendo aquello que siempre decimos y nos decimos que somos, que hemos sido y seremos.

El sí mismo deviene la persona que nuestros relatos requieren.

El self no es una acumulación de experiencias ni una expresión de nuestras características sino que es una expresión, un ser y un devenir a través del lenguaje y la narración.

5.3.3. Técnicas

La terapia colaborativa no tiene una serie de técnicas específicas o ciertos pasos a seguir. Harlen Anderson (1997, 2003) enfatiza que se trata más bien de una filosofía o postura respecto a la gente, a las personas que nos consultan y cómo nos relacionamos con ellos. Postula que esta postura filosófica se manifiesta en una actitud que le comunica al otro que vale la pena escuchar lo que tiene que decir, que lo vemos como un ser humano único y no lo categorizamos como miembro de cierto grupo o tipo de personas. Si un terapeuta cree esto, se conectará de forma auténtica con el otro y podrá colaborar y construir con él en un proceso terapéutico participativo, colaborativo y poco jerárquico.

La postura colaborativa es descrita por Anderson en términos de un conjunto de conceptos interconectados: las sociedades conversacionales, la investigación compartida/mutua, el cliente como experto, el «no saber», el ser público, la incertidumbre y la terapia como parte de la vida cotidiana (Anderson, 2003). A continuación se describen brevemente estas ideas y cómo se traducen a la práctica terapéutica.

Sociedades conversacionales. El terapeuta colaborativo y sus clientes se convierten en «socios» o compañeros conversacionales al establecer relaciones de colaboración y participación en conversaciones dialógicas. Para lograr esto es necesario que el foco de atención sea lo que el cliente tiene que decir y que el terapeuta constantemente escuche, aprenda y trate de entender al cliente desde la perspectiva y el lenguaje de éste (Anderson, 2003).

La terapia como investigación. Hay un interés por el «conocimiento local», es decir por lo que el cliente sabe sobre su experiencia y su situación, más que por una teoría general que la explique.

El terapeuta y el cliente generan conocimientos a través de una investigación compartida en la que exploran juntos lo familiar y co-crean lo novedoso. Una parte muy importante de este proceso es que el cliente cuenta su historia y al hacerlo en este contexto de co-investigación, la clarifica, amplía y transforma (Anderson, 2003). El cliente es el experto.

La postura de «no saber». La idea del cliente como experto/maestro se relaciona con una de las propuestas que han generado más controversia respecto a la terapia colaborativa: que el terapeuta debe trabajar desde una postura de «no saber».

Esto no quiere decir que el terapeuta no sepa nada o no haga nada, que sea una pantalla en blanco o que no ofrezca opiniones. El «no saber», según Anderson, se refiere a la actitud y la creencia de que el terapeuta no tiene acceso a información privilegiada, nunca puede entender totalmente a otra persona y siempre tiene que aprender más sobre lo que se ha dicho o no se ha dicho...El terapeuta debe ser humilde respecto lo que sabe, debe escuchar respetuosamente y de manera activa demostrando al cliente que merece ser oído.

El terapeuta debe situar al cliente en el centro de la terapia, él será el que dirija sobre la historia que quiere contar y como quiere hacerlo.

El terapeuta no es experto en la historia del cliente pero si en los procesos conversacionales, este debe asumir la responsabilidad de crear un espacio que invite

al dialogo, a la exploración conjunta y a la colaboración a definir i disolver los problemas.

Una parte del no-saber tiene que ver con la incertidumbre. Desde esta postura no sabemos dónde nos va a llevar la conversación puesto que el lenguaje es generador. En la conversación surgen ideas que antes no se tenían. El terapeuta no provoca un cambio en el cliente, sino que ambos se van transformando a través de su interacción.

Ser «público» como terapeuta. Esto significa estar dispuesto a compartir la conversación interna en vez de mantenerla oculta. Estas ideas se comparten con la intención de participar en la conversación, no para dirigirla. Al poner estas ideas en voz alta se evita que estas sesguen la conversación puesto que al no hacerlo influiría en como el terapeuta hace las preguntas.

La terapia como vida cotidiana. Por último, Anderson enfatiza que todos somos parte de muchos sistemas conversacionales y que la terapia es sólo uno de ellos. Lo que sucede en la terapia es muy similar a lo que pasa en nuestra vida cotidiana, en el sentido de que se utiliza un lenguaje coloquial, no «profesional» o técnico.

La tarea central del terapeuta en el proceso conversacional llamado terapia consiste en encontrar la pregunta para la que encontrar la experiencia y la narración representara la respuesta. Así, nos alejamos de las metodologías tradicionales.

El proceso local y continuo de preguntas y respuestas y la particular comprensión se convierten en una posibilidad.

Cuando comprendemos las preguntas que plantea la historia del consultante, planteamos nuevas preguntas y así, una nueva historia. Esta narración terapéutica nunca podría darse fuera del dialogo que se establece en el momento concreto y por eso se debe tomar una posición del no saber.

6. TERAPIA ESTRUCTURAL

6.1. Contextualización

Minuchin (1979) define la estructura familiar como “el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan las interacciones entre los miembros de la familia”. Es a través de estas pautas de interacción que tendremos la información sobre cómo está estructurada la familia.

La terapia estructural se fija más en las pautas de transacción de la familia que en el síntoma entendiendo este como una respuesta de defensa.

Fischman defiende que la terapia familiar es la intervención terapéutica más eficaz para trabajar con adolescentes problemáticos puesto que es el enfoque que tendrá en cuenta el elemento contextual más importante para el joven; la familia.

Des de esta perspectiva no solo el adolescente con sus conductas afecta a la familia sino que de todos los cambios que sobrevienen en los sistemas sociales de los que participa el adolescente los que se producen en la familia son los que más afectan al

joven. Los adolescentes son afectados por el sistema familiar y a su vez afectan al contexto del que forman parte.

Según la terapia estructural la existencia de un adolescente con problemas es un indicio de que hay problemas en el sistema.

El terapeuta sistémico tendrá en cuenta las relaciones como un fenómeno circular, como una retroalimentación. Además considerará el concepto del si-mismo (self) multifacético (C. Fishman, 1990).

Este modelo trabaja con adolescentes y entre los elementos más efectivos en este tipo de terapias se encuentran la rapidez en la mejoría, que se incluyen a las personas significativas para el adolescente y que respeta activamente a los miembros de la familia.

6.2. Papel del terapeuta

El papel del terapeuta en la terapia estructural es el de intervenir para determinar los problemas y ayudar a crear una realidad más funcional para la familia.

El terapeuta debe identificar el problema terapéutico específico y persuadir a la familia que acepte la realidad diferente y presuntamente más funcional para poder llegar a una solución.

El terapeuta se sirve de instrumentos de evaluación para comprender la organización familiar y sus puntos fuertes y débiles.

Mediante estos instrumentos el terapeuta podrá especificar los objetivos y las estrategias terapéuticas.

Terapia con adolescentes

6.2.1. Identidad

Esta perspectiva entiende la identidad como un proceso donde no solo el adolescente lucha por encontrarla sino que toda la familia se enfrenta a cambios y búsquedas constantes.

Según la terapia familiar estructural se entiende que el proceso de búsqueda de identidad del adolescente no pasa por romper la relación padres-hijo sino en renegociar el vínculo. Desde terapia se promueve un gradual cambio “desde la autoridad asimétrica de la niñez temprana y la edad escolar hacia, potencialmente, una reciprocidad en un nivel de pares en la edad adulta” (Grotevant y Cooper, 1985). Los motivos que pueden generar crisis de identidad pueden ser muchos, falta de roles para que el joven tome de modelo, falta de atención en el seno familiar que hacen que el joven se sienta inconfirmado...Delante de esto el terapeuta debe crear un contexto familiar que permita al adolescente el paso a la vida adulta.

