



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

CAMBIOS DE PERSPECTIVA EN LAS NARRATIVAS DE GÉNERO Y VEJEZ

INFORME DE EXPERIENCIA PROFESIONAL
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE
MAESTRA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:
KAREN GUADALUPE GARCÍA GÓMEZ

TUTORA PRINCIPAL
MTRA. LAURA EDITH PÉREZ LABORDE
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

MIEMBROS DEL COMITÉ TUTOR
CARMEN SUSANA GONZÁLEZ MONTOYA
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

MARÍA ALEJANDRA SALGUERO VELÁZQUEZ
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

ALEXIS IBARRA MARTÍNEZ
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

OFELIA DESATNIK MIECHIMSKY
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

LOS REYES IZTACALA, TLALNEPANTLA, ESTADO DE MÉXICO
JUNIO 2023



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos

A mis padres, cuya presencia espiritual me ha ayudado a permanecer de pie.

A Binisa, que nunca desiste y me enseña todos los días que estar tranquila también es una forma de ser feliz.

A mis hermanos, quienes siempre me han brindado su apoyo y escucha.

A Jessi, con quien he aprendido que la amistad es un puente que se sostiene de ambos lados.

A Johana, que ha estado conmigo en los momentos más difíciles, siempre dispuesta.

A Marion, por el enorme soporte emocional que ha representado para mí.

A mis maestros, Laura, Susy, Alexis, Ofelia, Ligia de quienes nunca he dejado de aprender académicamente y de la vida.

A mis consultantes, que me han abierto las puertas de sus experiencias y de quienes he adquirido el mayor aprendizaje posible.

A todos aquellos que han permanecido de corazón y son sinceros.

¡Gracias!

Índice

Análisis del Campo Psicosocial.....	7
Características del Campo Psicosocial	7
Principales Problemas que Presentan las Familias	8
Casos Atendidos	11
Caracterización de los Escenarios donde se realiza el Trabajo Clínico.....	15
Deserción.....	17
Marco Teórico	19
Modelos que Guiaron los Casos Clínicos	19
Modelo de Terapia Breve Centrada en Soluciones.....	19
Introducción y Antecedentes del Modelo.....	19
Cambio de Perspectiva en la Terapia.	22
Estrategias.	24
Preguntas.	27
Consideraciones Generales.....	29
Prácticas Narrativas.....	29
De la Terapia Tradicional a las Prácticas Narrativas.	29
Cambio de Perspectiva en la Terapia.	30
Mapas.	33
Conversaciones de Externalización (Mapa de posición 1 y 2).	33
Conversaciones de Reautoría.....	34

Conversaciones de Andamiaje.....	36
Conversaciones que Iluminan Desenlaces Extraordinarios.....	37
Ceremonias de Definición.	37
Documentos.....	38
¿Hacia donde van las Prácticas Narrativas?.....	40
Análisis y Discusión de los Temas que Sustentan los Casos Clínicos	40
¿Qué es la Vejez?	40
La Construcción Social de la Vejez	41
La Investigación de la Vejez: Tres Etapas Fundamentales.....	44
Posgerontología, Posgerontología Crítica y Gerontología Narrativa.....	49
Metanarrativas de la Vejez.....	52
Metanarrativas de Género en la Vejez	57
Casos clínicos	65
Integración de dos Expedientes de Trabajo Clínico	65
Caso 1.....	66
Motivo de Consulta.	66
Objetivo y Modelo Terapéutico Utilizado.....	67
Breve Resumen de las Sesiones	67
Caso 2.....	71
Motivo de Consulta.	72
Objetivo y Modelo Terapéutico Utilizado.....	72

Breve Resumen de las Sesiones	73
Análisis y Discusión Teórico-Metodológico de la Intervención Clínica con los dos Casos Elegidos.....	76
Narrativas de Género y Vejez	76
Repensando la Vejez en la Terapia	85
Análisis del Sistema Terapéutico Total	90
Consideraciones Finales	95
Resumen de las Competencias Profesionales Adquiridas: Teórico Conceptuales, Clínicas, Investigación, Difusión, Prevención, Ética y Compromiso Social.....	95
Habilidades Clínicas y Conceptuales	95
Habilidades de Investigación	97
Metodología Cuantitativa.....	98
Elección de Pareja y Conducta Sociosexual en Población Homosexual- Lésbica.....	98
Metodología Cualitativa.....	103
La Salida del Clóset como Experiencia Constitutiva de la Identidad de un Hombre Homosexual.....	103
Habilidades de Difusión y Prevención.....	106
Productos Tecnológicos	106
Programas de Intervención Comunitaria Realizados.....	107
Constancias de la Asistencia y/ o la Presentación de Trabajos en Foros Académicos.....	108
Ética y Compromiso Social.....	108

Reflexión y Análisis de la Experiencia.....	111
Implicaciones en la Persona del Terapeuta y en el Campo Profesional	113

Análisis del Campo Psicosocial

Características del Campo Psicosocial

El Estado de México es una de las zonas más conflictivas a nivel nacional por múltiples razones, entre ellas la sobrepoblación. Según el INEGI (2021) el Estado de México cuenta con el mayor número de habitantes en todo el país, siendo 16,992,418 de los cuales, el 51.4% son mujeres y el 48.6% son hombres. Dentro de los municipios más habitados se encuentra Tlalnepantla, con 672,202 habitantes (INEGI 2020); esta sobrepoblación implica dificultades para la atención de ciertos servicios básicos necesarios para una buena calidad de vida. También cabe destacar que este es uno de los factores que ocasionan problemáticas particulares relacionadas con la economía, cuyo volumen muchas veces resulta insuficiente para cubrir esas necesidades básicas.

Según el CONEVAL (2021), el porcentaje de pobreza a nivel nacional aumentó de 41.9% a 43.9%, lo que representa un aumento de 3.8 millones de personas. Dado que los índices de pobreza para el Estado de México son del 48.9% de la población, se infiere que eso dificulta el acceso a los servicios básicos y de salud psicológica. Al respecto, la misma instancia informa que tan solo el 34.2% sufre carencia por acceso a los servicios de salud; esto repercute en la salud mental de los individuos. A pesar de la existencia de servicios de atención gratuitos, la accesibilidad se vuelve complicada toda vez que éstos se ven sobrepasados debido a la demanda, dificultando en muchas ocasiones atender estas necesidades.

Por otro lado, según el Consejo ciudadano para la seguridad pública y la justicia penal A. C. (2018), dentro de los municipios con más de 100 mil habitantes, Tlalnepantla cuenta con la tasa más alta de robos con violencia. La delincuencia en general ha crecido, y esta problemática impacta de manera significativa en la sensación de bienestar en la población, lo cual hace necesario que se brinde la atención adecuada a las consecuencias que acarrea.

En el trabajo psicoterapéutico en esta zona nos encontramos con problemáticas muy diversas, lo cual es consecuencia de las condiciones socioeconómicas en las que viven las personas. Nuestro servicio es de bajo costo, incluso en dos de los escenarios es totalmente gratuito; esto hace que la demanda sea grande. La labor clínica ofrecida por la residencia

en terapia familiar necesita incidir en las necesidades particulares de la comunidad, generando cambios rápidos que puedan trasladarse a otros escenarios. La importancia de la atención brindada reside en la responsabilidad social que como profesionales tenemos ante estas circunstancias, de tal manera que nuestro trabajo debe impactar en la sensación de bienestar social y, por lo tanto, en la calidad de vida.

Principales Problemas que Presentan las Familias

Según el INEGI (2020), el número de nacimientos ha disminuido en los últimos 20 años. En 1994 se registran 2,904,389 nacimientos, reduciéndose a 1,629,211 para 2020. Esto significa que las familias deciden con mayor frecuencia tener menos hijos, cambiando el número de integrantes en las mismas. Por otro lado, existe una disminución importante en el número de matrimonios por año. En el año 2000 existieron 707,422 matrimonios, mientras que en el 2020 solo 335,536, siendo una reducción drástica en comparación con los 504,923 en 2019.

En la actualidad, nos enfrentamos al hecho de que las personas rompen con las cuestiones tradicionales de matrimonio, maternidad y paternidad. Es posible que ahora se realice un cuestionamiento constante al modelo tradicional de familia que imperó durante mucho tiempo y se abra la visión a nuevas formas de vincularse en pareja y construir familias. Quizá los cambios en las tasas de nupcialidad y natalidad reflejan estas transiciones que son parte de la evolución de dichas concepciones. En este sentido, los cambios han contribuido también al nacimiento de problemáticas diversas y diferentes a las que comúnmente se abordaban en la literatura.

El número de divorcios también ha aumentado gradualmente en los últimos años. Según los registros de INEGI (2020), en el año 2000 existieron 52,358 divorcios, mientras que apenas en el año 2017 la cifra aumentó a 147,581, lo cual indica que ha aumentado casi el triple en los últimos años.

Cuando una pareja decide separarse, no solamente pone en juego cuestiones económicas, sino también temas emocionales. La ruptura implica en la mayoría de las ocasiones un cambio en el estilo de vida que genera sensaciones de vulnerabilidad. Las parejas que se

divorcian suelen enfrentarse, adicionalmente a asuntos legales y sociales (Espinosa 2016). Este fenómeno lleva también al aumento del número de familias monoparentales, en las que un progenitor es el encargado del hogar.

Quizá este aumento se debe a que ciertos roles tradicionales son más cuestionados y las parejas reflexionan más acerca de sus propias vidas y necesidades, lo cual les permite atender menos el mandato cultural acerca del matrimonio y su duración eterna. De la misma manera, para las parejas resulta más común tomar la decisión de separarse y esto tiene un impacto en los sistemas familiares. Algunos autores como Minuchin (1984) señalan que el holón conyugal se encarga de dirigir el sistema familiar, lo que les permite establecer las condiciones necesarias para salvaguardar la integridad de los miembros y brindar las condiciones necesarias para adaptarlo al medio ambiente al que se enfrenta.

Por otro lado, la población de adultos mayores en México ha aumentado de un 9.1% en 2010 a 12% en 2020, siendo una proporción considerable (INEGI, 2021). Esto impacta fuertemente en la vida cotidiana, ya que esto sumado a las condiciones sociales y económicas, muchas veces hace que se integren como miembros de las familias más jóvenes, en donde cuentan con diversos roles y conforman nuevas formas de convivencia.

El avance en cuanto a las diferentes formas de ser y crear vínculos alienta a considerar la existencia de nuevos tipos de familias. Para Fruggeri (2001), la investigación de la familia está centrada comúnmente en las familias nucleares, entendidas como parejas heterosexuales con hijos. Bajo este sesgo, se consideran las variaciones como anomalías que necesitan ser puestas bajo vigilancia hasta que puedan volverse normales. Por el contrario, la autora propone la necesidad de hablar de *familias*, ya que con ello se invita a investigar sobre su conformación y las familias nucleares pasan a ser *una de muchas*.

Tal como hemos visto, estos cambios han generado que la familia se transforme en sentidos no imaginados. Los modelos tradicionales van modificándose poco a poco, con lo cual surgen nuevas familias y es necesario conocerlas. Específicamente, el campo de la psicología suele enfrentar de manera más directa diversas problemáticas emergentes de estas nuevas condiciones.

Dado que las familias y el mundo se mueven constantemente, resulta indispensable que los terapeutas tanto noveles como veteranos vuelvan a capacitarse para comprender de manera más adecuada esa diversidad de perspectivas. Estos cambios piden adecuar las normas y creencias propias, ya que estas formas de mirar influyen en los caminos a explorar cuando se inicia un proceso terapéutico.

La persona del terapeuta siempre se pone en juego cuando se trata de explorar los temas diversos, casi como un imán que permite la movilidad y la transformación. Es sencillo caer en la trampa del prejuicio, la ceguera ante lo que consideramos correcto y necesario para los otros. Antes de eso, convendría escuchar con una mente abierta y aguzar el oído para comprender y definir la mejor decisión a tomar en cada caso particular.

En este mismo sentido, trabajar con familias lleva necesariamente a cuestionar a la propia familia. Esto con la finalidad de comprender nuestro propio origen, así como las interacciones, estructuras, pautas y creencias. Si bien es cierto que los terapeutas construyen nuevas visiones dentro del sistema familiar externo, resulta importante explorar el lugar desde el cual miran a las familias.

Caracterizar a las familias mexicanas nos abre nuevas posibilidades al brindarnos nuevos conocimientos acerca de los retos y obstáculos que enfrentan, permitiendo así que el trabajo terapéutico sea mucho más acertado en cuanto a la prevención y eliminación de factores que ponen en riesgo el bienestar de las personas.

Por último, es relevante analizar las maneras en las que estas nuevas conceptualizaciones están siendo incorporadas por los miembros de estos sistemas familiares. Al entender el lugar que se les está otorgando, resulta más atinada la incidencia que los terapeutas tienen en las interacciones que dan origen a una nueva conformación social. Esto conlleva una enorme responsabilidad y retos sumamente importantes para los psicólogos en México, especialmente para los psicoterapeutas que se enfrentan a estas nuevas directrices que deben comprender y atender.

Casos Atendidos

A lo largo de la estancia en la residencia, se han atendido personas con problemáticas muy diversas; ansiedad, relaciones familiares, problemas de pareja entre otros. De la misma manera, la atención se ha brindado en terapia individual, de pareja y familiar, dependiendo de las necesidades de los consultantes y, en ciertos casos, de la disponibilidad de los involucrados en la situación. A continuación, se muestran enlistados los casos atendidos, así como el tipo de terapia – individual, pareja o familiar-, motivo de consulta, sede clínica, tipo de participación, número de sesiones y el resultado final – alta, baja o seguimiento-.

