



ANÁLISIS CRÍTICO DE LA EXPERIENCIA DE UN TRABAJO COLABORATIVO CON MUJERES

Gardenia Isabel de Atochita Koh Yah¹

Antal Promoción de la Salud A.C.

Teresita Castillo León

Universidad Autónoma de Yucatán

Resumen

Se presenta el análisis de una experiencia de trabajo clínico con mujeres, desde la perspectiva de una psicología clínica incluyente y promotora de la salud, que no solo busca la cura o prevención de enfermedades. Se trabajó desde un paradigma cualitativo con metodología de Investigación Acción Participativa (IAP), que reflejara que el trabajo clínico es posible en un contexto comunitario, con el involucramiento y la participación activa de las personas. El trabajo se enmarca en el modelo colaborativo que privilegia el lenguaje como elemento constructor y transformador de la realidad. La práctica desarrolló un ejercicio de reflexión, con sentido crítico, sobre la salud y su promoción. El propósito de estas conversaciones terapéuticas fue contribuir a la ampliación de alternativas que impactaran en el bienestar de las participantes, es decir, el fin fue la optimización de los recursos de las personas.

Palabras clave:

terapia colaborativa, Promoción de la salud, mujeres, clínica-comunitaria.

Abstract

The article presents the analysis of a clinical work experience with women, from a perspective considering clinical psychology as inclusive and health promoting, that not merely searches for the cure or prevention of disease. The experience, worked from a qualitative paradigm with PAR methodology, reflects that clinical work is possible in community settings, with the involvement and active participation of people. The work done through the collaborative model, privileges the language as a builder and transformer of reality. The practice developed a brainstorming exercise, with critically reflection, and health promotion. The purpose of these therapeutic conversations was to contribute to the expansion of alternatives that influences the welfare of participants. The goal was the optimization of the resources of the women involved.

Keywords:

collaborative therapy, health promotion, women, clinical-community.

¹ Corresponding author: Address correspondence for this article should be address to Gardenia Isabel de Atochita Koh Yah, email: gardeniaky@gmail.com.

La salud constituye una de las principales áreas de acción en la actualidad cuando se habla acerca de desarrollo social, por lo que su promoción así como la prevención de enfermedades son tareas prioritarias si la orientación es fomentar el bienestar de las personas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2004) conceptualiza la salud desde una perspectiva integral, y habla específicamente de la salud mental, definiéndola como el estado de bienestar individual en el cual las personas dan cuenta de sus propias aptitudes, pueden enfrentar las presiones normales de la vida, son competentes para trabajar productiva y fructíferamente y tienen la capacidad de hacer una contribución a la comunidad.

El trabajo en promoción de la salud implica una labor multi e interdisciplinaria y, en el caso de la psicología, el involucramiento de sus distintas áreas, procurando nuevas y eficaces formas de contribuir con la salud de las personas. En este contexto es posible decir que una de las áreas de la psicología que históricamente ha sido reconocida en el campo de la salud es la clínica, la cual se ha desarrollado principalmente desde un modelo biomédico, centrado en la patología, teniendo, como fin último, la ausencia de enfermedad. Sin embargo, Snyder, López y Teramoto Pedrotti (2011) exponen que las tareas a desarrollar por la psicología dentro del campo de la salud, como ésta es concebida actualmente, deben orientarse a un concepto que vaya más allá de la cura de desórdenes. Debe abordar temas relacionados también con la promoción de la salud y no solo con la prevención de la enfermedad. Parra (2016) añade que un desafío para los profesionales en psicología es responder a las demandas de asistencia en situaciones de enfermedad o dificultad, a la vez que se incorpora una perspectiva comunitaria tendiente al fortalecimiento de espacio y prácticas comunitarias generadoras de salud. De manera específica, esta autora habla acerca de las áreas clínica y comunitaria y señala válido preguntarse por la especificidad que toma la clínica cuando es desarrollada desde una mirada comunitaria y, al mismo tiempo, reflexionar acerca de cuáles son las relaciones de continuidad del trabajo comunitario con el trabajo clínico.

Actualmente es posible observar que la psicología clínica incluye perspectivas diferentes que promueven la salud y el bienestar de las personas más que solamente prevenir la enfermedad. Esta perspectiva se observa en modelos terapéuticos que parten de una base socio-construccionista, tales como el Modelo Narrativo (White & Epston, 1990) y el Modelo Colaborativo (Anderson, 1997 y 2005), los cuales ponen un acento hacia los beneficios de un trabajo conjunto, abierto y plural, en el que se privilegian los procesos interaccionales y el lenguaje como generadores de cambios. Además, su ejercicio no es exclusivo de un consultorio sino amplía su campo de acción, llevando el compromiso establecido con las personas a otros escenarios, por ejemplo, a un escenario comunitario (Roca Perara, 2000).

Este trabajo presenta un análisis de la experiencia de un trabajo clínico implementado considerando los criterios propuestos por el modelo colaborativo, en el que, a través de las conversaciones, las personas involucradas realizaron un ejercicio auto reflexivo, con sentido crítico, que permitió nuevas formas de comprensión de los sucesos de la vida cotidiana, generando cambios considerados benéficos (Anderson, 2005). Esto conforme a optimizar los propios recursos, como principio básico de la Promoción de la Salud. El trabajo realizado se encuentra dentro de un paradigma cualitativo de investigación en que el trabajo clínico se llevó a un contexto comunitario mediante una metodología participativa, con enfoque de Investigación Acción Participativa.