6.2.2. Competencia social

El desarrollo de la competencia social es otra de las tareas esenciales en la adolescencia. Steven Brion-Meisels y Robert Selman (1984) apuntan que esta tarea incluye “la construcción de nuevas estrategias para enfrentar cambios en las

relaciones interpersonales y para redefinir el sentido del si-mismo del adolescente a la luz de nuevas realidades sociales y societarias. El mejor lugar para construir estrategias y redefinir la propia autoimagen es la familia pues es donde se aprenden las capacidades sociales y es por eso que es esencial para el terapeuta poder trabajar con ellos.

La terapia familiar puede incrementar la competencia social transformando las reglas sociales de interacción arraigadas en el adolescente. Las reglas son formadas y mantenidas por la familia y se generalizan a situaciones externas.

Esta también puede darse a la inversa, es decir, el terapeuta puede intervenir en el medio social externo para corregir patrones que afectan a la familia.

6.2.3. Narcicismo adolescente

En la adolescencia el joven se considera el centro de atención de la familia, cuando el adolescente presenta problemas de conducta este narcicismo le puede dar sensación de omnipotencia y eso lleva a la sensación de no necesitar adaptarse a las realidades sociales y por lo tanto no ve la necesidad de cambio.

Desde la terapia familiar se hace sentir al adolescente la experiencia del distanciamiento en el desarrollo para que comprenda que no siempre contara con sus padres en las situaciones difíciles y eso lo obliga a cambiar. De esta forma se ayuda al chico a crecer.

6.2.4. Separación

La separación es una tarea fundamental para los adolescentes pero puede crear muchas tensiones al adolescente y a su familia. Para que la separación sea funcional debe realizarse un alejamiento sin alienación. El terapeuta debe ayudar tanto a las personas de las que el adolescente se separa como al adolescente. Los miembros deberán separarse gradualmente para luego volver a conectarse.

6.2 Dimensiones estructurales

6.2.1. Los límites

Se entienden como las reglas que definen quién y cómo se participa en una interacción, es la definición de los roles. Son importantes conceptos como la diferenciación, la permeabilidad y la rigidez de los límites entre las personas.

Los límites entre los subsistemas es un concepto clave pues la familia se diferencia y organiza sus funciones a través de los subsistemas.

Una familia funcional, según Minuchin, tendrá límites bien marcados y será un aspecto útil para la evaluación del funcionamiento familiar.

Se puede dar disfuncionalidad cuando hay aglutinamiento o desligamiento.

6.2.2. Los alineamientos

Son las reglas de unión u oposición entre los miembros o los subsistemas para cumplir una función. Encontraremos aquí conceptos como coalición, alianza o triangulación.

Se pueden dar problemas en relación a las alineaciones, los más comunes son las coaliciones (estable o en rodeo) las triangulaciones y las coaliciones desviadoras e intergeneracionales

6.2.3. El poder

El concepto de poder se refiere a la influencia de cada miembro en una actividad determinada. Según el modelo estructural el sistema familiar debe estructurarse de forma jerárquica. Se entiende el poder como la capacidad de influencia que tiene un individuo determinado para controlar la conducta de otro.

Los problemas respecto al poder se dan cuando no hay poder funcional en el sistema, hay un débil funcionamiento de ejecución y hay una inhibición del potencial de desarrollo.

6.3. Técnicas

El objetivo de la terapia es la reorganización de la estructura familiar. Se trata de cuestionar las normas homeostáticas del sistema familiar para introducir una inestabilidad que le permita tener a los miembros nuevas conductas y sentimientos.

A lo largo del proceso terapéutico se da una danza entre dos tipos de intervenciones; la acomodación y la reestructuración

6.3.1. Acomodación

Consiste en las técnicas que usa el terapeuta para acercarse al sistema familiar y lograr la alianza. Éste deberá aceptar la organización y estilo familiar. Debe entrar en sintonía para lograr la modificación familiar.

a) confirmación

Esta técnica requiere el apoyo a la estructura familiar, los subsistemas y los individuos mediante confirmaciones. Así el terapeuta da a entender a la familia que la entiende y que quiere trabajar con ellos.

b) rastreo

Consiste en el planteamiento de preguntas que expongan lo que está en juego. Se trata de compilar información teniendo en cuenta que el modo en cómo se rastrea también nos dará información de la estructura.(si nos hemos dejado a un miembro, si nos hemos aliado...)

c) mimetismo

Mediante la imitación el terapeuta se puede acomodar, adaptarse a un estilo familiar y a sus modalidades afectivas.

6.3.2 Reestructuración

Permiten crear el movimiento suficiente en la familia para alcanzar las metas terapéuticas. El terapeuta desafía el equilibrio disfuncional de la familia.

a) Cuestionamiento del síntoma

Partiendo de que el problema no se encuentra en el individuo sino en las pautas de interacción, el terapeuta cuestiona directa o indirectamente la definición del problema que trae la familia para generar un reencuadre.

. Escenificación

En esta técnica el terapeuta pide a la familia que le muestre su danza, de manera que se ponen en escena interacciones disfuncionales entre los miembros de la familia. La estructura familiar se vuelve manifiesta en estas interacciones y el terapeuta obtiene una visión de las reglas que presiden las pautas de interacción dentro de la familia

. Creación de intensidad

Es una técnica para hacer que la familia asimile el mensaje que el terapeuta está dando. Son intervenciones destinadas a intensificar mensajes y varían según el grado de participación del terapeuta.

. Enfoque

Es delimitar el mapa. El terapeuta señala los problemas y acota funciones afectadas por los mismos, evitando la dispersión. Se trata de escoger y seleccionar ciertos elementos de la interacción de una familia y organizarlos de manera que guarde armonía con la estrategia terapéutica. Situar en la mira los datos que son pertinentes para la terapia.

b) Cuestionamiento de la estructura del síntoma

. Fijación de fronteras

Partiendo de la premisa de que las personas funcionamos en nuestra familia con una parte solamente de nuestras potencialidades, puesto que la pertenencia a nuestro sistema familiar y a sus diferentes subsistemas nos implican una serie específica de respuestas y no otras. El terapeuta a través de estas técnicas trata de activar otras alternativas potenciales, ayudando a sus miembros a actuar en otros subsistemas o a cambiar su forma de estar y participar en un subsistema determinado.

El objetivo del terapeuta es “cambiar las ailiaciones de los miembros de la familia a los diversos subsistemas o la distancia entre subsistemas” (Minuchin, 1986)

. Desequilibramiento

Desde el inicio el contacto del terapeuta con el sistema familiar modifica la estructura de poder de la familia. Modificar esta estructura implica la creación de fases de desequilibrio en el proceso, con el fin de alcanzar nuevos equilibrios estructurales de la familia que sean más funcionales y no requieran de síntomas para su mantenimiento

. Complementariedad

Con la complementariedad el terapeuta busca crear complejidad en la visión reduccionista que tienen las familias sobre sí mismas y los roles de cada uno de sus

miembros, visión que favorece la rigidez de su funcionamiento. Se trata de promover entre los miembros de la familia un modo diferente de conocerse y de conocer.

7. ADOLESCENCIA

La adolescencia se considera una etapa del desarrollo del ser humano. A menudo es considerada como la fase más compleja y crítica de la vida del hombre puesto que es un fenómeno biológico, psicológico y social. El adolescente se encuentra en constante cambio, su personalidad y su cuerpo atraviesan una transformación. La duración de esta etapa es variable, está relacionada con la maduración física y psicológica de cada individuo y depende de factores psicosociales que se ven influenciados por el contexto cultural y familiar. Es la etapa donde se da el paso de la infancia a la vida adulta.