Familia o Consultante	Motivo de consulta	Sede clínica	Tipo de participación	Número de sesiones	Estatus terapéutico
Individual	Controlar crisis convulsivas y sintomatología de hipertensión	Clínica ISSTE Ceylan	Observadora	2	Alta
Individual	Mejorar relación con su hija, estar tranquila	Clínica ISSTE Ceylan	Observadora	3	Alta
Individual	Bullying Escolar/bajo rendimiento académico	Clínica ISSTE Ceylan	Observadora	3	Baja
Individual	Separación de pareja	Clínica ISSTE Ceylan	Observadora	6	Alta
Individual	Tristeza y cansancio. Duelo fallecimiento de su mamá.	Clínica ISSTE Ceylan	Observadora	6	Alta
Individual	Insatisfacción con su cuerpo, problemas de pareja.	Clínica ISSTE Ceylan	Observadora	2	Baja
Familiar	Hija adolescente con diagnóstico de epilepsia, problemas de convivencia familiar	Clínica de Terapia Familiar (FESI)	Observadora	4	Baja
Individual	Duelo/ Problemas de pareja/ Orientación para padres	Clínica de Terapia Familiar (FESI)	Observadora	8	Alta
Individual	Abuso sexual	Clínica de Terapia Familiar (FESI)	Observadora	8	Alta
Individual	Separación /Duelo	Clínica de Terapia	Observadora	8	Seguimiento

		Familiar (FESI)			
Individual	Problemas de rendimiento académico	Clínica de Terapia Familiar (FESI)	Observadora	8	Alta
Individual	Problemas familiares, de rendimiento académico, dependencia emocional	CCH Azcapotzalco	Equipo terapéutico	5	Alta
Individual	Drogadicción, posesión de marihuana, depresión, problemas alimenticios, intento suicidio	CCH Azcapotzalco	Equipo terapéutico	11	Alta
Individual	Problemas de comunicación, baja autoestima y dificultades en la escuela	CCH Azcapotzalco	Equipo terapéutico	1	Baja
Individual	Adicciones	CCH Azcapotzalco	Equipo Terapéutico	4	Baja
Individual	Problemas de ansiedad, depresión y alimentación	CCH Azcapotzalco	Equipo terapéutico	7	Alta
Individual	Acoso escolar, depresión.	CCH Azcapotzalco	Terapeuta	3	Baja
Individual	Bajo rendimiento académico; interrupción del embarazo.	CCH Azcapotzalco	Equipo terapéutico	4	Baja
Individual	Depresión y ansiedad	CCH Azcapotzalco	Equipo terapéutico	2	Alta
Individual	Limites parentales	Clínica de Terapia Familiar (FESI)	Equipo terapéutico	1	Alta
Individual	Recomendación de psiquiatría	Clínica de Terapia Familiar (FESI)	Equipo terapéutico	5	Baja
Individual	Ansiedad que afecta relaciones familiares y de pareja	Clínica de Terapia Familiar (FESI)	Terapeuta	3	Baja
Individual	Problemas de pareja	Clínica de Terapia Familiar (FESI)	Equipo terapéutico	8	Baja
Familiar	Mejorar la convivencia familiar.	Clínica de Terapia Familiar (FESI)	Equipo terapéutico	8	Alta
Individual	Problemas de pareja	Clínica de Terapia Familiar (FESI)	Equipo terapéutico	3	Baja

Individual	Bajo rendimiento escolar	Clínica de Terapia Familiar (FESI)	Equipo terapéutico	3	Baja
Pareja	Insatisfacción sexual, problemas económicos	Clínica de Terapia Familiar (FESI)	Equipo terapéutico	2	Canalización
Individual	Depresión, bajo rendimiento académico, infidelidad	Clínica de Terapia Familiar (FESI)	Equipo terapéutico	4	En seguimiento
Individual	Duelo	Clínica de Terapia Familiar (FESI)	Equipo terapéutico	2	Alta
Familiar	Problema de conducta	Clínica de Terapia Familiar (FESI)	Equipo terapéutico	6	En seguimiento
Individual	Problemas con elección de pareja	Clínica de Terapia Familiar (FESI)	Equipo terapéutico	6	Alta
Individual	Problemas de conducta y rendimiento escolar	Clínica de Terapia Familiar (FESI)	Equipo Terapéutico	5	Alta
Familiar	Violencia intrafamiliar y adicciones	Clínica de Terapia Familiar (FESI)	Terapeuta	4	Baja
Individual	Dificultad para tomar decisiones y ser independiente	Clínica ISSTE Ceylan	Equipo terapéutico	4	Alta
Individual	Duelo, problemas familiares	Clínica ISSTE Ceylan	Equipo Terapéutico	3	Alta
Individual	Problemas de pareja	Clínica ISSTE Ceylan	Equipo Terapéutico	3	Alta
Individual	Sentimientos de soledad	Clínica ISSTE Ceylan	Terapeuta	2	Alta
Individual	Terapia de pareja	Clínica ISSTE Ceylan	Equipo Terapéutico	5	Alta y seguimiento
Individual	Afrontamiento de diagnóstico médico	Clínica ISSTE Ceylan	Terapeuta	4	Alta
Pareja	Anorexia	Clínica de Terapia Familiar (FESI)	Equipo Terapéutico	4	Baja
Individual	Problemas de conducta	Clínica de Terapia Familiar (FESI)	Equipo Terapéutico	6	Alta
Individual	Manejo de emociones	Clínica de Terapia Familiar (FESI)	Terapeuta	6	Alta

Familiar	Mejorar la relación familiar	Clínica de Terapia Familiar (FESI)	Equipo terapéutico	2	Baja
Individual	Problemas de conducta	Clínica de Terapia Familiar (FESI)	Equipo terapéutico	5	Alta
Individual	Término de relación de pareja	Clínica de Terapia Familiar (FESI)	Equipo Terapéutico	3	Seguimiento
Pareja	Proceso de separación	Clínica de Terapia Familiar (FESI)	Equipo Terapéutico	2	Alta
Individual	Problemas de comunicación con hijos	Clínica de Terapia Familiar (FESI)	Terapeuta	2	Alta
Individual	Toma de decisiones ante infidelidad de pareja	Clínica de Terapia Familiar (FESI)	Terapeuta	4	Alta
Individual	Problemas para resolver conflictos en pareja	Clínica de Terapia Familiar (FESI)	Equipo Terapéutico	2	Baja
Individual	Violencia intrafamiliar	CCH Azcapotzalco	Equipo terapéutico	2	Seguimiento
Individual	Ataques de ansiedad	CCH Azcapotzalco	Terapeuta	1	Baja
Individual	Mejorar la relación familiar	Clínica de Terapia Familiar (FESI)	Equipo terapéutico	2	Baja
Familiar	Problemas con los hijos	Clínica de Terapia Familiar (FESI)	Equipo terapéutico	4	Alta
Familiar	Comunicación familiar	Clínica de Terapia Familiar (FESI)	Equipo terapéutico	1	Baja
Individual	Proceso de duelo	Clínica de Terapia Familiar (FESI)	Equipo terapéutico	1	Baja
Individual	Ansiedad, depresión, problemas de pareja	Clínica de Terapia Familiar (FESI)	Equipo terapéutico	10	Alta
Pareja	Problemas de pareja	Clínica de Terapia Familiar (FESI)	Terapeuta	2	Baja
Individual	Problemas de pareja	Clínica de Terapia Familiar (FESI)	Equipo terapéutico	1	Baja

Caracterización de los Escenarios donde se realiza el Trabajo Clínico

Los escenarios de intervención dentro de la residencia en terapia familiar son tres: CCH Azcapotzalco, ISSSTE Valle Ceylán y Clínica de Terapia Familia de la FES Iztacala. En cada uno de ellos se atiende de manera oportuna a la población que solicita el servicio. Los tres contextos de intervención cuentan con un formato similar, que incluye un equipo terapéutico y un supervisor que monitorea las participaciones de los terapeutas y brinda orientación al respecto.

Una vez que los consultantes son asignados a los terapeutas, se realiza una primera llamada de contacto en la que se obtienen una serie de datos sociodemográficos para el armado de un familiograma y el motivo de consulta; una vez obtenida esa información, se acuerdan la fecha y hora de la cita para la primera sesión. Esta secuencia se repite en las tres sedes, estableciendo un contacto previo al primer encuentro entre terapeuta y paciente, lo que permite generar hipótesis y esbozar líneas de intervención iniciales, así como delimitar el motivo de consulta.

Las sesiones tenían una duración de 45 minutos aproximadamente; pasado ese tiempo, el terapeuta solicitaba al consultante un espacio de 5 a 10 minutos con el equipo terapéutico, en donde se construían ideas, posibles intervenciones y tareas para la siguiente sesión. Una vez hecho esto, se le solicitaba al paciente que regresara al espacio de conversación – o los terapeutas volvían al mismo, dependiendo del escenario- y el terapeuta le daba el mensaje.

En cuanto a los escenarios, el CCH Azcapotzalco es una escuela pública a nivel medio superior que cuenta con población de 15 a 18 años aproximadamente. La adolescencia es una de las etapas más complejas del ser humano, ya que se producen diversos cambios tanto fisiológicos como sociales e individuales. Los retos a los que se enfrentan los jóvenes son muchos y no siempre tienen acceso a las herramientas que les permitan sortear las dificultades. Ese poco alcance muchas veces tiene que ver con cuestiones familiares, pero en un nivel más amplio tendría que ver con cuestiones sociales.

El trabajo se realiza con un equipo terapéutico, no existe una cámara de Gesell por lo que el terapeuta y el consultante se encuentran enfrente del equipo, quien observa de manera silenciosa. Existe un pizarrón en el que el supervisor anota sus observaciones, dándole al

terapeuta preguntas o guías que pueden ayudar a cumplir los objetivos de la terapia. El contacto con los usuarios es por medio de la encargada del departamento de psicopedagogía, quien proporciona los datos de las personas interesadas en el servicio. Como parte de nuestras actividades, se encontraba el brindar pláticas de salud mental tanto a padres como a alumnos pertenecientes a la institución.

El segundo escenario es la clínica del ISSSTE Valle Ceylán. El espacio que se proporciona para atender a los consultantes es bastante pequeño y no cuenta con cámara de Gesell, por lo que el contacto entre equipo, supervisor, terapeuta y consultante es muy cercano. En la dinámica, tal como en el escenario anterior, el supervisor anota sus preguntas y observaciones en un pizarrón mientras la sesión se lleva a cabo, por lo que el terapeuta atiende a esas anotaciones y lleva la sesión de acuerdo con las notas que hace el supervisor.

Al tratarse de una institución de salud pública, la manera de contactar a las personas es diferente. Frecuentemente la encargada del departamento de Trabajo Social obtiene los datos de aquellas personas interesadas en el servicio de psicología. Solo en algunas ocasiones debíamos acudir a la sala de espera para encontrar a aquellas personas que necesitaban la atención e inmediatamente se les agendaba una cita.

En ocasiones, también se dan pláticas referentes a cuidado psicológico y salud mental, esto como parte de las actividades necesarias para la clínica. La población que asiste a este espacio generalmente son adultos mayores que tienen problemáticas particulares, por lo que la atención está más focalizada para que pueda adaptarse a la vida fuera de la clínica y logren realizar sus actividades; también suelen ser atendidas personas cuidadoras que dedican su tiempo a la atención de algún paciente enfermo, cuyo objetivo es que puedan generar cierto nivel de bienestar que les permita llevar su vida de la mejor forma posible.

Finalmente, se encuentra la Clínica de Terapia Familiar en la FES Iztacala, en cuyo espacio se atiende a la comunidad perteneciente a Los Reyes Iztacala en el municipio de Tlalnepantla, así como a la población de la FES. Sin embargo, el escenario es diferente porque contamos con un espacio designado como consultorio con una cámara de Hessel que permite al equipo visualizar las sesiones y comentar los casos que se presentan; las instrucciones del supervisor para el terapeuta se comunicaban por medio de una línea

telefónica. En algunas ocasiones se hacía uso de otro consultorio que se encuentra en la clínica, en el que no existe cámara de Hessel y cuyo formato es similar a las otras dos sedes. Afuera de la clínica se encuentra un buzón en el que las personas anotan sus datos y esos datos son registrados en la lista de espera.

Deserción

En cuanto a los motivos de abandono de tratamiento, no existe un solo factor que pueda dar cuenta de la deserción por parte de los pacientes. Sin embargo, Rondón et al. (2009) establece que los motivos de desistimiento oscilan entre factores asociados al consultante, al terapeuta, a la terapia, a la institución y factores situacionales. Generalmente la deserción no es el resultado de un solo factor, sino que generalmente se entrecruzan una serie de situaciones que llevan al abandono de la terapia. Es por esto que determinar una causa específica de tal fenómeno no siempre resulta sencillo y las cuestiones asociadas a las sedes en las que nos encontramos no son la excepción.

En el CCH Azcapotzalco encontramos que algunos de los factores institucionales que pueden contribuir a la deserción se relacionan con la forma en la que son derivados los pacientes. En realidad, no tenemos certeza de la manera en la que se encuadra el tratamiento desde el primer contacto que la coordinadora tiene con los posibles consultantes, por lo tanto, tampoco podemos dar cuenta de las expectativas que cada uno de ellos puede tener del terapeuta, de la terapia ni del equipo terapéutico. Incluso, en ocasiones los datos que nos son proporcionados por parte de la coordinación son incorrectos, por lo que nos es imposible contactar y concertar una cita.