Antecedentes

Como fue señalado previamente, la labor de la psicología clínica y de la Promoción de la Salud convergen en el interés por el bienestar de las personas y en la búsqueda de condiciones que contribuyan con el mejoramiento de su calidad de vida. Asimismo, han mostrado un movimiento en el que se alejan de modelos tradicionales para llevar a cabo su labor hacia otros modelos de trabajo. Particularmente en el caso de la psicología clínica, el construccionismo social ha despertado un interés creciente que se ha reflejado en el desarrollo de modelos terapéuticos como los ya mencionados. Desde el construccionismo social, lo que se ve surge de un sistema de lenguaje, de las relaciones y la cultura que se comparte con las personas (Goldenberg & Goldenberg, 2004). De acuerdo con McNamee (2006, en Guanaes y Rasera, 2006) lo que comparten los modelos basados en el construccionismo social es que se mueven de lo individual a lo relacional, y de lo interno a lo



social. Esto es sumamente relevante pues al moverse hacia lo relacional y a las prácticas del lenguaje, se trabaja desde un modelo con posibilidades potenciales en oposición al modelo de déficit y patología.

Así, planteamientos socio-construccionistas se extendieron hacia la comunidad dedicada a la psicoterapia con lo cual empezaron a alejarse de una idea tradicional orientada a la mente individual, para dar paso a la idea de que son las relaciones entre las personas las que crean los significados. Particularmente, autores como Harlene Anderson (2009a), han reconocido en su quehacer profesional la influencia de la orientación socio-construccionista que la movió de la idea individualista hacia una idea relacional lo cual le ha llevado a reconocer la importancia de considerar como fundamental el diálogo que, desde esta perspectiva socio-construccionista, promueve cuatro transiciones clave en la posición y los objetivos psicoterapéuticos: a) La flexibilidad, b) la conciencia de la construcción, c) la colaboración y d) la relevancia de los valores (Gergen & Warhus, 2001; Strong, 2011).

Para Anderson (2009a) la aproximación colaborativa representa más una filosofía de vida que solamente una teoría acerca de la terapia; una manera de ser y pensar que se refleja en el espacio terapéutico pero que no necesariamente se limita al mismo. De acuerdo con la autora (Anderson, 1997) suele ser enriquecedor entender a la terapia colaborativa a partir del papel del o la terapeuta, ya que se pueden evidenciar los principios que caracterizan su trabajo. Al respecto, ha señalado que no se adhiere a una idea de ser experta y que se posea conocimiento privilegiado, sino que éste se construye junto con la persona. Por ello, el eje de las acciones es una actitud de respeto, curiosidad y apertura. Así, se desarrolla una conversación entre compañeros donde se acuerdan las decisiones que a la persona le conciernen acerca de su proceso. Es decir, el sistema terapéutico es horizontal, democrático e igualitario (Anderson, 1997), lo cual implica una relación de mutua participación en la que la/el cliente es experto en la experiencia y el/la terapeuta lo es en cuanto al proceso. De este modo, el proceso terapéutico se acerca, por sus características, a una conversación cotidiana. El reto de la terapia, de acuerdo con Gergen (1996), no va tanto en el sentido de sustituir narraciones sino de contribuir a que las personas participen en la continua transformación y creación de nuevos significados.

En esta lógica de planteamientos, surgen como forma de trabajo los equipos reflexivos cuyo propósito es desarrollar una conversación generativa, es decir, un tipo de conversación que es producto de un trabajo en equipo que se distingue por intentar comprender en lugar de explicar y mira al espacio mental como un espacio público e intersubjetivo. En este sentido, integrando las ideas previamente señaladas, las personas son agentes activos de su aprendizaje personal, interpersonal y grupal mediante el intercambio de experiencias, construyendo así esta conversación generativa (Platone, 2000).

Este tipo de abordaje colaborativo fue implementado dentro de un proceso de Investigación Acción Participativa (IAP) realizado con mujeres como parte de una tesis de grado. Éste tuvo, como objetivo, hacer un ejercicio de auto-reflexión con sentido crítico sobre la salud y su promoción en la vida cotidiana a través de las conversaciones de las mujeres participantes. Su finalidad fue dar lugar a nuevas formas de comprensión de la cotidianidad de las participantes, y que todo ello contribuyera a generar una ampliación de alternativas que resultaran en cambios que tuviesen un impacto beneficioso en sus vidas.

Método

A comunicación expresa de las participantes a las y los docentes de la escuela sobre su interés por participar en algún proyecto de corte psicológico en el cual no tuvieran un papel pasivo, se inició un proceso de relación con profesionales de la psicología en el que pudieran manifestar sus intereses, expectativas, experiencias siendo activas en todo el proceso. Esto a diferencia de otras formas de participación en las que se habían involucrado donde la voz activa había sido siempre la del/la profesional. De ahí se inició un proceso el cual, al igual que diversos presupuestos socio-construccionistas llevó inherente las ideas de participación, que las situaciones a trabajar tienen un carácter único e inigualable y que lo importante es la interpretación particular de los fenómenos (Jiménez-Domínguez, 2007). Así, la relevancia metodológica del presente trabajo se sitúa en su carácter participativo, eje generador de la propuesta, considerando que dicha participación tiene una intención y un fin, y que la IAP tiene como propósito fundamental la implementación de acción, que debe estar presente en todo el proceso.

Participantes

El proyecto se realizó con la colaboración de 10 mujeres, madres de familia de una escuela primaria pública, cuyas edades oscilaban entre los 30 y 55 años.