Este camino a la adultez presenta un cambio en la conducta emocional, sexual, social e intelectual. El desarrollo de todos estos aspectos a menudo predispone a cierta inestabilidad e incertidumbre

Según Erikson hay tareas primordiales que el adolescente debe realizar en esta etapa para poder dar paso a la adultez, estas son:

- Búsqueda de la identidad: Esta es considerada la tarea central. Se entiende como “el sentirse a sí mismo estable a lo largo del tiempo”
- Separación de la familia de origen: La necesidad del adolescente para definirse a sí mismo implica un conflicto con la relación con los padres, éste se considera necesario para lograr un nivel de autonomía i diferenciación personal. Esta separación se logra, en parte, mediante el desarrollo de lazos amistosos y emocionales con adolescentes de la misma edad, es decir, el grupo de iguales.
- Definición de la identidad en el plano de la elección vocacional y laboral. Puede ser la más influenciada por el entorno sociocultural, geográfico y económico del joven.

En definitiva podemos observar que la búsqueda de la identidad, la separación con la familia y el grupo de iguales son elementos claves en la etapa de la adolescencia. El desarrollo de estos será clave para entender las conductas de riesgo que se pueden dar en este periodo.

7.1. La identidad en la adolescencia:

Una de las tareas a las que se enfrenta un adolescente es la construcción de la identidad. Los chicos intentan saber quién son, como sin y hacia dónde van explorando y definiendo la identidad.

Esto se consigue mediante representaciones e imágenes sobre uno mismo y los otros, que se conceptualiza en el ámbito psicológico con la idea del autoconcepto

Según Knobel “la adolescencia es una situación que obliga al sujeto a reformularse los

conceptos que uno tiene sobre uno mismo y que le lleva a abandonar su autoimagen infantil y a proyectarse en el futuro de su adultez” (M. Planells).

En la Terapia familiar se entiende esta búsqueda de identidad como el sentimiento de ser alguien que a pesar de los cambios experimentados por las circunstancias, los estados físicos y las relaciones, se mantiene constante, manifiesta continuidad y coherencia.

Los adolescentes, en su búsqueda de la identidad, necesitan transgredir normas, tocar los límites. En la transgresión el joven encuentra elementos de la realidad que le reafirman que él es él: un ser diferenciado. La sensación de conquista, de la lucha por obtener “libertades” es lo que permite esta obtención de elementos identitarios. Si la transgresión es aceptada por la familia o la sociedad, será una invitación a que las transgresiones sean de mayor intensidad.

Uno de los máximos exponentes de la teoría de la construcción de la identidad en la adolescencia es Erik Erikson. Este subraya el proceso de formación de la identidad como una cuestión de máximo interés durante la adolescencia y una de las tareas primordiales que el adolescente deberá asumir.

Establecer una identidad segura será una tarea primordial en esta etapa del ciclo vital. La identidad se entenderá como un sentido interno de quien somos, que nos hace ser únicos y un sentido de continuidad e integridad en el tiempo.

Erickson considera que el adolescente deberá resolver unas etapas psicosociales de conflicto para poder madurar. El sentimiento de identidad es descrito por Erickson (1993) como “un sentimiento de similitud con sí mismo y de continuidad existencial y también la percepción simultánea que los otros reconocen a uno mismo y continuamente”.

Tradicionalmente la identidad siempre se ha considerado como una entidad unificada y estable, una concepción que tiene sus raíces en el movimiento filosófico racionalista.

Esta concepción de identidad como concepto fijo y estable se ha visto modificado con la influencia de las teorías posmodernas. El punto de vista contemporáneo entiende la identidad como una construcción dinámica y cambiante, se habla de múltiples yo o identidades y se considera que el origen se encuentra en el intercambio de información con uno mismo y con los otros y destaca la importancia del lenguaje y del discurso narrativo para facilitar su construcción.

En esta línea, entenderemos que la identidad no es una estructura fija sino que se constituye a lo largo de la vida, en el contexto social e individual. La formación se inicia con el vínculo afectivo, el desarrollo del sentido del yo y la emergencia de la independencia durante la primera infancia y finaliza con la revisión e integración de la trayectoria vital propia de la vejez.

Si nos fijamos en esta nueva visión ya no entendemos la construcción de la identidad como una tarea situada en una sola etapa evolutiva sino como un proceso largo, gradual y en constante transformación

Se reconoce, no obstante, que es en la adolescencia donde la identidad toma un papel de relieve puesto que el individuo debe diferenciarse del núcleo familiar, debe construir una identidad propia y proyectarse en la sociedad.

7.2. La familia adolescente

Esta etapa de la vida familiar se caracteriza porque el adolescente empieza a cuestionarse el estilo familiar, el grupo de iguales se convierten en un poderoso referente para los hijos y esto puede llegar a desorganizar las pautas establecidas por la familia (Minuchin y Fischman, 1984).

Los cambios evolutivos y las necesidades del adolescente pueden ser percibidos por la familia como disruptores de su funcionamiento, eso requiere una reorganización de las reglas de interacción. El proceso de autonomía de los hijos conllevará una separación y esto afectará a toda la familia.

Esta etapa vital de la familia suele ser muy compleja. La adolescencia es una fase de ruptura, conflictos y riesgos. El adolescente y su familia a menudo se encuentran en conflicto pues el joven empieza a dar más importancia al grupo de iguales que a la familia y cuestiona a esta pasando las normas del grupo por encima de las del núcleo familiar.

Es común en esta etapa que los jóvenes opten por conductas rebeldes, conflictivas y desadaptadas.

En esta fase se presenta un distanciamiento entre los miembros de la familia puesto que los jóvenes se empiezan a integrar en el mundo social y necesitan espacio para definirse como individuos propios.

Las familias deben adaptarse a los cambios, reestructurar las normas, ampliar su capacidad dialéctica y disposición al cambio.

Los problemas en esta etapa se centran normalmente en la diferenciación de roles y los asuntos relacionados con la separación. La separación del hijo tiende a reestablecer un nuevo equilibrio en el sistema conyugal.

La interacción entre el adolescente y sus padres a menudo se caracterizan por una importante disminución de la comunicación así como una expresión afectiva negativa.

Si los padres se muestran muy autoritarios se darán mayores barreras de comunicación e invitarán a los adolescentes a refugiarse en su mundo y a centrarse en el grupo de iguales.

Los padres deberían disminuir de forma gradual su autoridad para poder dar más autonomía al joven mediante la libertad y la responsabilidad. En el caso contrario el joven se enfrentará de forma desorganizada y autodestructiva a la autoridad.

7.3 El grupo de iguales

El grupo de iguales es donde los adolescentes ensayan sus futuras identidades. Este grupo conforma la red social que ayuda a reafirmar la propia autoestima, a realizar el proceso de individuación y a elaborar la identidad.-

Los grupos tienen un potencial muy positivo para el adolescente pero en algunos casos, si estos son excesivamente transgresores pueden ser perjudiciales para los jóvenes.

7.4. Adolescentes con conductas de riesgo

En la adolescencia las conductas de riesgo son entendidas como aquellas acciones voluntarias o involuntarias realizadas por el individuo o la comunidad y que conllevan consecuencias nocivas. Estas conductas propias de la edad encuentran su explicación en la sensación de invulnerabilidad, la necesidad de experimentación emergente, la identificación con ideas opuestas a los padres, la necesidad de transgresión en el proceso de autonomía y reafirmación de la identidad, etc...