Aunado a esto, según el análisis de Rondón et al. (2009), los grupos de personas que suelen desertar más comúnmente son edades extremas (vejez y niñez), adolescencia y la soltería. Esto coincide con el tipo de población con la que nosotros trabajamos, ya que todos ellos son adolescentes.

Algo similar ocurre dentro de la clínica del ISSSTE Valle Ceylan. En la mayoría de las ocasiones, el primer contacto con los pacientes lo realizan la psicóloga y /o la trabajadora

social, por lo que se desconoce la manera en la que se encuadra el trabajo que realizamos. Un aspecto importante es que la población que atendemos en dicho centro son adultos mayores; el abandono del tratamiento se da en menor medida y esto puede explicarse porque la población cuentahabiente de esta institución se encuentra habituada a los protocolos de atención médica, específicamente nos referimos a la obtención de una cita para atención especializada de cualquier tipo, ya que esto requiere una larga espera debido a la demanda de la misma. Por lo tanto, la pérdida de cualquier cita médica repercute en la atención oportuna de cualquier padecimiento.

De igual forma, esto puede influir en la forma en la que los consultantes conceptualizan nuestra labor como profesionales de la salud. De los 13 casos atendidos en esta sede a lo largo de la residencia, 10 fueron altas, 2 bajas y 1 se mantuvo en seguimiento. Una de las posibles explicaciones es que los pacientes suelen adherirse en mayor medida a su tratamiento, ya que están habituados a la puntualidad y cumplimiento de sus citas médicas. Otra explicación posible podría ser que en algunas ocasiones nosotros salíamos a la sala de espera y obteníamos nuestra propia lista de atención psicológica, lo cual nos permitía encuadrar de manera más adecuada el trabajo realizado dentro de la institución.

En cuanto a la FES Iztacala, se observa que la derivación de pacientes es distinta, ya que nosotros recibimos de mano de los pacientes tanto sus datos como sus motivos de consulta. Sin embargo, a pesar de que el contacto es directo, la deserción parece ser frecuente ya que la demanda del servicio es muy grande y en ocasiones no podemos dar atención a toda la población que llega a la clínica. En ocasiones, las personas que dejan sus datos son contactadas incluso meses después de haber solicitado el servicio, por lo que ya se encuentran recibiendo otro tipo de atención o incluso las problemáticas que las llevaron a pedirlo ya no son relevantes.

Por otra parte, parece que el abandono del tratamiento se debe más a movimientos familiares que se realizan dentro de las sesiones de terapia, es decir, corresponden posiblemente a un intento por mantener el *estatus quo* ante la resistencia a modificar ciertos patrones de comportamiento. Se ha observado que incluso cuando las personas logran sus objetivos terapéuticos suelen dar por concluido su proceso antes de que los terapeutas den un alta. Sin embargo, es difícil determinar si motivos académicos, laborales,

económicos o sus propias expectativas del servicio impiden la continuación del tratamiento.

El estar en escenarios tan distintos permite obtener diferentes habilidades, mientras caminamos vamos recogiendo semillas que nos ayudan a sembrar nuestro propio campo de conocimiento. Entrar en las vidas de los otros requiere ser como el agua y adaptarse a las formas en las que cada vida ha sido acomodada. El aprendizaje es constante e inevitable, nos enfrenta con nosotros mismos como terapeutas y nos acompaña en nuestra evolución en formas inimaginables. “Crecimiento” es una palabra compleja porque nadie nos explica qué significa, pero conforme se une al aprendizaje a lo largo del tiempo va cobrando más sentido.

Marco Teórico

Modelos que Guiaron los Casos Clínicos

Modelo de Terapia Breve Centrada en Soluciones

Introducción y Antecedentes del Modelo. La psicoterapia clásica ha inundado los espacios públicos y privados, haciendo esfuerzos importantes para atender adecuadamente a la población que lo necesita. El psicoanálisis como primer parámetro de atención ha teorizado alrededor del aparato psíquico y los conflictos internos que se derivan de este, colocando especial atención en la transferencia y contratransferencia presentes en la relación terapéutica. Considera que un proceso exitoso tiene que ver con una indagación profunda en la *psique* para una mejor comprensión de los conflictos. A partir de ello, se han derivado diferentes escuelas de terapia que -tomando distintos objetos de estudio- han creado diversas directrices normativas de funcionamiento del ser humano.

En un primer momento, la terapia sistémica supone una ruptura con dichas normalidades tradicionales al introducirse en el estudio de las pautas que mantienen el problema dentro del sistema. El *Mental Research Institute (MRI)* comenzó a crear estrategias para romper con dichos patrones de comportamiento, ofreciendo alternativas totalmente opuestas a las soluciones intentadas por las personas antes de llegar a consulta. Es así como algunos terapeutas comenzaron a experimentar con las ideas del MRI, observando las sesiones a través de un espejo unidireccional, invirtiendo horas de trabajo e implementando estrategias funcionales para la terapia. Aunque conforme evolucionaban, se daban cuenta de que la atención puesta en el problema resultaba menos benéfica que la atención en las soluciones (Beyebach, 2014).

Steve de Shazer e Insoo Kim Berg fueron creadores y fundadores del modelo *terapia breve centrada en soluciones (TBCS)*, quienes abogaron por un cambio en la visión tradicional del abordaje de la terapia. Si bien tanto el MRI como la TBCS comparten una posición no normativa en contra de los diagnósticos tradicionales, la manera de enfocar el cambio resulta muy distinta (Eguiluz, 2004; Beyebach, 2014); mientras el MRI busca demostrar que los intentos de solución se han vuelto parte del problema, la TBCS intenta centrarse en los momentos en los que el problema fue menos intenso, ocurrió de una manera distinta o no existió.

La TBCS evoluciona como parte importante de la terapia sistémica, por lo que O'Halon y Weiner-Davis (1993) establecen algunos puntos de inflexión mediante los cuales la TBCS rompe con esquemas de normalidad socialmente válidos, entre los que se encuentran:

Causas profundas y subyacentes de los síntomas. Bajo la mirada de la terapia clásica, se examinan las causas enterradas en la persona que puedan explicar el fenómeno observado. La TBCS elimina la lectura entre líneas y se centra en lo que los clientes describen como problema.

Para el cambio o resolución de los síntomas son necesarios la conciencia y el insight. Se ha obviado que la causa de los problemas se relaciona con el inconsciente y es necesario hacer presentes los recuerdos para mejorar. Para la TBCS no es relevante pensar en la

existencia de una caja negra en la que se encuentren escondidas las causas de los problemas.

Mejorar o eliminar los síntomas es, en el mejor de los casos, inútil y superficial, y dañino y peligroso en el peor de ellos. Desde las terapias psicoanalíticas se busca la eliminación del síntoma, aunque desde la TBCS esto no garantiza el cambio.

Los síntomas cumplen funciones. En este sentido, para la TBCS la eliminación del síntoma puede crear problemas nuevos en las familias que nos consultan.

Los clientes son ambivalentes respecto al cambio y muestran resistencia a la terapia. Desde la TBCS, las personas quieren cambiar pero les cuesta trabajo generar las condiciones para cambiar de manera definitiva.

Los cambios reales requieren de tiempo; las intervenciones breves son superficiales y no duran. Desde la terapia psicoanalítica, se piensa que la resolución de la raíz del conflicto es una condición indispensable, es decir, al llevar mucho tiempo gestándose necesita una intervención larga para ser efectiva. Sin embargo, desde la TBCS una intervención breve puede ser muy efectiva para solucionar situaciones que han tenido mucho tiempo.

Centrarse en identificar y corregir patologías y déficit. La noción del déficit y la clasificación de las patologías tiene la función de brindar certidumbre y facilitar la comprensión de las problemáticas. El modelo de soluciones no considera necesario recurrir a ello, se busca mantener la atención en los recursos de las personas para crear el cambio.

La terapia centrada en soluciones cuestiona fuertemente la atención exclusiva que se pone en el problema o el déficit, ampliando el panorama de las cosas que normalmente no son puestas en el centro por los terapeutas. Cuando se abren otras alternativas, las posibilidades para el terapeuta se abren, la mirada del terapeuta puede abrir o cerrar la perspectiva; en palabras de O'Halon y Weiner-Davis (1993) "lo que se espera influye en lo que se obtiene".

Cambio de Perspectiva en la Terapia. Unos de los propósitos de la TBCS es iluminar los momentos en los que las personas han podido vencer al problema o éste no se hace presente, es decir, las *excepciones*. Cree desde el inicio que las personas han hecho cosas distintas en momentos muy específicos, pero su percepción se encuentra nublada por las situaciones problemáticas (De Shazer, 1986). La terapia es un espacio esencial para encauzar la conversación e iluminar esos momentos (Solution Focused Brief Therapy Association, 2013). El rol del terapeuta es conocer la postura del cliente ante la situación y promover la utilización de sus propios recursos para la solución (Eguiluz, 2004).

Para O'Halon y Weiner- Davis (1993), este cambio de mirada conlleva modificaciones en los esquemas del ejercicio psicoterapéutico; son aspectos de la terapia que normalmente son fijos e incuestionables:

Los clientes tienen recursos y fuerzas para resolver sus quejas. El trabajo del terapeuta es hacer que las personas logren acceder a ellos para utilizarlos y resolver su situación actual.

El cambio es constante. Las personas cambian inevitablemente.

El cometido del terapeuta es identificar y ampliar el cambio. El trabajo del terapeuta es identificar el cambio -no importa que sea mínimo- y extenderlo para que abarque más espacio en la vida de los clientes.

Habitualmente no es necesario saber mucho sobre la queja para resolverla. A diferencia de la visión tradicional de terapia, no es indispensable indagar en las causas profundas del problema. En muchas ocasiones, las conversaciones se encuentran fuera del problema y son igualmente útiles.

No es necesario conocer la causa o la función de una queja para resolverla. Cualquier tipo de cambio deseado puede generar cambios más grandes e importantes.

Solo es necesario un cambio pequeño, un cambio en una parte del sistema para producir cambio en otra parte del sistema. Cualquier cambio genera un efecto “bola de nieve” que puede aproximar al cliente al objetivo deseado e impactar en otras áreas de su vida.

Los clientes definen sus objetivos. El consultante define lo que desea lograr en la terapia, el terapeuta actúa como guía para la definición concreta de sus objetivos y como agente promotor del logro de los mismos.

El cambio o la resolución de problemas pueden ser rápidos. A veces solo es necesario un pequeño movimiento que genere el cambio deseado.

No hay una única forma “correcta” de ver las cosas, puntos de vista diferentes pueden ser igual de válidos y ajustarse igual de bien a los hechos. Las diferentes visiones de la realidad son posibles, sin embargo, existen visiones que son más útiles que otras.

Centrarse en lo que es posible y puede cambiarse, y no en lo que es imposible e inevitable. Enfocar los aspectos más simples de las situaciones hace menos complicado alcanzar los objetivos de la terapia.

Cuestionar los aspectos inamovibles de la terapia crea las condiciones para promover el cambio de una forma completamente diferente a la común. En este sentido, otro de los puntos cardinales del modelo es la crítica al término *resistencia* como guía de la terapia, debido a que conlleva el mensaje implícito de que las familias se niegan a establecer un cambio que mejore sus circunstancias. En contraste, desde el modelo se sabe que los clientes poseen un estilo particular de cooperación, por lo que el terapeuta adapta sus propias intervenciones en función de dicho estilo. Esto se acerca más a un enfoque de *utilización* muy presente en las intervenciones de Milton Erickson (Eguiluz, 2004).

Para la TBCS los consultantes tienen tres diferentes estilos de cooperación: los *compradores* son aquellos que solicitan el servicio y están dispuestos a llevar a cabo acciones que modifiquen su situación; los *demandantes* son aquellos que solicitan insistentemente al terapeuta o a alguna persona implicada en la situación que modifique algo para solucionar el problema, mostrando poca disponibilidad para actuar en función del cambio; y por último, los *visitantes*, quienes se niegan a reconocer su responsabilidad dentro del problema y generalmente asisten a terapia en contra de su propia voluntad (Aramayo, 2011). Resulta indispensable que los terapeutas identifiquen el estilo de cooperación para adaptar sus intervenciones y construir el cambio.

Las personas parecen asumir un rol mucho más activo en su propio cambio, lejos de un rol pasivo en el que siguen instrucciones y se adaptan a la terapia. Es por ello que el término *cliente* se adapta mejor a estas características (Ochoa de Alda, 1995), otorgándoles mayor control sobre sus propias experiencias y atribuyéndoles mayor autonomía en el cambio que necesitan para sus vidas.

Por otro lado, para el trabajo dentro del modelo de soluciones es indispensable el establecimiento de objetivos que puedan ser cumplidos, es decir, metas concretas y alcanzables que indiquen que los clientes se han acercado al cambio que necesitan (Eguiluz, 2004). Definirlos en positivo, en acciones concretas y hacerlos alcanzables resulta imprescindible para contar con un parámetro de comparación y evaluación del cambio. Además, lograr trazar sus metas en estos términos facilita el andamiaje entre los recursos del cliente y la soluciones.