Técnicas y procedimiento

El proceso de IAP fue realizado en sus 3 fases: diagnóstico (que aquí se le denomina exploración o etapa exploratoria dado el enfoque colaborativo utilizado), intervención y evaluación. Previa a la etapa exploratoria de la IAP, se tomaron acuerdos de participación con el plantel educativo y con las madres de familia, en una reunión en la que se establecieron la confidencialidad, el consentimiento para las grabaciones de audio y la libre participación en el proyecto. En dicha reunión se evidenció la importancia y la necesidad de realizar un trabajo grupal y participativo para compartir experiencias y perspectivas mediante las cuales pudieran realizar un trabajo de reflexión terapéutica acerca de sí mismas. Posteriormente, a partir de ello, se realizó un primer análisis exploratorio como base de una propuesta inicial de trabajo colaborativo, con enfoque de promoción de la salud, es decir enfocado en los recursos y potencialidades. Esta fase exploratoria inició con un taller participativo que permitió la delimitación más clara y sistematizada de sus necesidades y expectativas, así como de las formas preferidas de trabajo. Además del taller, se aplicaron encuestas y se realizaron entrevistas semi-estructuradas para complementar la información sobre los diversos aspectos enfatizados por ellas. Antes de iniciar la fase de intervención se socializó dicha información y sobre las posibilidades de trabajo, para recibir la retroalimentación correspondiente por parte de las participantes y hacer los ajustes necesarios.

La intervención grupal colaborativa constó de sesiones a manera de taller participativo conversacional y equipos reflexivos (Andersen, 1991). La lógica de incluir como opción de trabajo terapéutico a los equipos reflexivos fue el interés de las participantes por encontrar soluciones de situaciones que les preocupaban, bajo la idea de que las mismas personas participantes en el grupo podrían aportarles nuevas alternativas acerca de cómo vivir sus circunstancias particulares. Andersen (1991) señala que pueden existir diferentes modalidades para llevar a cabo el trabajo en equipos reflexivos, siendo lo más tradicional la participación de los terapeutas para brindar las reflexiones. Sin embargo, para la formación de dichos equipos se utilizó la propuesta de Licea Jiménez (2002) quienes proponen que pueden ser equipos donde participen personas que no sean necesariamente terapeutas, ni profesionales en algún área. En las sesiones que tuvieron lugar durante el proyecto, fueron las mismas participantes que se conformaban como la parte reflejante y solo una psicóloga cumplió siempre el papel de terapeuta. Todas estas estrategias privilegiaron siempre la conversación y el cumplimiento de principios colaborativos. Paralelamente, cuando así lo consideraron necesario, algunas de las participantes tomaron parte de un proceso terapéutico individual.

La fase de evaluación se hizo tanto al final como en diferentes momentos del proceso: Al final de la etapa de exploración, a lo largo de la intervención y, de forma global al concluir la intervención, como etapa final de la IAP. Durante la etapa exploratoria y de intervención, algunas técnicas de evaluación fueron los cuestionarios al final de cada sesión grupal y las plenarias con las que se concluían las mismas. En cuanto a la evaluación de los procesos psicoterapéuticos empleados (grupales e individuales), se utilizaron reflexiones finales por parte de las mujeres participantes y la terapeuta, además de utilizar guías de observación sobre el trabajo colaborativo (Anderson, 2009b, Gergen y Warhus, 2001 y London, Saint George y Wulff, 2009), la psicoterapia posmoderna (Anderson, 1997, Anderson, 2009a y Gergen y Warhus, 2001) y de los equipos reflexivos (Andersen, 1991). En estas guías se utilizaron los criterios que serán expuestos en el siguiente apartado.

La evaluación como fase global, fue realizada mediante un par de sesiones en las que las participantes se enfocaron en las actividades realizadas, en los procesos grupales vividos, en el papel de la psicología en el proyecto y en su proceso personal en términos de promoción de la salud. En este momento se retomaron las propuestas planteadas al final de la etapa exploratoria, para que ellas comentaran acerca de qué tanto se habían cubierto las expectativas y qué otros aspectos caracterizaron al grupo y a la persona facilitadora del proceso. Por último, orientado hacia sus procesos personales, se habló acerca de los diferentes impactos en sus vidas a partir de su participación en el proyecto.



Análisis de la información

Para la labor de análisis sobre la experiencia de trabajo clínico colaborativo implementado se hicieron transcripciones de las sesiones grupales de intervención y, a partir de ello, más lo observado mediante las guías de observación en todas las sesiones individuales y grupales, se verificó la congruencia del trabajo realizado con los criterios establecidos para la psicoterapia abordada como construcción social (Anderson, 1997, 2009a y b; Gergen y Warhus, 2001), que fueron mencionados en el apartado de antecedentes. Además, se incluyó el análisis sobre el cumplimiento del modelo colaborativo en su función de promover el bienestar de las participantes para lo cual se retomaron los criterios propuestos por Anderson (2009b), quien presenta diversos elementos a observar en la práctica colaborativa, a manera de invitación en el quehacer profesional en terapia, proporcionando un marco de referencia o perspectiva para el modo de pensar, hablar, responder y crear con la gente y que permiten la disolución de las barreras jerárquicas entre consultantes y terapeutas. Estos elementos son: a) interesarse genuinamente en el relato de la persona, b) entender que el lenguaje es propio de cada persona y no de una familia como unidad, c) utilizar el lenguaje coloquial de la persona y no uno propio de la carrera, d) enfocarse en el conocimiento de la persona y no en ideas preconcebidas y e) volverse públicos/as ante las y los consultantes. Así también se retoma lo propuesto por Gergen y Warhus (2001) en cuanto a) ir de la mente al discurso, b) la relación tiene un lugar central, c) la polivocalidad, d) ir de los problemas a las potencialidades y e) del *insight* a la acción.