Las conductas de riesgo se clasifican en 4 grandes (Hein, 2000)

- Abuso de tóxicos
- Relaciones sexuales no protegidas
- Bajo rendimiento, fracaso o absentismo escolar
- Delincuencia, crimen o violencia

Estas conductas no tienden a distribuirse de forma aleatoria entre los adolescentes sino que normalmente se concentran en un subconjunto que presenta unas características de riesgo.

Los adolescentes vulnerables es frecuente que se identifiquen con grupos que rechazan las pautas sociales y reivindican formas contraculturales.

Este tipo de grupos se conforman de adolescentes que se sienten excluidos, diferentes o rechazados. Los jóvenes que no cumplen con los estándares de logro familiares, escolares o sociales encuentran en estos grupos una aceptación y vuelcan en ellos sus frustraciones y sensaciones de limitación y baja autoestima. A menudo buscan satisfacciones inmediatas y participación en situaciones que les proporcionen sensación de pertenencia y protagonismo social. Es habitual que dirijan las agresiones hacia el medio que sintieron como rechazante y excluyente.

En este sentido, si el grupo es un elemento clave en la construcción de la identidad, los jóvenes que se identifican con grupos que rechazan las pautas sociales, construyen su identidad en torno a esta imagen.

7.4.1. Factores de riesgo

Como hemos dicho, las conductas de riesgo se identifican con jóvenes que presentan unos factores de riesgo.

Hawins y Catalano (1996) nos presentan ciertos factores que me parecen interesantes mencionar. A continuación expongo un resumen que explican algunos de los factores que describen los autores.

a) Factores biológicos. Herencia y genética

Respecto a si ciertas características biológicas, cromosómicas o neurofisiológicas se transmiten genéticamente y se heredan no hay una opinión clara y es objeto de polémica.

Aunque hay estudios que indican que hay ciertas características biológicas que podrían incrementar la conducta delictiva y que estas son transmitidas genéticamente, Garrido Genovés nos dice que esta explicación solo puede aplicarse a pocos sujetos pero que mayoritariamente estos factores solo podrían favorecer a una mayor o menor probabilidad de cometer delitos.

Estos factores se podrían aplicar a aquellos menores que tiene unos parámetros físicos anormales y que pueden suponer un desarreglo emotivo, un obstáculo para el crecimiento y la madurez, un desarreglo que conlleve un complejo de inferioridad que pueda incidir en la aparición de una conducta delictiva.

De todas formas los factores biológicos hereditarios no inciden por si solos en la criminalidad si no son asociados a otros factores.

b) Factores familiares

El papel de la familia en el desarrollo de los niños juega un papel muy importante en el proceso de socialización de los niños y eso es crucial en la etapa de la adolescencia.

A continuación comentaremos los factores de riesgo en el ámbito familiar que puedan influir en futuras conductas delictivas.

- Falta de supervisión o control de los padres

Tal como hemos comentado anteriormente la supervisión de los padres hacia los hijos debe ir modificándose a medida que las capacidades y la madurez del adolescente va aumentando de forma que este pueda aprender a asumir responsabilidades.

Sin embargo esta progresiva modificación debe ser hecha de manera que el chico no corra riesgos ni sufra daños.

La escasa supervisión de los padres puede estar relacionada con la delincuencia

- Actitudes crueles, pasivas y negligentes de los padres con los hijos. Violencia de padres contra hijos.

En aquellos casos en los que los padres tienen un comportamiento violento, con castigos físicos sin motivo aparente o por motivos insignificantes, los niños aprenderán que la violencia es una medida eficaz para resolver conflictos.

Según Schneider, los niños que han sido maltratados se convierten posteriormente en un grupo de riesgo en la edad adulta.

Hay numerosos estudios que concluyen que el haber experimentado una situación prolongada de violencia o abusos durante la infancia puede suponer un elemento

causal en la manifestación de una posterior conducta agresiva o violenta por parte de la víctima.

- Disciplina férrea

El exceso en la disciplina y la rigidez en las relaciones familiares junto a los castigos físicos en la educación de los niños y adolescentes genera situaciones de tensiones familiares donde los niños desarrollan una agresividad latente contra sus progenitores que al no poder ser expresada en casa es exteriorizada en las relaciones que establecen fuera mostrando un comportamiento agresivo. También puede generar violencia filio-parental.

La disciplina alternada (padres que alternan entre libertad y severidad sin mostrar coherencia) genera a los hijos sentimiento de inseguridad y frustración pues nunca saben cuál va a ser la respuesta ante sus actos. Es común en estas familias que no haya unas reglas establecidas sobre lo que se puede hacer o no sino que el castigo o el premio se da en función del estado de ánimo de los padres.

Esta disciplina alternada también puede generar un comportamiento antisocial en los jóvenes

- Estructura familiar

Este punto se refiere a una relación entre familias monoparentales (con madre) y la delincuencia juvenil. Se entiende en que estas familias cuentan con una madre muy ausente por sobrecarga laboral y esto produce una desatención de los jóvenes. No obstante, este punto no es generalizable.

El factor de riesgo que se puede dar en estas familias es la falta de supervisión, de comunicación o problemas económicos (puesto que las familias monoparentales tienen un porcentaje mayor de pobreza)

- Malos ejemplos conductuales

Los hijos con padres o hermanos mayores delincuentes poseen más probabilidades de llegar a delinquir.

También pueden influir comportamientos no delictivos pero negativos como el alcoholismo, la drogadicción, la prostitución...

- Falta de comunicación entre padres e hijos

La falta de comunicación generará una imposibilidad por parte de los padres de prever posibles conductas problemáticas o delincuenciales cometidas por los hijos.

- Carencias afectivas

Se entiende como una incapacidad para resaltar las cualidades de los niños de forma positiva, no demostrar el afecto y el amor. Estas carencias afectivas conducen a un deterioro de la personalidad del niño. Así estos niños buscarán vías para satisfacer este amor que no han recibido.

Por otro lado el afecto excesivo y el exceso de protección genera niños que ante los obstáculos que tiene que enfrentarse ellos solos, al no haber sido expuestos en su

niñez a esta situación, sientan un complejo de inferioridad y se pueden generar respuestas agresivas para afrontar estas situaciones que pueden producir frustración.

- Falta de enseñanza de valores prosociales

Muchos menores son educados actualmente con valores individualistas dejando de lado valores como la solidaridad, la tolerancia, la humanidad, la autocrítica...

- Marginación socioeconómica

Factores como la pobreza dificultan las funciones parentales como la educación, el control y la supervisión de los hijos. Además se generan situaciones de estrés que pueden generar carencias afectivas a los hijos.

Las situaciones que se derivan de la pobreza (ausencia de espacio, falta de intimidad, falta de recursos...) se consideran factores influyentes en el desarrollo de la violencia familiar.

- Falta de autoridad

Factores como la sobreprotección, la falta de autoridad o la discrepancia parental puede llevar a lo que se conoce como niño emperador. Estos niños o adolescentes se caracterizan por un sentido exagerado de lo que les corresponde, baja tolerancia a la frustración, falta de empatía, exigencia...En casos extremos se puede llegar a la violencia filio-parental.

c) Factores socioeducativos. La escuela

La escuela es junto la familia el otro gran agente de socialización de nuestra sociedad donde los niños aprenderán los valores de la sociedad, los niños aprenden a comportarse, a relacionarse...

- Fracaso escolar

Las conductas delictivas están asociadas a experiencias escolares negativas (fracaso escolar y abandono temprano de los estudios).

Según Maguin y Loeber (1996) "un pobre rendimiento académico se relaciona con el comienzo y la prevalencia de la delincuencia y con la escalada en la frecuencia y en la gravedad de las ofensas"

Así pues, la escuela es a la vez uno de los principales apoyos en la educación y la socialización pero también es un importante factor criminógeno de la delincuencia juvenil.