Una de las características más importantes del modelo es asumir que el cambio ya ocurrió, incluso antes de que las personas soliciten la terapia. Partiendo de este supuesto, dentro de las herramientas más importantes se encuentra el uso de *lenguaje presuposicional* en el que se obvia la existencia de avances o excepciones, dando por sentado que esos cambios van a ocurrir o ya ocurrieron (Villanueva, 2015). De cierta manera, se crean las condiciones para que las personas miren un futuro sin el problema, además de lograr cambiar su percepción y comiencen a trabajar sobre sus objetivos.

Estrategias. Dentro del modelo centrado en soluciones, existen algunas estrategias que ayudan a identificar recursos, además de ampliar la búsqueda de soluciones. Dichas estrategias no existen como una serie de pasos a seguir, sino como guías de apoyo que pueden emplearse de manera flexible y sin perder de vista la lógica de trabajo (Beyebach, 2014). A continuación, se muestran algunas de las principales estrategias del terapeuta centrado en soluciones.

Elogios. La validación hacia las cosas que las personas han logrado. Se busca que los elogios sean sinceros, eliminando cualquier fin estratégico en su uso (Beyebach, 2014)

Conversaciones sin el problema. Se refiere al cambio de mirada del déficit hacia la búsqueda de fortalezas (Carrasco, 2014). Las conversaciones fuera del dominio del problema colocan la mirada sobre las habilidades y competencias de las personas.

Brevedad de la terapia. No se establece un número de sesiones para trabajar en terapia, aunque los esfuerzos se encaminan a que la terapia dure el menor tiempo posible (Carrasco, 2014), buscando que las intervenciones contengan una alta eficacia (Beyebach 2014).

Búsqueda de excepciones. Se buscan los momentos en los que la situación problemática no ocurrió o sucedió de una manera distinta para incorporar esas acciones en los repertorios de respuesta presentes. Beyebach (2014) menciona tres momentos principales para trabajar con las excepciones:

Elicitar. Los terapeutas generan la descripción de soluciones, ya sea de manera directa – preguntando *¿qué cambios importantes ha habido desde nuestra última sesión hasta este momento?* - o de manera indirecta, colocando el énfasis en las expresiones espontáneas del cliente y volviéndolas relevantes.

Ampliar. Una vez ubicadas las excepciones, no basta con mencionarlas para hacerlas importantes para el consultante, el terapeuta debe generar preguntas que las vuelvan relevantes y crear descripciones conductuales, concretas y en positivo

Anclar: Es posible que las personas atribuyan esas diferencias a cuestiones externas como la suerte, las acciones de otros o a personajes divinos. El trabajo del terapeuta consiste en atribuir el control de la situación al cliente, en donde ellos son los protagonistas del cambio.

Preguntas de proyección a futuro o preguntas hipotéticas. La TBCS es un modelo ubicado en el presente y el futuro. Las preguntas proyectadas a futuro tienen la finalidad de construir un futuro en ausencia del problema, atendiendo más al futuro anhelado que las personas desean para sus vidas. Dos ejemplos de este tipo de preguntas son la *pregunta del milagro* y la *bola de cristal* (Garrido, 2016):

Pregunta del milagro. Consiste en formular una pregunta más o menos con la siguiente estructura: *imagina que hoy en la noche, mientras duermes, ocurre un milagro. Cuando despiertas en la mañana, te das cuenta que por alguna razón el problema ya no está ahí; como estabas dormido, no supiste que sucedió. Cuando despiertes ¿cómo sabrás que el milagro ocurrió? ¿cómo sabrás que el problema que te trajo aquí se resolvió?*

Consiste en una secuencia de preguntas que dan contexto y amplían las posibilidades del futuro sin el problema. Además, es necesario orientar las preguntas a la búsqueda de metas (Aponte, 2011).

Bola de cristal. De Shazer (1986) Se pide a los clientes que coloquen en una bola de cristal sus recuerdos y deseos. Existen cuatro pasos principales:

- 1) Le pide al cliente que reviva un antiguo recuerdo agradable que ocurrió en algún momento de su vida, haciendo que lo describa detalladamente. Después le solicita que devuelva ese recuerdo al lugar del que salió, agregando que “hay cosas que parecen olvidadas que es posible recordar.”
- 2) Le pide que recuerde un hecho relativamente reciente en el que haya podido dar solución a algo que creía imposible, algo que no pensaría que podría resolver.
- 3) Le requiere visualizarse con el problema ya resuelto, pidiéndole que describa de manera detallada ese momento.
- 4) Le solicita describir lo más específicamente posible la forma en la que este futuro deseado impactará en él y en otros.

Cambios pre- tratamiento. Las sesiones inician preguntando acerca de los cambios que ya han ocurrido, incluso antes de asistir a terapia. Es indispensable que el terapeuta logre conectar dichos cambios con aquello que han logrado hacer distinto y hacer uso de los recursos de los pacientes para ello (Carrasco, 2014).

Preguntas. *Preguntas de escala:* Son preguntas evaluativas que pretenden conocer el cambio percibido por los pacientes, es decir, qué tanto se han acercado a los cambios que desean. Un ejemplo de estas preguntas es: *si ponemos una escala del 0 al 10, en la que 0 significa que ... y 10 significa que... ¿en dónde te encuentras ahora?*. Esta secuencia de preguntas abre la posibilidad de llevar la conversación hacia el cambio, por ejemplo, *ahora que estás en X ¿te gustaría llegar a un número superior? ¿cuál sería? ¿qué tendrías que hacer para llegar a ese número? ¿cómo te sentirías? ¿qué harías?*. Resulta ser una herramienta muy útil, incluso para inducir la prevención de recaídas (De Shazer, 1986).

Preguntas de afrontamiento. Es común que las personas enfrenten situaciones de adversidad, orillándolas a poner en marcha una serie de recursos de supervivencia ante ellas. (Beyebach, 2014).

Preguntas relacionales. Una de las estrategias más comunes es realizar preguntas acerca de la reacción de otras personas ante los posibles cambios. Resulta particularmente útil cuando es necesario ampliar el escenario en el que el problema no está presente (Garrido, 2016).

Secuencia pesimista. La secuencia pesimista es una herramienta útil cuando los clientes perciben un panorama gris del que no pueden salir, por lo tanto, no advierten que la situación pueda cambiar (Schade, et al., 2009). El terapeuta asume una postura mucho más pesimista que el cliente para crear un giro para que se construya una conversación fértil para el cambio (Ochoa de Alda, 1995).

Tareas. Las tareas permiten crear avances continuos entre sesiones, son variables y su uso depende del estilo de cooperación del cliente. Es recomendable que las tareas solo sean asignadas a los consultantes compradores para generar buenos resultados; asignar tareas a clientes con estilos demandante y visitante puede generar efectos no deseados en la terapia (De Shazer, 1991, como se citó en Beyebach, 2014).

Tareas de fórmula. Son tareas estándar que cuentan con un amplio espectro de efectos en la vida de las personas. Por su amplitud, pueden indicarse cuando no existe mucha información del problema o no se tiene una comprensión completa de

la situación (Garrido, 2016). La *tarea genérica de la primera sesión* (Solution Focused Brief Therapy Association, 2013) consiste en solicitar a los clientes que observen las cosas que están sucediendo en su vida que les gustaría que sigan sucediendo. En este sentido, se genera la expectativa de que el cambio es posible, entonces los clientes brindan descripciones más orientadas a la solución.

Para De Shazer (1985, como se citó en Garrido, 2016) existe un listado de tareas de fórmula, que son las siguientes:

Escribir, leer, quemar. El terapeuta pide a los clientes escribir en una hoja aquellos pensamientos que les persiguen o aquejan. Les indica que esta actividad solo debe realizarse ciertos días de la semana y deberá hacerla durante una hora completa, para posteriormente leerlos y quemar el papel en el que fueron escritos. Dichos pensamientos no pueden irrumpir fuera del horario, en caso de que suceda, los clientes deben recordar que existe un horario asignado para eso.

Pelea estructurada. Cuando las parejas acuden a terapia y el motivo de consulta son las peleas constantes que mantienen ambos, una de las estrategias es estructurar la pelea. Cuando la pareja está a punto de pelear, deberán comenzar por lanzar una moneda al aire para definir quien comenzará. Cada miembro cuenta con diez minutos para pelear con su pareja. Cuando ambos han tomado su turno, deben permanecer diez minutos en silencio para retomar el ciclo. Esto rompe la dinámica de la pelea, ya que convierte algo completamente inesperado en algo estructurado.

Haga algo diferente. Los consultantes carecen de expectativa, pensando que lo han intentado todo y sus circunstancias no han cambiado. El terapeuta puede pedirles realizar algo distinto cada vez que la situación problemática aparece. Esto enciende la esperanza del cambio.

Qué hace cuando supera el impulso de... El terapeuta pide a los clientes observar sus propias acciones cuando el problema disminuye o no se encuentra presente. De esta manera, se produce la búsqueda de excepciones por parte de los consultantes.

Consideraciones Generales. La TBCS ha resultado ser uno de los enfoques con mayor eficacia e importancia en los últimos años. En un mundo que gira rápido, la brevedad de la terapia resulta indispensable para subsanar las necesidades emocionales y de salud mental en la población que lo requiere. Confía en los recursos de las personas y en su capacidad para utilizarlos ante situaciones abrumadoras o que parecen no tener solución.

Se ha confirmado su eficiencia, especialmente por los resultados arrojados en pocas sesiones (Aranda et al., 2006), incrementando incluso el nivel de satisfacción familiar (Vega et al., 2014). Por ello, continúa siendo uno de los enfoques de terapia con mayor impacto y mayor uso, especialmente por su eficacia y brevedad.

Prácticas Narrativas

De la Terapia Tradicional a las Prácticas Narrativas. La terapia familiar sistémica plantea un cambio de paradigma en la terapia, al abrir el lente tomando en cuenta la interacción constante de sistemas. Sin embargo, a la par de su nacimiento y evolución surgen otros paradigmas de pensamiento que integran nuevos elementos a las formas de mirar el mundo. Uno de ellos es la *terapia narrativa*, en donde se integran elementos lingüísticos y revolucionarios para el entendimiento de la terapia.

Michael White es el principal exponente de las prácticas narrativas, quien retomó ideas de diversos autores para crear su propia versión de un modelo centrado en los relatos (Tomm, 2004). Comprender los orígenes de las prácticas narrativas conlleva analizar la posmodernidad como una crítica a los supuestos incuestionables de la ciencia, cambiando la mirada hacia las subjetividades. *Posmodernidad* es una crítica a los saberes generales e incuestionables, señalando las limitaciones del positivismo para comprender lo humano. Critica fuertemente la neutralidad del investigador e indaga en la construcción social de la realidad mediante el lenguaje (Tarragona, 2006).

De la posmodernidad se derivan algunas epistemologías que coinciden en la importancia de incluir al lenguaje en sus estudios. El *construccionismo social* de Kenneth Gergen plantea que todo conocimiento es construido en el discurso compartido en la interacción social constante, es decir, la dimensión del significado se encuentra íntimamente ligada al

lenguaje y se negocia en las interacciones (Gergen y Gergen, 2011). La terapia narrativa retoma esto para el estudio de los relatos y sus implicaciones en las identidades de las personas.

Por otro lado, el *análisis del poder* de Michael Foucault toma también relevancia en el estudio de las narraciones. Plantea la existencia de conocimientos dominantes que subyugan la voluntad, los cuerpos y las identidades de las personas (como se citó en Payne, 2002). La terapia narrativa considera en su análisis la atención a aquellas narrativas que salen totalmente del dominio de estos discursos, atendiendo así a las subjetividades y a la experiencia de los individuos.

Por otro lado, se encuentra la *deconstrucción* de Jaques Derridá (como se citó en Payne, 2002), entendida como la posibilidad de desarmar los textos para comprender su composición. De esta manera, la terapia narrativa retoma la deconstrucción con la intención de cuestionar y desarmar ideas o creencias implícitas en las narraciones, discursos generalmente inamovibles y dominantes que someten a las personas (Friedman, 2005).

Si bien las prácticas narrativas representan una crítica, no pretenden negar la funcionalidad del conocimiento generado a lo largo de los años por las teorías más positivistas. Se considera que debe realizarse una búsqueda del uso que se le brinda a dicho conocimiento, las implicaciones sociales que tendría su uso de una u otra forma, así como los efectos en nuestras vidas. Ello implicaría realizar un uso mucho más ético y responsable del conocimiento generado.

Cambio de Perspectiva en la Terapia. Para las prácticas narrativas somos seres historiados. Contar historias ha sido desde siempre parte fundamental de la vida del ser humano, con ellas damos forma a nuestra existencia en el mundo. Narrar es tan fundamental porque habla de quiénes somos, da cuenta de la forma en la que nos estamos construyendo y nos reconocemos. A través de contar estamos confesando una parte de nosotros mismos, revelamos los significados implícitos y nuestra propia identidad. Tal

como lo menciona Tomm (2004), el relato no es un espejo de la persona, las historias son sus identidades; en otras palabras, somos las historias que contamos.

Todas nuestras acciones contienen en sí mismas una intención, no existe una acción aislada de propósito. Cada momento vivido posee un *panorama de acción* y un *panorama de conciencia*; el primero se refiere a las cosas que hacemos o decimos, es el acto en sí mismo mientras que el segundo es relacionado con los propósitos, esperanzas, sueños o anhelos que sostienen nuestras acciones (Bruner, 1986, como se citó en García, 2012). Ambos panoramas se encuentran entrelazados, aunque las personas no siempre somos conscientes de ello. El trabajo del terapeuta es colocar la atención en lo que existe detrás de las historias, en lo ausente pero implícito.