Resultados

Retomando lo dicho, los resultados se presentan en términos de los principios de la práctica colaborativa ya mencionados (Anderson, 2009b y Gergen y Warhus, 2001), así como desde la psicoterapia como construcción social (Anderson, 1997; Anderson, 2009b y Gergen y Warhus, 2001). En primer término, en un ejercicio de evaluación, en el que se mostraron algunas de las pautas dadas por Anderson (2009a) las participantes señalaron que desde de su punto de vista fue notorio el interés en cada una de ellas y de las historias que compartían. Fue importante escucharlas y hacer preguntas que permitieran conocer más acerca de sus historias y aprender de ellas.

[Al hablar acerca del clima de respeto] Nos diste mucha confianza para tener ese respeto. Yo sentí que, al principio tu interés más que profesional fue por ayudar a tus papás, porque ésta es la escuela donde tu papá es el director y tu mamá una de las maestras... y para tí fue un interés aparte de profesional, de ayudar a tus papás. [...] Entonces yo me di cuenta que después tomaste mucho interés en nosotras, en nuestros propios problemas... yo sentí que ya no era por el hecho de papá y mamá. Yo así lo sentí, incluso cuando teníamos las sesiones individuales... el tiempo que dabas, al escuchar, que a veces nos pasábamos de la hora (Lucía, 26 de junio de 2010).

En este sentido, Anderson (2009b) recomienda evitar pensar en lo que debería estar diciendo el cliente, y responderle con coherencia. Lo más recomendable es checar con la persona si lo que, desde la posición de terapeuta se escucha, es lo que la persona quería que se escuchara. Para ello, es importante ser conscientes de las preguntas hechas, de los ritmos en las conversaciones, de las pausas y de los silencios; todo ello recopila las singularidades de cada conversación y del mutuo respeto para no apurar una pregunta, una respuesta, llenar algún silencio o guiar la conversación en función de expectativas e inferencias personales. Por ejemplo, se dieron situaciones en las que alguna de las personas se tomaba el tiempo para plantear algún cuestionamiento, dando espacio para contar su historia personal; aunque podría parecer que esto escapaba a los propósitos de la sesión, posteriormente quedaba claro que sin esa contextualización sería más difícil la comprensión de la situación planteada. O bien, lo que exponía la persona era algo diferente a lo que otras pensaban acerca de un tópico en particular; por ejemplo, acerca de las construcciones de género y cómo históricamente los espacios domésticos son atribuidos a las mujeres.

A mi hija no le gusta, ¿qué le gusta a mi hija? Del hogar a mi hija no le gusta lavar trastes, no le gusta cocinar, como que dice... le digo –hija, eres mujer, te debe de gustar... pero no le gusta. –Yo lo hago,

porque tú me obligas... y le digo –entonces estudia, para que puedas pagarte una sirvienta (Lucía, 13 de marzo de 2010).

Acerca de esto se podrían haber hecho intervenciones que cuestionaran las construcciones acerca de lo femenino, acerca de las pautas de crianza o del ambiente familiar, siempre partiendo de un marco referencial que nos habla acerca de los supuestos que idealmente se promueven en relación con dichos temas. Es confrontante suspender juicios e ideas preconcebidas para dar paso a las voces de las participantes que, en este ejemplo particular, fueron quienes realizaron todos estos cuestionamientos en las sesiones grupales:

Rocío: ¿No lo correcto sería decirle que un día va a salir de su casa y va a vivir independientemente, y si no lo aprende ahorita...?

Mónica: Con hombre o sin hombre, algún día lo vas a tener que hacer.

El hecho de no anticiparse ni anteponer las expectativas propias a las del consultante no significa que el/la terapeuta deje a un lado su propio carácter personal, sino en no imponerlo. Por el contrario, la misma Anderson (2007 en London et al., 2009) habla acerca de la coherencia entre la forma de ser en lo profesional y en lo personal. De tal modo fue importante que las participantes expresaran sus opiniones e inquietudes tanto del proceso, como de la formación profesional y como persona. A decir de London et al. (2009) esta forma de compartir con las consultantes agrega dimensión y profundidad a la relación, favoreciendo de esta manera la construcción de una comunidad colaborativa.

Así mismo, otra recomendación de Anderson (2009b) tomada en consideración fue la de “hacerse públicos”, lo cual consiste en explicitar y compartir con la persona aquellos pensamientos o ideas que estén surgiendo en uno, a partir de la conversación. Uno de estos casos fue en la sesión en la que se abordó la temática de la violencia en las relaciones de pareja. A decir de Anderson (2009a), esto contribuye a desdibujar aquellas fronteras artificiales impuestas por motivo de la profesionalización, por supuesto, de una profesionalización entendida como jerárquica, que en este proceso procuró romperse:

¿Qué beneficios le trae a él estar contigo? Hago estos cambios en función de algo que espero, que ella no se vaya... Eso es una preocupación mía. Yo sé cómo puede ser... por el tipo de situaciones que he visto en el trabajo, entonces sé que puede ser muy esperanzador... que yo no digo que esté mal tener esperanzas, pero también claridad... que esto puede ser cambio, que esto puede ser disposición, pero también pueden ser otras cosas. Y no te lo digo para ensombrecer, sino para tener en consideración (Terapeuta, 6 de marzo de 2010)

Cabe decir que fue una de las pautas más cómodas al trabajar y posiblemente tenga que ver con una renuncia a suponer que la profesión provee conocimientos privilegiados y muchas veces inaccesibles a las personas. Esto contribuye a la construcción de relaciones horizontales en donde la expertez de un/a terapeuta va aunada a su participación como compañero/a conversacional y no como una expertez relativa a la vida de la persona que consulta y lo que debería hacerse.