Según Bandini y Gatti, en la escuela se estimula un sentido del individualismo y la competitividad. Los niños que se sientan superados por este espíritu competitivo se mostrarán indiferentes, irrespetuosos y violentos, empezarán a ausentarse y renunciarán a la escuela.

La escuela "seleccionará" un grupo de niños que serán etiquetados como inadaptados y será muy difícil para ellos salir del etiquetaje y de la inadaptación, sobre todo en los casos en que las familias no puedan compensar las carencias escolares.

d) Factores socio ambientales. La clase social.

A menudo los conceptos de pobreza y de delincuencia son identificados como factores interrelacionados.

Los niños y jóvenes pertenecientes a clases sociales bajas tienen una tasa más alta de delincuencia que los de clase media y alta.

Según Chapman la delincuencia juvenil “es el resultado de un proceso de selección y de estigmatización que generalmente viene causando daño a las clases pobres” pues hay una criminalización de los chicos de clase baja y sufren una persecución penal más frecuente.

Así pues, muchos autores aplican la “teoría del etiquetamiento” como factor influyente en la criminalización de los jóvenes. La estigmatización puede llevar a un joven que ha cometido un acto delictivo hacia una carrera criminal. Wheeler afirma que “el individuo comienza a pensar en sí mismo como un delincuente y organiza su comportamiento en consecuencia.”

Otras causas de que haya una mayor tasa de delincuencia en las clases bajas son el ambiente social y las prácticas educativas deficientes en las familias.

También hay que tener en cuenta que a menudo se encuentran en entornos sociales deteriorados, ubicadas en barrios periféricos, zonas deprimidas económicamente, situaciones de infravivienda.

e) Las amistades

Como hemos dicho la adolescencia se caracteriza por la búsqueda de la propia identidad y esto implica la independencia emocional y personal frente a los padres generando situaciones de rebeldía e incompreensión frente los adultos.

El grupo de iguales es una influencia muy importante en esta etapa, los jóvenes se unen y crean subculturas que los diferencian de los adultos.

El hecho de tener amistades con una conducta de riesgo es un factor que puede precipitar al joven a reproducir ciertos patrones para no sentirse excluido.

8. INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA EN EL TRABAJO CON ADOLESCENTES Y FAMILIAS

A lo largo del trabajo hemos presentado por un lado tres terapias (narrativa, sistémica y estructural) y por otro lado las conductas de los adolescentes en riesgo y posibles causas estructurales.

En los casos que trabajamos en la UEC observamos muchos de los factores de los mencionados anteriormente. Por un lado tenemos factores socioeducativos (familia y escuela) y por otro tenemos factores ecológicos (entorno social, etiquetaje, grupo de iguales...)

Para esta parte del trabajo voy a exponer casos prácticos vividos en mi práctica profesional, analizaremos los factores y las conductas de riesgo de los jóvenes y miraremos como se podría intervenir des de las corrientes propuestas en el trabajo.

Alfredo:

Alfredo llegó a la UEC con un montón de informes desfavorables y largas sesiones de reuniones con agentes educativos del Prat de Llobregat contándonos su historia.

Era un chico que desde los 10 años había presentado conflictos conductuales en la escuela, había agredido compañeros y profesores, había dañado el mobiliario y él y su familia habían amenazado a todo aquel que les ponía un límite.

Alfredo se había ido del Prat de Llobregat cuando EAIA decidió intervenir, se fue a vivir con un tío (patriarca) pactando que lo iba a “enderezar”. Al cabo de tres años y una larga lista de delitos el tío expresó no poder más. Al ser mayor de 14 años Alfredo entró en el circuito de justicia y se le puso una medida de libertad vigilada. Una de las condiciones era que tenía que ir a la escuela y hacer seguimiento psicológico (había indicios de que A. tenía algún trastorno mental y algún retraso cognitivo).

La escuela, derivó el caso a la UEC y allí empezó el recorrido de Alfredo con nosotros.

Alfredo llegó el primer día desafiante, marcando las normas y advirtiéndome que no iba a hacer nada.

Alfredo provenía de una familia gitana que residía en el barrio de San Cosme. Su padre estaba en la cárcel y su madre se ocupaba de sus 7 hijos. A. se encontraba en medio de la fratria.

En su casa nadie trabajaba, y la fuente de ingresos no era clara. Había una falta de límites por parte de la madre (a menudo podíamos escuchar como A. le gritaba por teléfono por no haberle hecho el desayuno o por cualquier nimiedad...) y en casa, según contaba el menor, reinaba el caos.

Se describía como un fracaso escolar, como un delincuente, contaba sus peleas y delitos orgulloso y tenía una imagen dentro del barrio que infundía miedo.

Alfredo idolatraba a su padre y las conductas delictivas de éste, en su casa no había ninguna expectativa de futuro hacia él (su madre nos decía que no le buscáramos estudios o trabajo, que lo casaría y que su mujer robaría para él) y el ambiente en el que se movía no parecía ofrecerle ninguna alternativa más a la de seguir delinquiendo.”

Presentado el caso de Alfredo me gustaría analizar los diferentes factores de riesgo que presenta para poder ver cómo podríamos trabajar con él esa identificación con las conductas de riesgo y delincuenciales.

- Factores hereditarios y genéticos: En el caso de Alfredo había un historial familiar de enfermedad mental (no diagnosticada). Aunque sería difícil establecer si eran de causa biológica o social; lo que sí se puede decir es

que este posible retraso podría generar en él un complejo de inferioridad que ante situaciones estresantes lo llevaran a actuar con impulsividad o agresividad.

- Factores familiares: en este caso encontramos una falta de supervisión y control por parte de los padres, la madre se encuentra superada por la situación y verbaliza ser incapaz de poner límites a sus hijos. Estos pasan el día fuera de casa sin dar explicaciones. También podemos observar violencia de padres contra hijos, en este caso hablaríamos del padre (aunque ahora está ausente) pero sobretodo peleas con sus hermanos mayores. A menudo tenía que presenciarse la guardia urbana en el domicilio para intervenir en las discusiones. Otro aspecto que encontramos es la monoparentalidad que en este caso lleva a falta de supervisión, falta de control y falta de economía que deviene en una situación de riesgo para los menores. Alfredo también contaba con malos ejemplos conductuales (padre en la cárcel, hermano mayor que entra y sale cumpliendo pequeñas condenas...), con una falta de carencias afectivas (tenía un fuerte etiquetaje negativo dentro de la familia) en casa nunca se le remarcaba aquello que hacía bien, sino lo contrario, hecho que potenciaba su identidad negativa, una falta de enseñanza de valores pro sociales (la familia de A. tenía una fuerte historia delictiva) y una importante marginación socioeconómica.
- La escuela: Alfredo había sido tachado de fracaso escolar a los 10 años, muy temprano, y la etiqueta de fracaso pesaba mucho en la identidad de Alfredo, llegando a convertirse en una bandera.
- La clase social: A. provenía de una clase social baja, además de un barrio con una fuerte carga identitaria delincencial, hecho que ayudaba a Alfredo a visualizarse a sí mismo como un delincuente.
- Amistades: A. se relacionaba con chicos con los que compartía el mismo tipo de actividades de riesgo siendo habituales los robos, las peleas, los allanamientos...retroalimentando así su imagen delictiva.

Para trabajar con Alfredo debemos tener una visión global de su contexto, si nos centramos en él nos perdemos parte de su contexto y este es muy importante para entender su realidad. Para esto, la terapia sistémica parece la idónea para hacer frente de manera holística a todos los factores.