Los relatos cambian a lo largo del tiempo, en los diferentes contextos de convivencia o en las diferentes circunstancias a las que nos enfrentamos. No obstante, esas historias se construyen de experiencias y relaciones con otras personas. No son historias aisladas que viven en nuestras cabezas, son historias que contamos a otros, quienes a su vez cuentan historias acerca de nosotros. Sin embargo, ciertas historias tienen su origen en la colectividad, son *historias dominantes* que dan coherencia a nuestra existencia, incluyendo ideas o creencias incuestionadas que impactan en nuestra forma de mirarnos en el mundo. Es una historia única que da coherencia pero no abarca la totalidad de la experiencia de las personas (Mardones y Albornoz, 2014).

La disonancia entre las historias dominantes y la diversidad de experiencias que vivimos crea vacíos de explicación y la sensación de rompimiento de nuestra identidad. Las historias en consulta suelen estar saturadas de problemas, son historias llenas de angustia, tristeza y desesperanza (López de Martín, 2011). La deconstrucción de estas historias conlleva cuestionar formas estáticas de mirar el mundo y abrirse a la diversidad de *historias alternativas* que se encuentran fuera del dominio del problema y, por lo tanto, fuera de la historia dominante.

Para López de Martín (2011), las historias dominantes normalmente son *descripciones delgadas* de los eventos, es decir, no tienen mucha conexión con las experiencias de las personas y no es muy claro su origen. Por otro lado, las historias alternativas tienen mayor

alcance, mayor relevancia, mayores detalles, permiten construir conversaciones mucho más nutritivas y llenas de sentido (Bustamante, 2015).

Estos relatos alternativos son mucho más abundantes, en la medida que exponen la experiencia real de las personas, por lo tanto, la persona no es el problema. Esta escisión nos separa también del relato dominante y nos permite mirar identidades mucho más ricas. Bajo este supuesto, la *externalización* es una de las líneas principales de trabajo y consiste en hacer explícita la separación entre la persona y el problema (Payne, 2002).

Cuando se externaliza un problema, es común que los terapeutas pidan a los consultantes personificarlo, es decir, darle una forma, un color o un tamaño. Al realizar esta separación, el problema deja de ser relevante y se focalizan los elementos de identidad de las personas, sus esperanzas, sueños, anhelos o propósitos. Esta reapropiación de nuestra identidad se conoce como *agencia personal*, es decir, las personas recuperan en gran medida la sensación de control sobre su vida, sus acciones y decisiones (Tomm, 2004).

La terapia narrativa representa una forma de trabajo interesante, que solicita a los terapeutas mantener una postura de curiosidad por las historias compartidas por las personas que consultan. Una de las características principales de los terapeutas es la *postura descentrada* en la que el protagonismo lo poseen los consultantes; abandonar la postura de experto implica hacer un uso responsable del conocimiento por parte del terapeuta, siendo una guía que lleva a la reflexión y un co- investigador que participa junto con el consultante en la deconstrucción y la construcción de relatos nuevos e identidades (González y Campillo, 2016).

Por otra parte, tampoco niega el conocimiento del terapeuta. En realidad, considera que ese conocimiento existe, la diferencia es que pone mayor cuidado en el uso de este. De hecho, *ser transparente* significa que el terapeuta es consciente de sus propias ideas o creencias que pueden sesgar su visión y crear prejuicios. Para ello, los terapeutas tienen la opción de compartir sus diálogos internos con los consultantes (Tarragona, 2006).

Mapas. Las conversaciones en terapia narrativa son una guía útil para los terapeutas que lo necesiten. En términos más simples, comprenden una serie de mapas que acompañan el trabajo terapéutico. Esta forma de trabajo parece no encajar con la insistencia en brindar mayor importancia a las subjetividades, alejadas de los discursos hegemónicos de clasificación para las personas según estándares de funcionamiento. Sin embargo, la intención de White (2016) fue plantear su uso flexible, situado y adaptado, más que una serie de instrucciones a seguir al pie de la letra. Dar un contexto a las conversaciones en terapia implica saber que la separación de los mapas es un intento didáctico para explicar las conversaciones. A continuación, se presentan los mapas principales de trabajo en terapia narrativa.

Conversaciones de Externalización (Mapa de posición 1 y 2). El mapa de externalización es de ayuda cuando las personas consideran que su identidad es problemática y sus dificultades se deben a ella. Consiste en generar una separación del problema y la persona, con la finalidad de crear una perspectiva diferente de dicho problema. Lejos de problematizar a la persona, se busca reconstruir su identidad a través del análisis y descomposición del problema.

White (2002) divide estas conversaciones en dos partes, los llama mapas de posición 1 y 2. El primero se encarga de conocer al problema, darle una forma, clarificar sus intenciones para la vida de la persona, conocer la influencia que tiene en sus distintas áreas de funcionamiento, conocer a sus posibles aliados, así como sus estrategias para no ser vencido. Para ello, es común solicitar a las personas bautizarlo, es decir, dar un nombre a ese problema y realizar una descripción física del mismo (Payne, 2002) aunque no resulta indispensable hacerlo así.

El mapa de posición 2 se refiere específicamente a los momentos en los que la vida de la persona se encuentra libre del problema, es decir, aquellas áreas no conquistadas por él (Russell y Carey, 2002). Se exploran aquellos momentos en los que los consultantes han hecho cosas que han mermado la influencia del problema en sus vidas, dando voz a sus

esperanzas, sueños o habilidades que le permiten no doblegarse ante la influencia del problema.

Conversaciones de Reautoría. Las conversaciones de reautoría se basan en la noción de Bruner (1986, como se citó en White, 2016) con respecto al *panorama de acción* y el *panorama de conciencia*, en donde el primero se refiere al conjunto de hechos eslabonados en una secuencia específica que responden a ¿quién? ¿cómo? ¿cuándo?, mientras que el segundo se refiere a los significados, creencias, deseos o preferencias dados en los diferentes hechos vividos. Michael White propone el uso del término *panorama de conciencia* por el uso de *panorama de identidad* debido a la confusión de los significados.

En ocasiones estamos atentos a las cosas que sucedieron, no así a los significados que atribuimos a esas acciones, las creencias que influyen ciertas decisiones, de los propósitos o esperanzas que nos llevaron a conducirnos de determinada forma. Los espacios entre el panorama de acción y de conciencia suelen ser lugares por completar, en los que se pueden construir significados y formas nuevas de ver el mundo (Bruner, 1986, como se citó en White, 2016).

Por otro lado, en las historias dominantes plagadas de descripciones delgadas, es probable encontrar huecos, es decir, historias que escapan a la narración del problema. Estas historias normalmente tienen más atención porque a lo largo de la vida hemos experimentado diferentes momentos, situaciones, eventos o relaciones de poder que han ido dándoles forma, de tal manera que se han vuelto descripciones incuestionadas y mucho más visibles (Rusell y Carey, 2003).

Los *acontecimientos extraordinarios* normalmente no son el foco, incluso estas historias alternativas no suelen aparecer en primera instancia dentro de las conversaciones; han quedado enterradas en el tiempo y permanecen quietas. El trabajo del terapeuta consiste en traerlas del fondo a la figura, para lo cual necesita agudizar el oído y cazarlas para entenderlas mejor. Comúnmente son historias mucho más significativas para las personas y tienen mucho más contenido importante para ellas, creando cambios relevantes para las

vidas de las personas. Para González y Campillo (2016), es rescatar aquello que se encuentra ausente pero implícito.

Conversaciones de Remembranza. Contar historias implica incluir a otras personas relacionadas con esas vivencias. Estas otras personas permean nuestra identidad y moldean la visión que tenemos de nosotros mismos. El mapa de remembranza trae a la conversación otras voces significativas que moldean la identidad preferida de los consultantes, con la finalidad de hablar de la forma de relacionarse con ellas.

La identidad desde un modelo clásico estructuralista es univocal, es decir, está conformada por una sola voz fija que se mantiene a lo largo de la vida. Cuando se habla de la identidad desde los modelos post-estructuralistas, se considera que contamos con una pluralidad de *identidades* que no son nucleares, sino multivocales, multinucleares y multihistoriadas. Las voces que conforman nuestras identidades contienen las experiencias con otras personas; la identidad no está aislada, está en relación con otros (White, 2016).

White (1997, como se citó en Russel y Carey, 2004), utiliza la metáfora del *club de vida* para hablar de otras voces relevantes en la vida de las personas. Existen ciertas personas que poseen una especie de “pase especial” que les permite entrar en nuestras vidas. A lo largo del tiempo, damos estas membresías a determinadas personas y las dejamos entrar; sin embargo, a veces es importante reorganizarlas, así como colocar las membresías en aquellas personas que nos gustaría que la tuvieran. De esta manera, no somos pasivos en la construcción de nuestras identidades, somos activos en la conformación de las mismas.

Cuando los consultantes señalan una relación positiva y significativa con otras personas, ya sea en el presente o en el pasado, abrir la conversación a la exploración de esas relaciones y conectarlas con sus propias esperanzas conlleva una reorganización del club de vida, incluso un cambio en la manera en la que significamos dichas relaciones. Según White (2016), esta exploración se enfoca en dos direcciones contrarias pero complementarias: en primer lugar, se revisa la influencia de las otras personas en la vida del consultante, ahondando en el impacto que ellas han tenido en el sentido que da a su propia vida; en

segundo lugar, es importante indagar en la influencia que la persona ha tenido en el sentido que los otros brindan a sus vidas.

Uno de los escritos más famosos de White (2004) habla de las pérdidas vividas a lo largo de la vida, acerca de cómo las visiones estructuralistas de la terapia se han encargado de patologizar el proceso de duelo evitando la cabida de formas distintas de enfrentarlo. De esta manera, la atención se centra en reconstruir la relación con la persona ausente por medio de conversaciones de remembranza, reconfigurando la relación establecida con los ausentes, diciendo “hola, de nuevo”.

***Conversaciones de Andamiaje.* A veces las personas nos consultan cuando les invade la sensación de haber intentado todo y en cada intento las cosas empeoran o se vuelven parte del problema que inicialmente intentaban combatir. White (2016), apoyándose en el concepto de “zona de desarrollo próximo” de Vigotsky (como se citó en White, 2016), crea una conversación puente que ayuda en el paso de un estado conocido y familiar a un estado desconocido y por descubrir. El trabajo del terapeuta es crear conversaciones que hagan que las personas se separen poco a poco de lo que ya conocen y se acerquen a lo que es posible por conocer.**

El terapeuta crea andamios que permitan este tránsito para posteriormente retirarlos cuando no sean necesarios (Rendón y Pacheco, 2019). El objetivo es que los consultantes puedan nombrar las cosas que le impiden pasar de un estado a otro, deconstruir poco a poco los propósitos para su vida, sus actos de resistencia ante el problema y la forma en la que se puede anclar a acciones futuras, fortaleciendo su agencia personal.

Para lograr lo anterior, el terapeuta escucha la historia dominante del problema a la vez que identifica historias alternativas relacionadas con los anhelos, sueños, propósitos o expectativas de la persona, es decir, *lo ausente pero implícito*. Las historias se entretajan en el tiempo (pasado, presente y futuro) y los panoramas de acción y conciencia, de tal manera que poco a poco van formando los andamios (González y Campillo, 2016).

***Conversaciones que Iluminan Desenlaces Extraordinarios.* White (2016) realiza una caracterización de la iluminación de desenlaces extraordinarios. Se trata de historias que no habían sido miradas antes o no han sido tan importantes para las personas. Son historias o momentos que pasan desapercibidos pero que hablan de las cosas que pretenden para sus propias vidas. El trabajo del terapeuta es construir una conversación en la que esos relatos adquieran importancia, de tal manera que se abran las posibilidades para contarse de una forma diferente. La aclaración que hace el autor con respecto a eso es que los desenlaces extraordinarios deben ser de la autoría del consultante, lejano a una imposición por parte del terapeuta.**

El autor establece cuatro pasos para fortalecer estas conversaciones:

- 1) Indagar en la vida de la persona, especialmente se centra en la búsqueda de eventos extraordinarios.
- 2) Mapear la forma en la que esos acontecimientos han impactado en las diferentes áreas de la vida de las personas.
- 3) Evaluar el efecto del desenlace extraordinario como positivo o negativo
- 4) Justificar su postura que adopta ante los efectos de ese desenlace

***Ceremonias de Definición.* En el trabajo narrativo de White y Epston (1993), es común la convocatoria de personas externas al proceso terapéutico. La principal finalidad de su uso consiste en ampliar los relatos que los consultantes han conseguido construir a lo largo del proceso terapéutico y que se relacionan con sus identidades. Según White (2016), esta forma de trabajo como ritual se acerca más a una valoración de la vida de las personas y se aleja de los rituales clásicos enfocados en el déficit y los discursos patologizantes o de clasificación.**

La estructura general del trabajo con ceremonias de definición consiste en tres momentos principales (Zavala, 2014).

- 1) El consultante narra algún momento particularmente importante en su vida mientras un terapeuta lo entrevista; los testigos externos permanecen escuchando en silencio dicha conversación mientras se lleva a cabo.
- 2) En un segundo momento, consultante y terapeuta intercambian lugares con los testigos externos. En esta ocasión el equipo de testigos externos conversa acerca de lo escuchado en la charla anterior, con la mediación de un moderador que hace preguntas.
- 3) Finalmente, los equipos vuelven a cambiar lugares; el terapeuta y el consultante mantienen una charla reflexiva acerca de las aportaciones de los testigos, finalizando así el trabajo. No obstante, pueden continuar realizando intercambios de conversación según se considere necesario.