En cuanto al supuesto propuesto por Anderson (2009b) sobre lo esencial del papel del conocimiento local, se encontró que éste guarda una estrecha relación con el tipo de investigación desarrollada con el grupo. Esta conjunción de saberes acerca de sus vidas llevó a la búsqueda de un trabajo en el cual ellas delimitaran las acciones a realizar. Tuvo sentido el cuidado de evitar quedarse con una sola historia, que creara una realidad empobrecida y con escaso margen de flexibilidad. Así, fueron de suma relevancia las características y experiencias de las participantes, reflejadas en su postura, y traducidas en comentarios que iban desde su historia personal hasta la descripción de sus relaciones, sus preocupaciones e intereses. De este modo vemos cómo toma sentido con la polivocalidad señalada por Gergen y Warhus (2001) al hablar de la terapia como construcción social, ya que ésta se refiere a la conjunción de posturas y cómo éstas se entretajan en las conversaciones, lo cual evidencia también cómo el conocimiento es un proceso interactivo.

También fue considerado el supuesto de Anderson (2009a) que señala al lenguaje como un eje transformador y, a la vez, generador de conocimientos en un proceso social creativo. El uso de la palabra y la capacidad de expresión propiciaron espacios para intercambios no sólo de ideas, sino de perspectivas acerca de temas del interés de las participantes y todo esto fue precisamente algo que contribuyó con la riqueza del grupo.



Por ejemplo, una de las participantes habló acerca del hecho de que una misma situación la había conversado con diferentes personas pero es en el grupo donde se generó en ella un proceso reflexivo:

Pues me pareció muy... sí me sirvió mucho, con el simple hecho de haber hablado, de haber sacado lo que yo siento hacia otras personas que apenas me están conociendo. Porque lo que yo siento lo he comentado a otras personas, pero el venir acá, donde todas tenemos algo parecido. El simple hecho que lo hicieran con respeto, pues sí me ayudó mucho, me sentí mejor. Sobre todo, después en mi casa, yo solita reflexionaba... ¿será que estoy haciendo un mar en un vaso de agua? (Rocío, 6 de febrero de 2010).

La cita anterior habla también acerca de la importancia del respeto en las conversaciones con sus compañeras, y cómo el lenguaje no tiene que ver únicamente con lo que se comunica, sino con cómo se hace. El hecho de conversar en el espacio grupal y después continuar pensando acerca de ello en casa, constituye por sí mismo una forma de relacionarse con ella misma y con muchas otras personas en una conversación interna.

Por otro lado, el nacimiento del proyecto descrito fue por, para y con la comunidad, por lo que en el diseño se optó por técnicas que invitaran a la participación en un intercambio de ideas, de formas de ver y diversificar las experiencias. Una de éstas fue la realización de entrevistas individuales en las distintas fases del proceso de IAP, en vinculación con el supuesto relativo a evitar caer en la generalización (Anderson, 2009b). Y esto no es porque en el trabajo grupal no fuera suficiente, sino porque fueron estos encuentros sinónimos de espacio para conocer más profundamente el particular punto de vista y las experiencias de vida de cada una. También se llevaron a cabo sesiones psicoterapéuticas en espacios individuales, atendiendo a una petición grupal expresa durante la fase exploratoria del proyecto. Éste, en particular, fue uno de los movimientos de ajuste más trascendentes en el proyecto pues implicó una reorganización en planificación de tiempos y una ampliación de trabajo colaborativo.

En ocasiones, al identificar características y situaciones en común puede ser tentador caer en la generalización; sin embargo, tanto para la metodología cualitativa en investigación como para el trabajo colaborativo, lo que se privilegia es la singularidad de las personas. El riesgo en la generalización, a decir de Anderson (2009b), recae en que se pueda despersonalizar el conocimiento y esto se traduce en limitarnos y (de alguna manera) contribuir en limitarles sus posibilidades. Las mujeres participantes, en una línea de respeto a estas diferencias pero, a la vez, haciéndolas evidentes, fueron generadoras de conversaciones en donde cada una aportaba desde su historia lo que consideraba podía ser de ayuda a la persona.

El trabajo grupal, tanto mediante las técnicas participativas como en los Equipos Reflexivos, dio cabida a un intercambio de voces de las mujeres. Dichas voces ocuparon un espacio propio que las otras participantes podían ver desde distintos sentidos y darles diferentes significados. Esto coincide con lo destacado por Sáenz Jiménez y Trujano Ruiz (2015) quienes concluyen en la investigación que desarrollan, que el trabajo grupal de corte constructorista constituye un espacio terapéutico oportuno y fértil para la generación de historias alternas a las problemáticas. Las participantes, finalmente, eligieron qué tanto de lo que escucharon podían traducirlo en aprendizajes que llevaran a la práctica en sus vidas, atendiendo a su contexto, a su historia y a su identidad. Esto se evidencia en citas como la siguiente expresada al hablar acerca de los comentarios de sus compañeras ante su experiencia de pareja:

Pues sí varias ideas, varias alternativas. Como decía Rocío... escuchas las experiencias y los comentarios pero una es la que tiene que decidir aceptar qué alternativas me quedan, qué agarro, qué no agarro, qué terminas decidiendo. Sí me llevo muchas cosas. Estuve pensando y hay muchas cosas que yo estaba... no olvidando, sino que ya no ponía en la balanza (Lucía, 6 de febrero de 2010).