Ahora analizaremos que aspectos de las diferentes terapias nos pueden ayudar en el trabajo con jóvenes con conductas de riesgo partiendo de este caso concreto.

La terapia colaborativa no nos ofrece unas técnicas específicas o pasos a seguir pero

sí que nos habla de una manera de hacer, de una manera de relacionarnos que nos permitirá acercarnos desde el respeto a las familias y pienso que se podrá hacer una intervención más significativa.

La terapia colaborativa valora el conocimiento local, hecho que parece muy interesante en poblaciones marginales y con culturas alternativas a la mayoritaria como la gitana. El hecho de cuestionar los discursos universalizadores y centrarse en la visión del individuo promoviendo una relación de respeto probablemente generará un mayor acercamiento y comprensión de las verdades de Alfredo. Si según Foucault los conocimientos populares y locales son considerados de bajo rango y hay, mediante esta clasificación de saberes, una clase dominante con la otra y un mantenimiento del poder, se podría establecer que valorando el conocimiento y promoviendo el respeto hacia la cultura y los saberes de las personas a las que atendemos podemos luchar también contra la estigmatización de la clase baja como una clase “inferior” y que Alfredo y otros chicos provenientes de aquí no se vean abocados a una historia delictiva. Se considera a la familia como el experto de su vida y junto con el terapeuta pueden generar nuevos significados. El terapeuta adopta una postura del no saber escuchando respetuosamente la historia que es contada mostrándose humilde con sus conocimientos.

Ser públicos o transparentes es un aspecto que también me parece importante cuando hablamos con familias con una cultura a la dominante. Probablemente habrá conceptos que choquen con nuestro credo o manera de pensar (la no escolarización, las conductas delictivas...) pero es importante que podamos expresarlas para que estas no interfieran en la terapia.

Interés en lo que si funciona cuando nos encontramos con historias tan estigmatizadas y etiquetadas, con una actividad delincencial iniciada a muy temprana edad, un fracaso escolar y un rechazo de la institución muy temprano, una estructura familiar deteriorada...es importante que nos podamos centrar en aquello que si funciona, en las potencialidades, en las posibilidades que nos ofrece el joven o su familia.

La relación de la familia de Alfredo con los agentes sociales (EAIA, Justicia...) estaba basada en aquello que no estaba funcionando. Esto generaba en ellos una narrativa marginal, Alfredo con 15 años se identificaba como un chico delincuente, su madre como una madre que ha fracasado, sus hermanos o bien ya habían pasado por la cárcel o los que eran pequeños empezaban a presentar problemas en el colegio. Debemos ser capaces de que los miembros de la familia saquen a relucir sus potencialidades, que empiecen a ver qué cosas hacen bien y desarrollen otras narrativas, otras experiencias que les permitan generar nuevas dinámicas.

A lo largo del curso Alfredo descubrió que sabía hacer cosas bien y además le gustaba.

Al acabar el día él venía al despacho y evaluábamos como había ido el día, él era sincero en su valoración y se mostraba contento cuando ésta era positiva.

Cuando no era así, buscaba maneras para solucionarlo, se disculpaba e intentaba compensar lo que había pasado. Era emocionante ver como estaba incorporando nuevas dinámicas funcionales.

Era muy difícil trabajar con la familia, eran 7 hermanos y la madre estaba desbordada, sin embargo empezamos a hacer reuniones para decirle que el chico estaba haciendo una buena evolución, que necesitábamos su apoyo pues era ella la que había convencido al chico para venir al colegio y cumplir la medida de libertad vigilada, y que solo con ella podíamos hacer que continuara. Estos contactos con la madre en la que valorábamos lo que SI hacía bien, nos abrieron las puertas a poder llamar y que nos cogiera el teléfono, a poder trabajar con ella una orientación para el año siguiente y a que Alfredo pudiera compartir los cambios que estaba haciendo en la escuela con su familia.

Pienso que estos enfoques de la terapia colaborativa nos permiten acercarnos desde el respeto y eso ayudará a crear mayor vínculo con estas familias. Hay que recordar que a menudo este tipo de familias están muy acostumbradas a interactuar con agentes sociales y se han sentido cuestionados. Esto hace que una intervención desde una posición del saber experto pueda no ser muy significativa para ellas, pues es posible que sea vivida como un acto de control y adoctrinamiento. Por el contrario, desde la postura del no saber, dejando que sean ellos los que definan sus objetivos, los que marquen el ritmo y otorgarles el papel de expertos de su vida pienso que les hará sentirse protagonistas del proceso y se apropiarán de los logros.

Dentro de la terapia narrativa, para centrarnos en la construcción de la identidad elaborando un yo que se aleje del yo delincencial tenemos técnicas que considero que nos pueden ser de gran utilidad:

En el caso de Alfredo, él y su familia presentan una descripción saturada del problema.

Desde que Alfredo tiene 10 años, ha reafirmado su identidad sobre una imagen problemática y delincencial.

La madre parece haber tirado la toalla, se muestra desesperada y cede ante las exigencias del chico para evitar tener conflictos pero no alberga ninguna esperanza de futuro.

Pienso que es importante en estos casos poder definir el problema, el PIP en este caso eran las conductas de Alfredo. Una vez definidas se pueden externalizar, no las conductas abusivas, pero si las actitudes y creencias, es decir, podríamos externalizar la ira de Alfredo, la creencia de que podía dominar a otros...De esta forma podemos

ver como esto afecta a sus vidas pero también de qué forma a veces puede controlar el problema. Mediante las preguntas de influencia relativa el chico y su familia serán capaces de identificar estos momentos ayudando a sacar a luz aquellas competencias y recursos que tienen frente al problema.

Mediante esta deconstrucción de la descripción saturada del problema poco a poco iremos identificando acontecimientos extraordinarios que contradigan esta narración y nos permitan enriquecer el relato.

Mediante el uso de testigos externos podemos contribuir a generar estos nuevos significados y el PIP podrá hacer partícipe a las personas más significativas de su nuevo relato y así poder reforzarlo.

Todas estas técnicas de la terapia narrativa parecen muy acertadas para poder ampliar la identidad que tiene Alfredo y su familia de sí mismo. Poder romper con el etiquetaje, ampliar la visión y la narrativa de nosotros mismos.

Esto permite que tanto el sujeto como la familia puedan generar narrativas más funcionales.

Cuando Alfredo entro en la UEC se describía con orgullo como un adolescente agresivo, fracaso escolar, marginal y con conductas delictivas. Esta era su carta de presentación, como él se identificaba y como lo identificaban (chicos del barrio, familia, agentes sociales...)

Su familia se sentía desbordada por él, sin ninguna expectativa de cambio y siendo su conducta generadora de malestar.

Poco a poco Alfredo fue incorporando nuevos adjetivos de los que se sentía muy orgulloso. Estaba atento en clase porque le gustaba entender y que le salieran bien los ejercicios, cumplía los límites que se le ponían para que no se le expulsara y que el equipo educativo estuviera contento, se empezaba a llevar bien con los compañeros...

Aun así, no eran pocas las ocasiones donde él se descontrolaba y mostraba conductas disruptivas.

En estos casos se podía hablar con él, se le ayudaba a identificar que podía hacer para controlar estos impulsos y poco a poco Alfredo iba construyendo alternativas que le ayudaban a mantener su nueva conducta.

Habíamos pasado de tener una identidad delictiva como bandera a tener una alternativa atractiva que le daba motivos para querer controlar la ira y la agresividad. Estas nuevos acontecimientos enriquecían su relato identitario pero se necesitaba compartir sus cambios para reforzar su nueva narración, sino todo quedaba en el ámbito escolar.