El trabajo de los testigos externos no consiste en una política de aplaudir o buscar lo positivo en los relatos de los consultantes, mucho menos consiste en clasificar o diagnosticar los procesos psicológicos que se llevan a cabo. Una práctica responsable consiste en mantener una *postura descentrada*, hablar del impacto de esos relatos en las identidades de los testigos y el consultante. Los testigos fungen como socios de la conversación más que como expertos en la vida de la otra persona (Zavala, 2014).

Documentos. Cuando las personas logran mirar otra secuencia de relatos y darles un significado distinto se liberan y pueden reencontrarse, ser más concientes de sí mismos y por lo tanto, mirarse de una manera diferente. Sin embargo, para que estos nuevos relatos perduren en el tiempo y se hagan mucho más visibles para las personas, los terapeutas narrativos hacen uso de los documentos terapéuticos, es decir, una prueba física de su reencuentro.

Es común el uso de *documentos terapéuticos*, es decir, documentos escritos que son enviados a los pacientes al finalizar las sesiones o entre ellas. En ellos se comparten reflexiones del terapeuta relacionadas con la sesión o sesiones, así como aquellos reconocimientos que simbolizan la agencia personal, el cambio de narrativa o la victoria en la lucha contra el problema. White y Epston (1993) argumentan que el lenguaje escrito

tiene un efecto diferente al lenguaje hablado en las personas, por lo tanto, utilizan *cartas terapéuticas y contradocumentos*.

Existe una gran variedad de cartas terapéuticas que pueden darse a los consultantes; *cartas de despido* cuando se abandona algún patrón o algún rol, cuyo objetivo es “despedir” a las personas de dicho rol; *cartas de invitación* en las que solicitan la presencia de alguna otra persona que sea indispensable para el proceso terapéutico; *cartas de recomendación* como un voto de confianza a los consultantes en la realización de tareas especiales; *cartas para predecir el futuro*, que se envían para augurar un excelente desenlace en la vida de las personas (White y Epston, 1993), entre otras. Si bien ellos sugieren el uso de estas cartas, la realidad trasciende lo establecido, los motivos siempre pueden ser múltiples y diversos.

Los contradocumentos, por otro lado, toman la forma de certificados, diplomas o declaraciones que tienen como objetivo plasmar los nuevos relatos que van surgiendo en las conversaciones. Son utilizados principalmente en el trabajo con niños, aunque en realidad también se hace uso de ellos con adultos. Plasmar estos avances en algún documento implica reforzar los relatos nuevos, es decir, la identidad de la persona fuera del problema, generando así un alivio que las lleva a vivir de una forma distinta.

Otra de las fórmulas empleadas es el uso de testigos externos, que consiste en la invitación de determinados miembros de la familia, amigos o personas cercanas al consultante, quienes se unen a una de las sesiones para participar en ella, compartiendo recuerdos que han tenido con la persona que consulta y, de esta manera, enriquecer aún más los cambios establecidos en terapia tanto en sus historias como en su identidad y el impacto que esto tiene en sus relaciones y forma de vivirse (Russell y Carey, 2003).

En otras ocasiones, no son personas conocidas para el consultante, es decir, miembros de la comunidad o personas que en determinados momentos han logrado vencer un problema similar. Las historias se conectan y suman siempre a otros relatos, el uso de testigos externos entreteje un conglomerado de relatos que genera experiencia tanto en el consultante como en los testigos. De esta manera, se vuelve útil para construir nuevos puntos de vista y generar nuevas miradas que nos permitan hacer un cambio perdurable.

¿Hacia donde van las Prácticas Narrativas?. El giro narrativo ha representado una revolución en el trabajo terapéutico, al hacer visibles las múltiples relaciones de poder que sostienen los discursos invisibles de los que no somos conscientes. Al visibilizar nuestro propio entramado de metanarrativas y separarlas de nuestra identidad, nos rescatamos a nosotros mismos; el cambio de visión crea cambios en nuestras condiciones de vida y en nuestro bienestar.

Las post- escuelas nos invitan a criticar activamente el mundo como lo conocíamos, nos enseñan a movernos constantemente en la construcción y uso del conocimiento. No obstante, eso implica ser conscientes del uso que los profesionales de la salud hacemos de las prácticas narrativas. Valdría la pena cuestionarnos hasta qué grado ese uso se vuelve colonizador al no cuestionar su utilidad en todos los casos, convirtiendo la terapia en un elemento encerrado en sí mismo.

Análisis y Discusión de los Temas que Sustentan los Casos Clínicos

¿Qué es la Vejez?

La vejez ha sido estudiada desde diversos ángulos a lo largo de la historia. Esto ha permitido el surgimiento de diversos marcos teóricos que han brindado alternativas para una atención integral y adecuada a esta población. Sin embargo, estos marcos de pensamiento han repercutido en las narraciones socialmente compartidas alrededor de la vejez, así como en las identidades de los adultos mayores.

El ciclo vital humano pretende subdividir a la población en estratos de edad, con la finalidad de detectar y diseñar estrategias de intervención específicas que atiendan las necesidades particulares de cada grupo. Tanto la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la Organización de las Naciones Unidas (ONU) han establecido límites etarios a la vejez, es decir, se ha delimitado el comienzo de la misma a partir de los 65 años (Zetina, 1999). Debido al aumento de la esperanza de vida, incluso se ha propuesto hablar de la cuarta edad, constituida por personas de 80 años en adelante (Guerra, 2019).

A pesar de ello, parece no existir consenso entre los expertos en cuanto a la edad exacta que determina el inicio de la vejez en el ser humano (Martínez et al., 2018). Incluso, hay quienes se niegan a colocar un parámetro de edad para hablar de esta etapa, atendiendo a las cuestiones propiamente subjetivas de la vejez. Sin embargo, se ha optado por pensar en un parámetro flexible que logre adaptarse al incremento de la esperanza de vida y a los avances de la medicina moderna.

Por otro lado, es necesario matizar las diferencias conceptuales entre vejez y envejecimiento. Aunque generalmente se utilizan de manera indistinta, resulta importante definir a ambos y subrayar sus distinciones para mayor claridad. Si bien la *vejez* se refiere a una etapa del desarrollo humano que es posible distinguir por una serie de características corporales referidas al deterioro y decremento de funciones, una etapa estática; el *envejecimiento* se relaciona con el crecimiento, es decir, un proceso que permanece desde que nacemos hasta que morimos. En el presente texto nos referiremos a la vejez para hablar de una etapa dinámica, a un momento en el tiempo que no supone solamente un deterioro de las funciones corporales, sino que va más allá de las conceptualizaciones tradicionales del término.

A lo largo de la historia, los valores atribuidos a la vejez han cambiado conforme se han modificado las condiciones sociales que le rodean. Esos valores que se le atribuyen pueden ser positivos o negativos, pero en ambos casos se crean narrativas sociales que crean relaciones de poder. Los estudios acerca de la vejez son relativamente recientes, y han generado cambios en la manera de pensar a las personas de edad avanzada. Sin embargo, los abordajes más actuales han optado por cuestionar la pertinencia de homogeneizarla y generalizarla. Los valores sociales se construyen a través del tiempo, según las condiciones que impulsen unos u otros. Por esto es importante abordar los significados de la vejez a través de la historia.

La Construcción Social de la Vejez

La vejez en la historia es un tema poco abordado en la literatura, esto se debe principalmente a la poca visibilidad e importancia que se ha dado al estudio de los adultos

mayores. El hecho puede relacionarse con los significados socialmente atribuidos a ella, sin embargo, al echar un vistazo a las significaciones de la vejez a través de la historia, podremos comprender que conforme nos movemos de cultura, las maneras de mirar la vejez cambian y, por lo tanto, sus funciones también.

Para Martínez, et al., (2002) la vejez vista desde la historia parece tener dos ejes principales. El primero se refiere a los momentos y lugares en los que se tiene una visión más positiva de la vejez. Bastaría con remitirnos a las épocas primitivas en las que las personas de edad eran poco comunes y se les atribuían poderes que les concedían los dioses, por cuya aseveración eran temidos y respetados. También era común que las personas mayores fueran vistas como los principales transmisores de conocimiento, aquellos mensajeros que narraban las experiencias pasadas y las ofrecían a modo de entendimiento, los mediadores entre el mundo presente y el más allá (Trejo, 2001).

El otro eje se enfoca en una visión mucho más negativa de la vejez, en la que no se le atribuyen valores que contribuyan a la evolución social. Los griegos, por ejemplo, en sus inicios asignan un gran peso a la autoridad paterna, hecho que se ve modificado por la posterior exaltación de la fuerza y la belleza humanas. Los ancianos son relegados al no cumplir con los estándares sociales, dando el poder de decisión a los miembros más jóvenes (Trejo 2001). El Renacimiento también expone el rechazo mucho más amplio de la vejez, etapa en la que se les atribuyen artimañas y actos de brujería (Carbajo, 2008).

La vejez no solamente se apega a estándares biológicos, sino también históricos y socioculturales que crean cosmovisiones decantadas en políticas públicas y narraciones diversas alrededor de las personas mayores (Martínez, et al., 2002; Parales y Dulcey- Ruíz, 2002). Los estándares sociales son determinados por condiciones diversas y nunca se trata de una imagen inalterable o significado fijo. Las condiciones políticas, económicas y sociales juegan un papel importante en la manera de mirar las edades, por lo tanto, estas miradas cambian a través del tiempo y los contextos.

Dentro de toda esta multiplicidad, podemos hipotetizar que envejecer tampoco ha sido la misma experiencia para hombres que para mujeres en la historia. Por ejemplo, para los romanos el sistema *pater familia* atribuye la autoridad total a los hombres ancianos,

quienes incluso tienen el poder de decisión sobre las vidas de los miembros de la familia. Por otro lado, la *mater familia* dicta que las mujeres ejercían un papel secundario de negociación de toma de decisiones y cercanía con los miembros de la familia; aquellas mujeres que envejecían solas eran completamente despreciadas (Trejo, 2001).

Vemos en los adultos mayores una diferencia en los roles asignados para cada género, siendo el destierro la consecuencia del incumplimiento de los mismos. Estas diferencias no se encuentran totalmente acotadas en la literatura, por lo que se habla de una vivencia similar para hombres y mujeres, ignorando completamente sus diferencias y los elementos sociales, políticos y económicos implícitos en sus circunstancias.

De esta manera, resulta difícil encontrar significados generales que logren abarcar totalidad de experiencias en la vejez, dificultando la posibilidad de homogeneizar las vivencias. Hacerlo implicaría dejar de lado la multiplicidad de factores que intervienen en la construcción de los significados de la vejez, tanto individuales, como familiares, laborales, económicos, políticos, entre otros. La relevancia de comprender la diversidad y multiplicidad de experiencias reposa en la necesidad de comprender a la vejez como una construcción social.

Las actitudes comunes hacia las personas mayores son resultado de la percepción social, lo cual recae en la posición social que se les asigna. Frecuentemente, está determinada por los juicios sobre las características de las personas. En este sentido, existen dos ideas ambiguas sobre la definición de la vejez; una asegura que es una etapa de la vida en la que prevalece el beneficio de la experiencia, mientras la otra asegura que se trata de una etapa de pérdidas, siendo incluso sinónimo de enfermedad (Amico, 2009). Estudios hechos sobre la imagen social de la vejez, han concluido que la percepción social sobre las personas mayores es negativa, al no cumplir con los valores socialmente ponderados y desconectados de la vejez, tales como la fuerza, agilidad para el éxito y la conquista de bienes materiales.

Cuando nos referimos a construcción social, no pretendemos alejarnos de las implicaciones reales que viven los adultos mayores. Pretendemos exponer en primera instancia, que la línea imaginaria que divide la edad adulta y la vejez es difícil de trazar (Kehl y Fernández,

2001); no es una línea natural que podamos visualizar. Las imágenes sociales de la vejez son construidas a través de las narraciones que los individuos compartimos, lo que es entendido y significado como vejez. A través del lenguaje se construyen diversas imágenes que varían en función del contexto sociocultural, económico y político del que forma parte. Dichas representaciones son interiorizadas por los adultos mayores, quienes actúan y toman decisiones para sus vidas en función de ello.

Así mismo, muchas de esas imágenes no solamente se ven influidas por las condiciones sociales de las que forman parte. En muchas ocasiones, quienes han estudiado la vejez han contribuido a la construcción de relatos; o bien, el conocimiento también es construido y atravesado a través de determinados relatos.

La Investigación de la Vejez: Tres Etapas Fundamentales

Históricamente han existido múltiples definiciones planteadas desde las diversas disciplinas que se han interesado en el estudio de la vejez. Los aportes que han generado hasta ahora han enriquecido la discusión, permitiendo construir reflexiones sobre la misma; las definiciones más comunes se encuentran en las áreas de la geriatría, gerontología y psicología. No obstante, esos marcos teóricos bien podrían ubicarse en temporalidad y esto podría generar un análisis acerca de los propios discursos que han perpetuado.

Comenzaremos exponiendo que la atención brindada al tema de la vejez es relativamente reciente. El aumento de esta población en los países, especialmente en México, abre la necesidad de visibilizar y brinda el escenario para dar la atención oportuna de las personas mayores. Si bien han emergido estudios que apuntan a este objetivo, también han contribuido a la construcción de discursos dominantes alrededor de los adultos mayores, impactando en múltiples esferas de sus vidas.