Lo fundamental es que las participantes se plantearon la posibilidad de ampliación a partir de los conocimientos de otras personas, dejando claro que no se trataba de un solo conocimiento inequívoco e inamovible, sino de un proceso de creación de éste, a partir del lenguaje. Visto así, el supuesto del lenguaje como un proceso social creativo (Anderson, 2009b), en el que cada persona participe en una construcción

dialógica, con un sentido de novedad y pertenencia/agencia. Esto es algo particularmente destacable en el trabajo grupal de esta naturaleza, pues lo que la literatura reporta es que las personas que integran los grupos logran una mayor conciencia de su propio pensamiento, conocen significados y resignifican sus relatos (Sáenz Jiménez y Trujano Ruiz, 2015).

Por último, Anderson (2009b) menciona que el conocimiento y el lenguaje, además de ser relacionales y generativos, son intrínsecamente transformadores. Desde el inicio, en la fase exploratoria, sin haber planificado lo que sería propiamente la intervención, fue evidente que ya las participantes se encontraban en un proceso reflexivo y generador de alternativas debido a la riqueza de las discusiones y el modo en que planteaban aquellos aspectos que darían forma a la propuesta de intervención. En este sentido, varios de sus cuestionamientos acerca de diferentes temas se los plantearon a partir de los comentarios, en el curso de la conversación. A través de un proceso grupal se sucedían diferentes procesos hacia el interior de las personas, como cuenta Rocío al explicar por qué consideraba que las sesiones eran en sí mismas terapéuticas.

Yo así lo estoy viendo [como terapia]. Aquí no sólo estamos... por ejemplo, como cuando vamos a la secundaria y sólo nos dicen “vamos a hablar de sexualidad en el adolescente”... sólo eso abarca. Aquí, siento que me está ayudando porque escucho y puedo expresar, y traes preguntas que me hacen reflexionar, y es continuo. A mí me gustaría que esto siga porque me está ayudando, pero... de verdad... que si ahorita tú dices “me voy, ya no vuelvo”... yo no sé qué voy a hacer (Rocío, 20 de febrero de 2010).

Esto refleja, de alguna manera, que el lenguaje es una actividad creativa y creadora, en la que dialogamos internamente con nosotros mismos y con otros/as.

Al llevar a cabo la evaluación, comentaron acerca de aquellos elementos que a su consideración habían facilitado el desarrollo del trabajo. Entonces retomaron las características del grupo que consideraron importantes en este sentido: Las actitudes y muestras de confianza y respeto, el acuerdo de la confidencialidad y la discreción, la participación activa y el ambiente alegre que predominó. También hablaron acerca de lo importante que había sido la comprensión, reflejada en la preocupación por los problemas de todas y los consejos dados a partir de una crítica constructiva. De manera correspondiente, hubo también una apertura a dichas críticas, muestra de madurez y disposición para iniciar nuevas acciones orientadas a su bienestar. El elemento de apertura no fue algo promovido solo al momento de la retroalimentación sino que fue tarea permanente a lo largo de todo el proceso con el fin de optimizar la riqueza de las conversaciones entre y con las participantes.

En cuanto al trabajo de facilitación, al finalizar la etapa exploratoria comentaron que fue importante mantener una actitud amable, que invitara a la expresión de ideas, poniendo atención en el cuidado del material de trabajo. Dijeron que les hubieran gustado explicaciones más amplias acerca de temas como la depresión y la ansiedad pues, hasta ese momento, únicamente pensaron el rol tradicional como facilitadoras de talleres. En cambio, cuando se llevó a cabo la evaluación global del trabajo comentaron que sus expectativas en cuanto al desempeño se cumplieron y añadieron otros aspectos que percibieron como importantes aunque originalmente no los habían considerado: Un sentido de profesionalidad reflejado en el respeto a los compromisos establecidos, la disposición de tiempo y la responsabilidad. Además comentaron que, en general, hubo una actitud paciente y respetuosa, de flexibilidad. Fue importante que todo lo mencionado no fuera exclusivo de los roles como facilitadora de actividades grupales o de Equipo reflexivo, sino también como terapeuta. Todos estos elementos descritos fueron fundamentales para el desarrollo de los objetivos propuestos; y, por supuesto, para el engranaje armonioso entre cada una de las personas que participaron del mismo.

Discusión

London et al. (2009) y Anderson (2009b) consideran que la práctica colaborativa está más vinculada a un estilo de vida. Esta idea nos acompañó a lo largo de toda la intervención porque es una aseveración que genera muchos cuestionamientos y porque confronta con lo que se está haciendo en el campo profesional y en el personal: ¿En qué consiste ser terapeuta o hacer terapia desde este modelo?, ¿De qué forma esto puede verse reflejado en nuestro quehacer cotidiano? Este estilo de vida del que nos hablan los autores mencionados, ¿Es exclusivo del terapeuta?, de no ser así, ¿Qué beneficios puede tener para las personas esta postura colaborativa?