Hacíamos documentos escritos donde certificábamos que el día había ido bien, o que había aprendido a hacer ecuaciones, o se llevaba un tupper de lo que había cocinado para compartirlo en su casa.

También hacíamos reuniones con la familia donde él estaba y era el que se encargaba de comunicar sus éxitos ante el asombro de sus hermanos y su madre.

No se pudo hacer un trabajo extenso con la familia, pero si se dio la oportunidad de ver y sentir alternativas al discurso dominante de fracaso que arrastraba la familia.

La terapia estructural, por otra parte, nos permite trabajar todo el ámbito familiar que tal y como hemos podido ver está afectado y se retroalimenta de las conductas de Alfredo.

En esta familia podemos ver disfuncionalidades en los límites, en los alineamientos y en el poder.

Según la terapia estructural la existencia de un adolescente con problemas es un indicio de problemas en el sistema familiar, así pues, si somos capaces de resolver estos problemas familiares, probablemente las conductas del PIP puedan disminuir pues las relaciones se entienden como un fenómeno circular.

En este caso se podría hacer un cuestionamiento del síntoma para poder desetiquetar a Alfredo como PIP cuestionando la definición del problema que trae la familia.

También se debería hacer una fijación de fronteras que permita cambiar las alineaciones de los miembros de la familia y la complementariedad, técnica que nos permitiría romper con la visión reduccionista que tienen las familias de sí mismas y promover otros modos de conocerse y relacionarse.

Mediante estas técnicas podríamos trabajar con todo el sistema generando cambios de segundo orden que permitirían a los miembros ubicarse en su rol y moverse de forma funcional.

Fue muy difícil en el caso de esta familia trabajar aspectos estructurales por la resistencia que mostraban.

Pienso que una buena técnica, si se hubiera podido, sería haberse aliado más con la madre, haber reforzado su autoridad para situar los límites de esta familia que estaban tan alterados y ayudar a la madre a volver a su lugar.

Darle soporte, empoderarla y no cuestionarla para que se sintiera con fuerza para ocupar su lugar de madre y poner orden a la familia. Más adelante explico intervenciones similares con familias con las que se pudo trabajar a este nivel.

9. APLICACIONES TERAPÉUTICAS EN EL TRABAJO DES DE LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS

En el punto anterior hemos hablado de la intervención terapéutica des de las tres corrientes propuestas.

Ahora me gustaría analizar la posibilidad de trabajar des de las instituciones educativas con un enfoque sistémico aplicando ciertas técnicas.

Las instituciones educativas son un fuerte elemento socializador y por lo tanto un elemento muy importante en el proceso educativo de los sujetos. La postura que se tome con los estudiantes será decisiva para la inclusión o exclusión de ellos.

Los educadores no somos terapeutas y no podemos actuar en el contexto escolar como en un contexto terapéutico pero sí que hay ciertas intervenciones que podemos realizar basándonos en el modelo sistémico que permitan a los chicos crear patrones más funcionales.

Tomando los modelos y técnicas desarrollados en el punto anterior me gustaría ver qué acciones podemos tomar con aquellos adolescentes que presentan conductas de riesgo más allá de las acciones punitivas (expulsiones, sanciones...)

Hay que respetar a todas las culturas, que los alumnos puedan presentar sus costumbres y culturas, actuar des del respeto y la tolerancia, es decir, valorar el conocimiento local

En centros donde hay una alta tasa de alumnos que no presentan la cultura dominante es frecuente que haya conflictos con las familias por falta de entendimiento.

Entre la cultura gitana el absentismo es una realidad muy frecuente, si intervenimos des de la sanción y la normativa probablemente nos encontremos con un muro y la relación con la familia se vaya enfriando. Por otro lado si escuchamos sus motivos, entendemos los porqués y construimos alternativas podemos llegar a una sintonía mayor.

Es importante que la institución educativa no excluya las “diferencias” pues los alumnos o familias que no se sientan representados poco a poco serán estigmatizados y excluidos y esto es un generador de fracaso escolar.

María no podía venir de colonias porque su padre no quería que durmiera con los chicos. Por su parte María quería venir pero no sabía cómo pedírselo a su

padre. Hablamos con él y expuso sus miedos. Les propusimos que María durmiera con la profesora y los dos estuvieron de acuerdo.

David y su familia no querían que él siguiera estudiando pues necesitaban que les ayudara en su negocio repartiendo pescado. Des de la escuela se les había dicho que no podía trabajar por la edad y que estaba en la obligación de estudiar pero él estaba decidido y empezó a ausentarse de la escuela para poder ir a trabajar.

En la UEC le propusimos hacer un contrato de prácticas para que fuera dos días a trabajar (de forma regular y asegurada) y que viniera tres días a clase. Finalmente graduó y saco la ESO a la vez que se respetaba su voluntad de trabajar.

Con chicos que presentan conductas de riesgo y que se identifican con el fracaso escolar es importante que seamos capaces de sacar a luz las capacidades y potencialidades, que ellos sean capaces de verlas y valorarlas, es decir, poner el interés en lo que si funciona.

Asimismo, también es importante que compartamos con las familias estas capacidades rescatadas.

Muchas veces nos encontramos con familias que presentan narraciones saturadas por el problema que refuerzan el funcionamiento de su hijo. Tenemos que ser capaces de identificar los acontecimientos extraordinarios y que el sujeto y su familia puedan enriquecer el relato de su experiencia.

Alfredo hacía años que no iba al colegio y no tenía ninguna expectativa en el ámbito académico. Poco a poco fue poniendo interés y no se podía creer que siguiera el hilo de la clase. Cada vez que adquiría un conocimiento nuevo se mostraba sorprendido de haberlo hecho y pedía que lo comunicáramos a la familia.

Empezamos a realizar documentos escritos donde certificábamos los conocimientos que Alfredo iba adquiriendo y así él los podía enseñar a su familia, a su referente de justicia, sus amigos...Así pues cada día que Alfredo aprendía una cosa nueva lo certificábamos: Alfredo sabe dividir por dos cifras, o bien Alfonso ha aprendido los verbos en inglés...esto iba deconstruyendo su definición como fracaso escolar, como persona que no es capaz de aprender e iba fortaleciendo otra narrativa donde si él ponía empeño poco a poco iba aprendiendo y se sentía orgulloso de ello.

La Madre de Manuel nos advirtió el primer día que su hijo nos iba a dar muchos dolores de cabeza. Que siempre se portaba muy mal, que no

hacía nada y que hacía meses que no iba al cole porqué cada vez que iba lo expulsaban y la llamaban para explicarle lo que había pasado. Harta de tener que ir a dar la cara por su hijo había decidido que no volviera al cole.

Con el tiempo vimos que Manuel era muy movido y presentaba problemas de conducta pero por otra parte era muy buen compañero, muy bueno en las tecnologías y capaz de pedir ayuda cuando estaba nervioso para no “explotar”, es decir, era capaz de crear alternativas y controlar su rabia, una suerte de externalización. Decidimos en el equipo que por cada llamada “negativa” a la madre haríamos otra “positiva” el día que las cosas fueran bien. Conseguimos que la comunicación con el colegio no fuera una línea negativa sino que se estableció una relación de confianza y positivismo donde poco a poco la madre era capaz de cambiar el discurso hacia su hijo y Manuel también podía atribuirse conductas más positivas.

Las técnicas que propone la terapia estructural parecen más difíciles de llevar a cabo des de las instituciones educativas pues implica la participación de toda la familia y no siempre es posible.

A menudo nos encontramos con familias reacias a comunicarse con nosotros, viviendo nuestras intervenciones como un control. Observamos que las relaciones familia – escuela están muy dañadas y las familias triangulizan los agentes educativos invalidando las acciones e incrementando la disfunción en los alineamientos familiares. Una manera que tenemos de trabajar es situar a los padres en la línea educativa del profesorado.