Especialmente el estudio de la vejez ha estado enmarcado por los paradigmas modernos dominantes, inicialmente asociados a la medicina. No obstante, a lo largo del tiempo se sumaron nuevas maneras de comprender la vejez y, por lo tanto, nuevas formas de mirarla.

En ese sentido, Carbajo (2008) propone tres fases históricas bajo las cuales se ha teorizado el envejecimiento, marcadas por diversos hechos históricos. Dichas fases no siguen un orden cronológico, de hecho algunos estadios se traslapan y su ocurrencia no tiene que ver con una cuestión temporal, sino que persigue un fin exclusivamente didáctico

La primera fase *de arranque en la investigación sobre el envejecimiento*, comprende el estudio de los adultos mayores desde las complicaciones fisiológicas, la decadencia corporal y las enfermedades. Su finalidad es establecer los protocolos necesarios de cuidado y reducción de riesgos. En 1909, Ignatz Leo Nascher acuña el término *geriatria* para referirse a una rama de la medicina encargada del estudio de la vejez, cuyo objetivo es lograr el mayor grado de autonomía por medio de actividades de prevención, tratamiento y rehabilitación -según sea necesario-, incorporando aspectos sociales que intervienen en el mejoramiento de las condiciones de las personas (Santana, 2016).

Aunque la idea de Nascher no era asociar el término vejez con enfermedad -incluso dio peso a los factores socioambientales como componentes del bienestar (Iacub, 2013)- aún se realiza esta asociación. Esto lleva al discurso dominante de la decadencia y el declive total del adulto mayor, no solamente en la salud, sino también en lo social y psicológico.

En la fase *de desarrollo en la investigación sobre el envejecimiento* se cuestionan los métodos tradicionales que habían llevado a teorizar la vejez, orientados principalmente al tratamiento de las patologías. Esto posibilita el surgimiento de la *gerontología*, en donde además de las cuestiones biológicas se contemplan factores sociales y psicológicos, incorporando nuevos conocimientos y paradigmas de estudio.

Aunque al inicio los estudios gerontológicos no incursionaban en el ámbito científico, su evolución creó la necesidad de investigaciones con mayor rigidez, lo que permitió el nacimiento de análisis mucho más apegados al ámbito científico (Carbajo, 2008). La *gerontología* se ha dedicado entonces a investigar todo lo relacionado con la vejez (Santana 2016), especialmente desde una perspectiva de salud, psicología e integración social y económica. Se insiste en la interdisciplinariedad y multidisciplinariedad para su estudio, con la finalidad de mantener una visión más amplia y complementaria (Curcio, 2010).

En una etapa posterior de la gerontología se hace un mayor énfasis en criticar la asociación implícita entre vejez y enfermedad, enfocando los esfuerzos en minimizar la atención al deterioro corporal y ofrecer alternativas encaminadas al bienestar. El *envejecimiento exitoso* es una propuesta interesante que toma como punto de referencia la definición de salud brindada por la OMS para teorizar la calidad de vida y el bienestar en las personas mayores, no solo como ausencia de enfermedad. Plantea que los padecimientos que aparecen en la vejez se relacionan tanto con estilos de vida individuales, como a factores relacionados con la edad.

Para Curcio (2014), alguien tiene un envejecimiento exitoso cuando cumple con tres características principales: ausencia de enfermedad y discapacidad, alto nivel de funcionamiento físico y cognoscitivo y participación en actividades sociales y constructivas, incluyendo la socialización con otras personas.

Esta apertura a los discursos de la vejez permitió abarcar más ámbitos a los que anteriormente no se les brindaba tanta atención. Además, coloca el énfasis en la cooperación de diversas disciplinas, quienes desde su propio objeto de estudio generan conocimientos aplicables a la práctica. A pesar del trabajo interdisciplinario y multidisciplinario, el estudio de la vejez parece decantarse especialmente en la dimensión psicológica.

En la tercera y última fase, conocida como *de eclosión en la investigación sobre envejecimiento* se han revisado las implicaciones psicológicas en la vejez. La *psicogerontología* lo ha hecho sobre todo desde las teorías del desarrollo y el ciclo vital (Dulcey, 1982) para comprender e intervenir en el comportamiento de las personas mayores y reparar las conductas que podrían alterar el desarrollo normal del adulto.

Inicialmente, Hall (1922, como se citó en Carbajo, 2008), quien es considerado el primer psicogerontólogo, intentó colocar el estudio de esta rama como una crítica a los modelos deficitarios, considerando que tanto vejez como juventud poseían sus propias formas de sentir, pensar y querer. Esto además invita a descartar a la juventud como parámetro de medida y punto de comparación. Sin embargo, como veremos más adelante, la juventud

parece ser tomada como el punto de contraste desde el cual surgen todas las demás categorías.

En sus estudios iniciales, la psicogerontología partía de una comparación entre el envejecimiento normal y el envejecimiento patológico, siendo este el motivo de interés principal e intervención. Otro de los enfoques poco reconocidos actualmente es la *teoría de la continuidad*, que sitúa el foco de atención en los estudios del mantenimiento de la personalidad a lo largo de la vida, cuestionando puntualmente a aquellas teorías que plantean cambios de la misma en esta etapa. En cambio, explica que tanto las rupturas sufridas como los intereses accesibles o no accesibles para estas personas juegan un papel importante en la conformación de cierta forma de envejecer (Pinillos y Quintero, 2017).

La patologización de la vejez resulta controversial cuando se ignora el contexto bajo el cual aparecen determinados síntomas o conductas. Tanto la teoría del desarraigo como la de la continuidad parecen estar planteadas desde la lógica del estudio de las patologías, ya que esta práctica se sostiene por la idea de que vejez y enfermedad son términos asociados como causa y consecuencia. Además, en múltiples ocasiones se hace un uso excesivo de la medicalización de los adultos mayores y los profesionales dejan de lado el estudio del contexto y la realidad social que viven (D'Andrea, et al., 2014; Amico, 2009).

La *teoría del desarraigo* es una de las primeras teorías de la vejez que, aunque poco reconocidas actualmente, intentó estudiar la dimensión psicológica. Explica cómo las personas mayores abandonan el periodo de actividad y de socialización conforme avanza su vida, generando una especie de satisfacción en ellos y en la sociedad de la que forman parte (Curcio, 2014). Es decir, tanto la comunidad como el individuo se preparan para separarse mutuamente; el adulto mayor se prepara para acotar sus propios roles, así como la cultura se prepara para permitirle retirarse de la vida productiva.

Esto generaría una especie de alivio para ambas partes. No obstante, pensar que el alejamiento de los adultos mayores de sus actividades diarias y la disminución del ejercicio de la socialización es un proceso natural, parece muy conveniente para la sociedad de producción en donde una persona joven se encuentra en condiciones de producir más que un adulto mayor, siendo obligados a aislarse y a retirarse de la vida productiva. Incluso,

refuerza la imagen de completa decadencia de estas personas, en donde son mirados como improductivos y en completa ausencia de sus funciones cognitivas, físicas y sociales. Esto repercute en la visión que las personas tienen de ellos, muchas veces dentro de las familias o dentro de cualquier espacio son vistos como una carga o alguien que no puede realizar otras actividades.

Por otro lado, la suposición de que las personas que envejecen se alejan de sus actividades y dejan de relacionarse con otros, nos acerca a una tradición geriátrica que refuerza el discurso de decadencia asociado tradicionalmente a las personas mayores. La *teoría de la actividad* plantea una explicación alternativa que se apega al estudio de la vejez desde el bienestar y la salud. Las personas que envejecen satisfactoriamente deberían tener una excelente actividad física, laboral y social (Dulcey, 1982).

No obstante, mirar el bienestar y crear una vida satisfactoria también contribuye a invisibilizar las necesidades de las minorías, especialmente de los más longevos. Además, queda fuera de vista la diversidad de condiciones que atraviesan a las personas que se encuentran en la etapa de vejez, tal es el caso de las mujeres mayores que son lesbianas, los hombres mayores homosexuales, aquellos que tienen alguna discapacidad que les ha disminuido la movilidad e independencia o personas que viven solas y en asilos.

Uno de los objetivos principales de la investigación ha sido homologar la diversidad de experiencias, creando una universalidad que permita situar a los individuos en ella. La insistencia en generar un marco de referencia general impide abarcar la totalidad de las experiencias que viven las personas. Atender las particularidades es un acto revolucionario, que alumbró sus necesidades específicas y dejó escuchar con mayor detenimiento sus condiciones.

A lo largo de la historia, las investigaciones geriátricas, gerontológicas y psicogerontológicas han producido numerosos conocimientos y herramientas para la práctica y el mejoramiento de las condiciones de la población en cuestión. Analizar su evolución abre el panorama hacia la influencia y mantenimiento de ciertos discursos relacionados con la vejez y, por lo tanto, con las formas de mirarla que han quedado influenciadas por las variaciones de su estudio. Estas miradas impregnan las

construcciones e imágenes que se tienen del adulto mayor, que mediante la socialización se convierten en componentes de las identidades individuales.

Por otro lado, nuevas escuelas y miradas emergen de esta crítica, enfoques que ofrecen una alternativa al tratamiento de las dificultades presentadas. A continuación, profundizaremos en ellas.

Posgerontología, Posgerontología Crítica y Gerontología Narrativa

El estudio de la vejez se ha hecho inter y multidisciplinariamente con la finalidad de cubrir la mayor cantidad de necesidades que los individuos reportan. Aunque en un principio el propósito es abarcar la mayor cantidad de posibilidades y darles un sentido, eso no sucede necesariamente así. Como veremos más adelante, difícilmente se puede abarcar la totalidad de experiencias cuando los contextos son tan diversos.

Algunos autores han criticado ampliamente la producción de esquemas hegemónicos de conocimiento, debido al control que implica la clasificación y normalización de determinadas creencias o prácticas. Cuando hablamos específicamente de la vejez, estos conocimientos universales pueden omitir algunas otras formas de conocimiento, incluso encasillar a los adultos mayores en estas categorías e influir significativamente en sus identidades. (Iacub, 2013). Esto se traduce en oportunidades desiguales, ya que la estructura que determina cómo se debe envejecer excluye a aquellos que se encuentran fuera de la normalidad, creando estigmas y estereotipos sociales.

Al existir una norma que determina la manera correcta o adecuada de envejecer, se dejan de mirar las necesidades reales de las personas mayores que muchas veces no coinciden con estos cuadros creados para ellos. Cuando salen de estas normativas, es común que sean segregados, menospreciados e invalidados en sus experiencias, lo cual genera una sensación de inutilidad e improductividad en su día a día. Esto conlleva construir una vejez en la que ellos mismos quedan excluidos de sus experiencias para adecuarse a lo que se espera que hagan.

Precisamente los estudios de la gerontología tradicional se enmarcan en esta homogeneización del conocimiento. La *gerontología crítica* examina los paradigmas gerontológicos tradicionales, especialmente en cuanto al uso social del conocimiento universal y válido, legitimando el conocimiento científico que responde a necesidades económicas, políticas y sociales (Yuni y Urbano, 2008; Freixas, et al., 2012; Iacub, 2015). Incluso hace referencia a la puesta en marcha de diversos mecanismos de poder al enaltecer ciertas formas de conocimiento sobre otras, manteniendo el orden social y la distribución del poder entre individuos (Iacub, 2002). De esta manera, pretende dar voz y visibilidad a los saberes locales y no solamente a los aceptados universalmente, apelando a las subjetividades y adentrándose en el mundo de los significados.

También pone sobre la mesa la construcción social de la gerontología y el mismo concepto de vejez. Esto implica incluir las dimensiones sociales y culturales que influyen en el envejecimiento, es decir, la significación de la vejez se da en función del lugar que nos rodea. Sus alcances se encuentran cercanos a la antropología y se apega al estudio de la subjetividad y el análisis de las realidades sociales de las que formamos parte (Curcio, 2010).

Dentro de la gerontología crítica se encuentra la *postgerontología*, mayormente apegada a la posmodernidad y el posestructuralismo. Acentúa la influencia y ponderación de la política de edades y de la biología, poniendo de relieve el control ejercido a través de la valoración positiva o negativa de las personas que tienen determinada edad. Sostiene que estos esquemas de edad mantienen la existencia de grupos aminorados socialmente, siendo los adultos mayores parte de ellos (Iacub, 2002).

Los grupos sociales desfavorecidos son blanco de estereotipos y diferentes formas de discriminación. El “viejismo” es un término acuñado para referirse a la actitud de rechazo dirigida hacia los adultos mayores (Amico, 2009), derivada de la estructura de poder cuyo origen se encuentra principalmente en la estratificación por edad y, por lo tanto, en la ponderación de la juventud sobre la vejez. Esto tiene como consecuencia el surgimiento de actitudes estereotipadas y acciones estigmatizantes que vulneran a las personas mayores.

En este sentido, la juventud es valorada como positiva y tiene mayor prestigio, mientras que la vejez es calificada como negativa y carece de reputación (Iacub, 2013). De esta manera, se invisibilizan las necesidades y problemáticas específicas de determinados grupos de edad, especialmente de los adultos mayores, o se crean relatos que impregnan nuestra forma de ver y actuar ante ellos.

Hasta este punto parecen existir dos formas de estudio y abordaje de la vejez: la relacionada con la objetividad y la generalización de condiciones, que se encuentra con dificultades para abarcar la totalidad de la experiencia y parte de discursos totalizantes que excluyen a la minorías; y en segundo lugar, tenemos aquellas disciplinas que realizan un abordaje de la experiencia del adulto mayor desde las particularidades, no solamente sociales y contextuales, sino también narrativas e identitarias. La posmodernidad plantea un cambio de paradigma y, por lo tanto, un cambio de mirada hacia la relatividad del conocimiento que es construido socialmente y la subjetividad (Curcio, 2010; Plaza, et al., 2017).