Un pilar importante fue la postura abierta y respetuosa de cada punto de vista de las personas que participaron, ya que esto posibilita el conocimiento de experiencias que enriquecen el trabajo colaborativo, sea en sus vertientes comunitaria o clínica. Un reflejo de la importancia de ello fue, por ejemplo, el proceso de retomar siempre el eco de sus voces e ideas. En este sentido, independiente del modelo terapéutico o de los elementos teóricos privilegiados por la o el psicólogo, el punto de partida y el punto de retorno convergen en las personas mismas.

Las experiencias y las impresiones/evaluaciones de las participantes evidenciaron que la actitud y el modo en el que fue establecida la interacción marcan diferencias importantes en las relaciones, que favorecen la apertura a la experiencia y la disposición para brindar parte de la propia intimidad e identidad. Así, constantemente y en diferentes momentos del proyecto surgían preguntas como: ¿Qué estaba haciendo de esta experiencia una excepción de otras experiencias de trabajo desde la Psicología clínica?, ¿Cuáles estaban siendo sus contribuciones? y ¿Cuáles eran las contribuciones de esas otras personas que no estaban presentes físicamente pero que sus voces eran llevadas a ese espacio? En definitiva, esta sugerencia de trabajo de estar en una posición de “no saber” (DeFehr, Adan, Barros, Rodríguez & Wai, 2012), no dar por sentado nada, ni pretender que se conoce ya a la persona es algo imprescindible para un trabajo plural que se aleje del peligro de apearse a historias únicas que limiten las posibilidades del ejercicio de ser y estar en relación con otras y otros.

Los planteamientos del construccionismo social en lo que respecta a la terapia constituyen por sí mismos elementos que pueden desarrollarse en el quehacer profesional sin necesidad expresa de adherirse a algún modelo terapéutico en particular. Sin embargo, Gergen y Warhus (2001) identifican este pensamiento construccionista en la teoría y la terapia familiar, a la vez que Anderson (1997) vincula el Enfoque Posmoderno con el construccionismo social. Una de las principales ideas que surgen desde el construccionismo social en la terapia es la relevancia de la relación en lugar del estado mental. El que las participantes enfatizaran la importancia que había adquirido el grupo y la forma como privilegiaban los comentarios hechos en el mismo cuando reflexionaban acerca de sí mismas fue relevante, en el sentido de lo que indica Gergen y Warhus (2001): El lenguaje proporciona un firme punto de referencia para la exploración de la persona, dejando a un lado la idea de la reificación de la relación. Este movimiento hacia lo relacional no busca un alejamiento de la persona en lo individual, en sus emociones y deseos. Por el contrario, a través de un proceso grupal se suceden diferentes procesos hacia el interior de las personas; reflejando, de alguna manera, que el lenguaje es una actividad creativa y creadora, en la que se dialoga internamente con uno mismo y con otros/as.

También, por iniciativa de las participantes, se retomó prontamente la idea de la polivocalidad. Fue particularmente enriquecedor el dejar a un lado la idea tradicional de la singularidad para darle paso. Gergen y Warhus (2001) señalan que este movimiento cuestiona lo tradicional al dejar de determinar “la verdadera naturaleza del problema” para abrirse a múltiples alternativas. De acuerdo con lo expresado por las participantes, en este aspecto fue particularmente útil el trabajo mediante Equipos reflexivos (Andersen, 1991), en congruencia con los elementos teóricos que dieron forma al proyecto. De manera general, en el trabajo grupal pudo observarse que, como indica London (2008), en la medida que diferentes y múltiples puntos de vista se conocen, comparan y mezclan, pueden surgir nuevas ideas; esto es, a partir de las conversaciones y las relaciones, se construye la colaboración.

Tal vez uno de los principales beneficios del modelo colaborativo fue que el involucramiento en el proyecto constituyó, en sí, un modo de participación comunitaria, a decir de Gergen y Warhus (2001) se pasó del *insight* a la acción. Se dejan de señalar las deficiencias y se apuesta a los beneficios de una relación construida en un entorno terapéutico, que se ubica en un espacio orientado a ello sin que sea necesariamente un consultorio. Estos planteamientos socioconstruccionistas van ligados a las intervenciones basadas en la comunidad en donde la participación es esencial (Farfán Márquez, 2007) y consiste precisamente en el proceso de transformación de las personas de acuerdo con sus necesidades, llegando a este sentido de responsabilidad respecto de su propio bienestar; lo cual puede notarse en las acciones que muestran una contribución consciente y constructiva en este proceso. Además, vincular la IAP con el trabajo colaborativo permitió una integración de sus necesidades en cuanto a desarrollo personal y salud, retomando sus vivencias y el significado de sus experiencias en un espacio de reflexión en el cual dirigieron sus miradas hacia sí mismas y a la manera en la que establecen sus relaciones interpersonales para enriquecerlas como personas.

Este trabajo también nos llevó a la autoreflexión y a una mirada crítica acerca de la importancia de la creación y consolidación de un ejercicio clínico que sea coherente con lo que cada grupo profesional entiende por psicológico. De acuerdo con Tamayo (2015), de esta manera respondemos a una identidad particular consistente con la propia práctica, lo cual orienta progresivamente a la autocrítica; sólo de esta manera nos replanteamos lo pertinente en el ejercicio profesional, al tiempo que van dejándose prácticas infructuosas o inconsistentes, lo cual contribuye significativamente a consistencia interna de la psicología clínica.