Valorar las potencialidades que tienen como padres y proponer trabajar juntos.

De esta forma poco a poco vamos trabajando la autoridad y reforzando el sistema parental, mediante la coalición con el profesorado fortalecemos el rol parental que toma autoridad frente el hijo y poco a poco establece límites.

Mediante la complementariedad la familia es capaz de ver la reciprocidad de los actos, se cuestionan los síntomas, el papel otorgado al PIP y se pueden generar cambios en los roles.

La madre de Sonia nunca le ponía límites por miedo a la respuesta que se pudiese generar. Una vez tuvimos una reunión con madre e hija a causa de una falta cometida por Sonia. Su madre nos comentó que no se atrevía a castigarla porqué su hija la amenazaba con irse de casa. Le pregunte a Sonia si era verdad y me dijo que si, así que le pregunte dónde tenía pensado irse y me dijo que a casa la abuela. La madre se sorprendió de la respuesta así que invitamos a la madre a cumplir con la sanción. Sonia finalmente no se fue de

casa y cumplió, demostrando a la madre que si se ponía firme ante una decisión la niña era capaz de cumplirla.

Mediante intervenciones donde se apoya a la madre a ejercer su autoridad y ocupar su rol también se le ayuda a fijar fronteras a la familia, pudiendo los padres poner los límites que los adolescentes necesitan para sentirse más seguros.

Cuando Andrés era sancionado des de la UEC (y anteriormente en la escuela o en el futbol) su madre llamaba pidiendo explicaciones alegando que teníamos manía a su hijo, que sólo nos fijábamos en lo que hacía él y que lo estábamos acosando. Amenazaba con denunciar y su hijo se ausentaba durante semanas. Para cambiar estas dinámicas nos reunimos con ella y le preguntamos qué es lo que buscaba en la educación de su hijo. Ella nos dijo que quería que fuera un chico con buenos valores, buena persona, respetuoso...le dijimos que estábamos muy contentos de ver que nosotros queríamos lo mismo para él porque ahora podíamos trabajar junto con ella y seguro que Andrés podría "aprender" más rápido.

Valoramos junto a ella todo lo que pensábamos que Andrés había aprendido en casa y que eran valores muy positivos y que si seguíamos juntos en esta línea podríamos contribuir a que las conductas de Andrés mejoraran.

Su actitud cambió de golpe al darse cuenta que no éramos sus enemigos y que no la estábamos juzgando sino que necesitábamos su ayuda.

Se trata de no cuestionar y juzgar a los padres, ver sus potencialidades y animar a ejercerlas en la tarea educativa. Cuando los padres no se sienten juzgados sino que entienden que nos podemos ayudar, a menudo se establecen nuevas dinámicas relacionales entre los padres, el hijo y el equipo educativo generando relaciones más funcionales.

10. **CONCLUSIONES**

Pienso que se pueden aplicar muchas técnicas de la terapia narrativa y colaborativa desde las instituciones educativas y en ellas se puede hacer partícipes a la familia.

La postura del no-saber ayuda a las familias a abrir un canal de comunicación con nosotros que nos permite trabajar con ellas.

Poder intervenir con los chicos y sus familias ampliando la definición identitaria, rompiendo los estigmas sociales que los identifican como "marginales" y ampliando sus posibilidades.

La terapia colaborativa nos proporciona una manera de relacionarnos y hacer que me parece muy apropiada para cambiar los roles con los que se han ido relacionando con los agentes sociales y educativos. El hecho de no sentirse juzgados permitirá que seamos validados como agentes educativos de sus hijos.

Por otro lado, poder trabajar desde las potencialidades nos permitirá que los chicos no se centren en sus déficits (que a menudo ya han convertido en bandera) y que sean capaces de descubrir capacidades que habían olvidado.

La parte estructural, aquella que mueve las relaciones familiares y permite al joven resituarse, es la más difícil de trabajar desde las instituciones educativas.

Una de las barreras con las que nos encontramos es con la poca tradición de trabajar con la familia desde la institución escolar. La familia debe estar dispuesta a cambiar y a abrirse para poder trabajar los alineamientos, el poder y la jerarquía (estructuras que en muchos casos se encuentran organizadas de manera disfuncional)

Otro elemento que pienso que obstaculiza el proceso es que en las familias multiatendidas están "saturadas" de intervenciones y la postura de "guía" del terapeuta puede generar en ellos sensación de control y por tanto rechazan esta intervención.

Así pues, creo que intervenciones "estructurales" con una mirada posmoderna pueden facilitar este trabajo.

Si nos acercamos a ellas partiendo de sus capacidades y no de sus carencias y trabajamos de forma colaborativa y no directiva, conseguiremos que se potencien aquellos aspectos que si funcionan, las podremos apoyar y no se establecerá tanto secretismo ni dobles juegos.

Pienso que es importante, cuando se trabaja con poblaciones "marginales" o con culturas minoritarias, ser capaces de intervenir sin prejuizar, entrar en colaboración.

Finalmente creo que es fundamental que las instituciones educativas sean un elemento integrador y no excluyente pues como hemos visto, son un elemento que puede ayudar al joven a conformar esta identidad delincencial si son rechazados por el sistema o bien pueden, como hemos visto, ayudar al joven a generar un funcionamiento más funcional.

Bibliografía:

- Artiaga, J. F. (1996). Necesitats educatives del adolescents en situació de risc social. *Educació social: revista d'intervenció socioeducativa*, (2), 20-32.
- Carbonell, M. C. (2005). Algunes reflexions entorn de la conceptualització de la infància i adolescència en risc social a l'Estat espanyol.
- Carrasco, E. (2000). La familia como sistema relacional.
- Chimpén, C. A., & Dumitrascu, A. R. De la terapia narrativa familiar a las prácticas narrativas colectivas..
- García-Martínez, J. (2012). *Técnicas narrativas en psicoterapia: Jesús García-Martínez*. Síntesis.
- Linares, J. L., & Gamburg, B. (1996). *Identidad y narrativa*. Barcelona: Paidos.
- Gergen, K. J. (1992). *El yo saturado: dilemas de identidad en el mundo contemporáneo*.
- Guidano, V. F. (1994). *El sí-mismo en proceso: hacia una terapia cognitiva posracionalista*. Paidos.
- Harold, G., & Harlen, A. (1994). Narrativa y self. Algunos dilemas posmodernos de la psicoterapia. *Nuevos paradigmas, cultura y subjetividad*, 293-306.
- Krauskopf, D. (1995). Las conductas de riesgo en la fase juvenil. *Trabajo presentado en el Encuentro Internacional sobre Salud Adolescente, Cartagena de Indias, Colombia*.
- Olguín, R. D. (2007). El modelo narrativo en la psicoterapia constructivista y construccionista. *Círculo de Psicoterapia Cognitivo Constructivista*, 1-12.
- Payne, M. (2002). *Terapia narrativa: una introducción para profesionales*.
- Sáez, M. T. (2006). Las terapias posmodernas: una breve introducción a la terapia colaborativa, la terapia narrativa y la terapia centrada en soluciones. *Psicología conductual*, 14(3), 511-532.
- Scarpati, M. P., Pertuz, M. S., & Silva, A. S. (2014). Límites, reglas, comunicación en familia monoparental Con hijos adolescentes. *Diversitas*, 10(2), 225-246.
- Sluzki, C. (2009) Terapia en conflictos adolescentes
- Urzúa, R. F. EI ADOLESCENTE Y SUS CONDUCTAS DE RIESGO.
- White, M., & Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona Paidos