De la misma manera, fue importante que el trabajo propio de la psicología clínica fuese llevado a un contexto comunitario y se erigiera como una opción más en cuanto a servicios de salud, planteada desde la integración de los diferentes puntos de vista y contribuciones que hicieron las mismas mujeres a quienes estaba dirigido este servicio. De esta manera se hace patente un compromiso para la contribución al mejoramiento en la calidad de vida de las personas, a la vez que colaboramos en la ampliación de la perspectiva acerca del papel de la psicología clínica, moviéndonos de los consultorios a las comunidades y de lo patológico hacia el bienestar.

Referencias

- Andersen, T. (1991). *El equipo reflexivo. Diálogos y diálogos sobre los diálogos*. Barcelona: Gedisa.
- Anderson, H. (1997). *Conversación, lenguaje y posibilidades. Un enfoque posmodernos de la terapia*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Anderson, T. (2005). Procesos de reflexión: actos informativos y formativos. En S. Friedman (comp.), *Terapia Familiar con Equipo de Reflexión* (pp. 39-69). Buenos Aires: Amorrortu.
- Anderson, H. (2009a). *Becoming a Postmodern Collaborative Therapist. A Clinical and Theoretical Journey. [Convertirse en un terapeuta colaborativo posmoderno. Un viaje clínico y teórico]*. Extraído el 13 de Enero de 2010 desde <http://www.harleneanderson.org/writings/becomingparti.htm>
- Anderson, H. (2009b, *january*). Postmodern/social construction Assumptions: Invitations for Collaborative Practices. [Supuestos Posmodernos/construcción social: Invitaciones a las prácticas colaborativas]. Extraído el 23 de enero de 2010 desde <http://www.harleneanderson.org/writings/becomingparti.htm>
- DeFehr, J., Adan, O., Barros, C., Rodríguez, S. & Wai, S. (2012). El ‘no saber’ y ‘asumir’ en los servicios sociales para refugiados e inmigrantes en Canadá: Una investigación conversacional sobre la postura del terapeuta. *International Journal of Collaborative Practices* 3(1), 89-103
- Farfán Márquez, A. (2007). Promoción de la salud en la práctica comunitaria. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 50(004). Extraído el 23 de Abril de 2010 desde <http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no50-4/RFM050000404.pdf>
- Gergen, K. (1996). *Realidades y relaciones: aproximaciones a la construcción social*. Barcelona: Paidós.
- Gergen, K. & Warhus, L. (2001). La terapia como una construcción social, dimensiones, deliberaciones y divergencias. Extraído el 17 de Febrero de 2010 desde http://www.swarthmore.edu/Documents/faculty/gergen/LA_TERAPIA.pdf
- Goldenberg, I. & Goldenberg, H. (2004). *Family therapy: an overview*. [La terapia familiar: Una visión general]. California: Thompson.
- Guanaes, C. & Rasera, E. (2006). Therapy as social construction: an interview with Sheila McNamee [La terapia como construcción social: Una entrevista con Sheila McNamee]. *Revista Interamericana de Psicología*, 40(1), 127-136.
- Jiménez-Domínguez, B. (2007). Investigación Cualitativa y Psicología Social Crítica. Contra la lógica binaria y la ilusión de pureza. *Dossier. Investigación cualitativa en salud*, (17). Extraído el 14 de Enero de 2010 desde <http://www.cge.udg.mx/revistaudg/rug17/3investigacion.html>
- Licea Jiménez, G. (2002). La perspectiva de cuatro terapeutas sobre la teoría y la práctica del equipo reflexivo. En G. Licea, I. Paquentin & H. Selicoff (Comps.), *Voces y más voces: el equipo reflexivo en México* (pp. 55-86). México: Alinde.
- London, S., Saint George, S. & Wulff, D. (2009). Guides for collaborating [Guía para la colaboración]. *International Journal of Collaborative Practices*, 1(1), 1-8. Recuperado de <http://ijcp.files.wordpress.com/2009/06/london-spanish.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2004). *Promoción de la salud mental. Conceptos, evidencia emergente, prácticas*. Extraído el 17 de Noviembre de 2009 desde http://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf



- Parra, M. A. (2016). Articulación entre el trabajo clínico y la perspectiva comunitaria: un desafío actual para la salud mental en el contexto de la atención primaria a la salud. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. 34 (1), 30-37
- Platone, M. L. (2000). Red social y equipo reflexivo: aplicaciones a un modelo de cambio educativo y comunitario en Venezuela. *Espacio abierto*. 9 (2), 253-270.
- Roca Perara, M. (2000). *Psicología clínica. Una visión general*. Santiago de Cuba: Félix Varela,
- Sáenz Jiménez, A.P. y Trujano Ruiz, P. (2015). Resignificación narrativa en la terapia grupal posmoderna. *Enseñanza e investigación en psicología*. 20 (1), 75-82.
- Snyder, C.R., López, S.J. & Teramoto Pedrotti, J. (2011). *Positive psychology. The Scientific and Practical Explorations of Human Strengths*. [Psicología positiva. Exploraciones científicas y prácticas de las fortalezas humanas]. 2nd. Ed. Washington: Sage.
- Strong, T. (2011). Diálogo colaborativo. El diálogo de ayuda examinado en un recorrido articulado a través de las ideas de Lyotard, Ricoeur, Schütz, Mead y Sócrates. *International Journal of Collaborative Practices*, 2 (1), 109-120.
- Tamayo, J. (2015). Unificación-integración en psicología: un análisis de tres dimensiones de la discusión. *Revista Interamericana de Psicología*. 40 (1), 15-26.
- White, M. & Epston, D. (1990). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.

Received:12/27/2013
Accepted:06/06/2016