Precisamente, la *gerontología narrativa* se encarga de estudiar a la vejez desde las narraciones y significaciones sociales (Salazar, 2015; Plaza, et al., 2017). Mientras que la gerontología crítica se encarga de analizar el proceso de construcción de la vejez y la gerontología como campo de conocimiento, la gerontología narrativa se encarga de estudiar la influencia de las historias y significados individuales que dan sentido a las experiencias y además se comparten (Villar y Serrat, 2015).

Aquellas narraciones no solamente influyen en las acciones llevadas a cabo por las personas, también representan un intento por brindar coherencia al presentarse como una serie de eventos ordenados y unidos (Villar y Serrat, 2015) que, además, cuentan con significados compartidos socialmente e influyen en gran medida, en la conformación de nuestras identidades (Iacub, 2015). La sustancia principal de las historias es la identidad, en donde somos capaces de narrarnos y renarrarnos, contarnos y recontarnos muchas veces, en distintos momentos, en épocas distintas. La identidad es fluida y cambiante porque las narraciones que hacemos de nosotros mismos cambian conforme nuestras circunstancias también lo hacen (Combs & Freedman, 2016).

Las identidades no determinan las acciones, sino que se constituyen en el entramado de experiencias lingüísticas de las que formamos parte (Castillo, et al., 2012). Para McAdams (2001, como se citó en Randall, et al., 2015) identidad y narrativa resultan inseparables, toda vez que somos lo que contamos de nosotros mismos. Esto es de vital importancia en el trabajo con adultos mayores, pues sus vivencias configuran narrativas, significados e imágenes atribuidos a la vejez (Villar y Serrat, 2015). Es decir, hay macro relatos que los enmarcan en exigencias sociales que impactan en la forma que se miran, afectando sus acciones, decisiones y bienestar.

Dentro de la posmodernidad y el posestructuralismo se aboga por una perspectiva biográfica, en la que se atiendan los significados y narraciones atravesadas por las relaciones de poder y las metanarrativas alrededor de los adultos mayores, es decir, aquellos relatos dominantes incuestionados que impregnan sus identidades. A continuación, exploraremos esas narrativas comunes construidas socialmente alrededor de la vejez.

Metanarrativas de la Vejez

Para Iacub (2015) una metanarrativa es una historia dominante, una especie de guion cultural que dicta la forma en la que deben interpretarse, valorarse y normalizarse determinadas conductas de las personas en diferentes contextos. En este sentido, algunos relatos obtienen mayor poder que otros y esto depende del ambiente en el que se desarrollan. Así, aunque la principal función de estos guiones es ordenar y dar coherencia a eventos o fenómenos que necesitan una explicación, en ocasiones pueden resultar subyugantes para las personas que salen de estos cánones.

Esas macro narrativas normalmente son descripciones muy delgadas, ya que generalmente no se cuestiona su veracidad. Entonces resulta necesario deconstruirlas; es decir, descomponerlas, valorar su utilidad y cuestionarlas. La literatura encaminada a la gerontología narrativa rescata algunas de las metanarrativas que refuerzan determinadas maneras de ser o de pensar en la vejez.

Por ejemplo, existen múltiples exigencias alrededor de los cuerpos de los adultos mayores, en donde solamente los cuerpos bellos, jóvenes y sin arrugas son dignos de ser vistos.

Como sus cuerpos no cumplen con ese estándar (solo lo hacen los cuerpos jóvenes), son sometidos al escrutinio y la crítica de su visibilidad. Incluso, las empresas cosméticas han creado productos que prometen eliminar cualquier signo de la edad, contribuyendo enormemente a la ponderación de los cuerpos jóvenes como deseables o los únicos dignos de deseo (Villar y Serrat, 2015), sin ninguna característica fuera del estándar. Los adultos mayores normalmente se someten a la invisibilización de sus cuerpos o a la corrección excesiva de las características indeseables, lo cual afecta su bienestar personal, económico e, incluso, social.

Iacob (2015) menciona tres metanarrativas principales para la vejez: la primera, *del tiempo de vida* o *viaje de vida*, en donde se piensa que la vejez es la parte final del ciclo vital y que solo queda esperar la muerte y hablar del pasado glorioso en el que existió la juventud. Parecen estar condenados al fin de su existencia, normalmente es una sensación de la inexistencia de nuevas vivencias y experiencias. Los adultos mayores subyugados ante esta exigencia pueden aislarse en una rutina que parece no terminar, impactando muchas veces en las relaciones con otras personas, vivan o no con ellos. Esta condición se conoce como *cierre narrativo* o *foreclosure* (Bohlmeijer et. al., 2011; Villar y Serrat, 2015).

Estas grandes narrativas intervienen en la forma de las vejeces. Por ejemplo, las personas mayores que son ingresadas en instituciones se viven como personas sin futuro, amenazando sus identidades narrativas y su bienestar (Villar y Serrat, 2017). El trabajo terapéutico con los adultos mayores se vuelve necesario toda vez que se cuestionan estas narraciones absolutas y se permite la apertura de las mismas, facilitando así la posibilidad de recrear nuevas formas de vivirse y consolidar sus identidades.

La segunda gran narrativa de la vejez es el *transcurso vital* y *la representación del declive*, en la que las condiciones biológicas tienen una importancia superior. Es decir, el cuerpo decadente se convierte en el único escenario posible, olvidando aquellas otras dimensiones que conforman sus vidas. Son cuerpos improductivos, que no generan ganancias de ningún tipo (Aguirre y Scavino, 2016), tampoco pueden tener ningún tipo de actividad, influyendo en fuertes sentimientos de inutilidad, así como en la anulación de sus sexualidades.

Al respecto, ambas narrativas influyen en la noción de nulidad de sus sexualidades, es decir, la posibilidad de disfrutarlas está prohibida para ellos. Para Llanes (2013), el trasfondo puede explicarse por dos metanarrativas principales: la primera, que la sexualidad esta intrínsecamente asociada a la reproducción, por lo tanto, los adultos mayores están fuera de cualquier posibilidad de disfrutarla o practicarla; la segunda, el declive funcional del cuerpo, es decir, la creencia en su nulo funcionamiento fisiológico que abordaremos más adelante.

La nulidad de su sexualidad les afecta en dos áreas distintas: la búsqueda de una pareja en la vejez y el cambio de la relación de pareja en la vejez. En el primer rubro, Cerquera, et al. (2012) han encontrado que las personas mayores sienten entusiasmo por vincularse con otras personas e iniciar nuevas relaciones de pareja después de la viudez, aunque existe una visión negativa ante dichos vínculos por parte de las personas más jóvenes. Esto puede influir de manera significativa en la decisión de encontrar una nueva pareja, impactando en la percepción que las personas tienen sobre sus propios cuerpos.

Para Iacub (2006, como se citó en Arias y Polizzi, 2011) las relaciones de pareja en la vejez suponen valores distintos a los establecidos en la juventud, específicamente mayor aceptación del otro debido a las condiciones de precariedad, soledad y dificultad a las que se enfrentan, a diferencia de las relaciones entre personas jóvenes en las que imperan otros valores. Sin embargo, tampoco se mantiene la apertura a pensar que las personas mayores disfrutan de su sexualidad dentro de sus relaciones de pareja.

Por otra parte, en la asociación entre vejez y enfermedad se crea una imagen de improductividad, por lo que se les niega la posibilidad de trabajar. De hecho, gran parte de los adultos mayores, especialmente las mujeres, realizan labores de cuidado no remunerado en el hogar, principalmente el cuidado de los nietos entre otras actividades (Aguirre y Scavino, 2016), lo cual imposibilita que puedan incorporarse al campo laboral y mejorar sus posibilidades económicas.

Esta condición los lleva a tomar la decisión de vivir con sus familiares, principalmente con sus propios hijos (Aguirre y Scavino, 2016). La *verticalización de la familia* es un fenómeno relacionado con la coexistencia de tres generaciones o más dentro del seno

familiar, influido por el aumento en la esperanza de vida y la disminución de natalidad. Es decir, a la existencia de un aumento en el número de personas mayores y la disminución en el número de personas más jóvenes (Miralles, 2010; Pérez, et al., 2014). Esto supone un cambio en los roles de los miembros, en donde deben organizarse para procurar el cuidado y atención de los mayores, además de promover relaciones intergeneracionales (abuelos y nietos, por ejemplo) y pocas relaciones intrageneracionales, es decir, entre miembros de la misma generación.

Esta verticalización afecta también los roles de los adultos mayores, al esperarse que procuren cuidados a sus nietos. La asociación entre vejez y *abuelazgo* viene dada por las dificultades de autonomía física o económica que afectan a esta población. Sin embargo, a pesar de ser un rol importante para la incorporación de las parejas más jóvenes al trabajo, representa también la imposibilidad de incorporar otros roles o actividades que se alejan del esperado (Carbajal, et al., 2010). Esto impacta fuertemente en las identidades construidas por las personas cuando llegan a la vejez, ya que gran parte de sus actividades y decisiones están construidas en función de estas imágenes sociales de las que han formado parte.

Quizá para ciertas personas esta decisión no ha implicado un problema, debido al importante vínculo que han generado con sus nietos, en donde además se convierten en el enlace entre padres e hijos. No obstante, valdría la pena preguntarse si para todos ellos resulta satisfactorio, ya que algunas personas mayores podrían verse restringidas en sus posibilidades, especialmente en la satisfacción de aquellas necesidades básicas de socialización, recreación, e incluso de producción.

Finalmente, se encuentra la macro narrativa *de la gerontología y la representación del prejuicio*, en donde la gerontología es un actor importante que critica la visión negativa del envejecimiento, sale del discurso hegemónico de la biología y mira otros aspectos que también son importantes en su estudio. Se añade la dimensión del significado para una comprensión mucho más rica de esta etapa, aunque eso no necesariamente mejora las condiciones de los adultos mayores.

Son múltiples y diversas las nuevas tendencias apegadas a este cambio de mirada, entre ellas el estudio del *envejecimiento exitoso* que hemos revisado anteriormente. Villar y Serrat (2015) realizan una crítica a la noción de vejez exitosa, ya que esta realza los valores juveniles e impone una agenda de seguimiento de los mismos, negando por completo la vejez como categoría individual y con identidad propia. De esta manera, se crean nuevas restricciones ante la vejez, privilegiando a aquellas personas que no padecen una enfermedad y pueden cumplir con los estándares de lo que se considera exitoso, además de hacerlas responsables de la forma en la que envejecen y negar la diversidad de contextos en los que las personas lo hacen. Así, contribuye a la brecha de desigualdad gestada por las condiciones sociales de las que forman parte, que es, en sí misma, significativa para las personas.

A pesar de la hegemonía discursiva, los adultos mayores han logrado oponerse y contradecir esos relatos únicos y dominantes, creando relatos alternativos conocidos como *contranarrativas* (Villar y Serrat, 2015). Si bien los relatos dominantes impregnan la vida de las personas, siempre encuentran una grieta, una forma de narrarse a sí mismas desde la resistencia. En esos relatos siempre encontramos momentos en los que las personas no fueron conquistadas por estas expectativas, dando más volumen a su propia identidad y dando por hecho que aun existen experiencias narrables.

Por ejemplo, el cierre narrativo (*foreclosure*) no solamente puede ser vivido de una forma desagradable, no necesariamente implica que las personas vean sus vidas todo el tiempo en retrospectiva. Es posible transitar el cierre narrativo como una etapa de trascendencia o de disfrute, en la que es necesario conocer cosas nuevas, disfrutar la vida antes de que termine (Iacub, 2015). En el mejor de los casos, parece cumplir la función de impulsar las relaciones sociales, incluyendo las de pareja, y el bienestar de las personas, haciendo necesario un cierre adecuado que indique que han tenido una vida satisfactoria. Los adultos mayores pueden seguir viviendo experiencias que les permitan contarse de maneras distintas y, por lo tanto, continúan renovando y recontando sus identidades (Plaza, et al., 2017).

Las metanarrativas juegan un papel de suma importancia en nuestras vidas, sobre todo en las diferentes etapas que atravesamos. La vejez es una de las más importantes, ya que las

imágenes sociales cumplen una función en las grandes narraciones que delimitan el papel de los adultos mayores en la sociedad. Gran parte de esto se debe a la pretensión de universalidad y preponderancia de las teorías tradicionales que la han estudiado; las subjetividades consideran la importancia de la diversidad de los seres humanos, aceptan la pluralidad y evitan la discriminación de estos grupos.

Las contranarrativas desafían las imágenes universales del envejecer, cargadas de inutilidad y decadencia para dar paso a otras narraciones que contienen sus propios principios, valores, esperanzas, sueños, pasiones o propósitos. Aunque muchas veces las formas de vivir la vejez salen totalmente de las descripciones delgadas, incuestionables y universales creadas dentro de un contexto socio-político, económico y cultural que responde a determinados intereses, eso no necesariamente mejora sus condiciones. Salir de las grandes narrativas conlleva desafiar una imagen que los otros consideran imprescindible y eso se traduce en críticas, prácticas discriminatorias, estereotipos y prejuicios.

No obstante, cuando las personas se vuelven conscientes de esos macro relatos y los cuestionan, pueden poner en acción mecanismos que les permitan poner en marcha sus propios recursos para mejorar su bienestar. En ocasiones, aunque logren liberarse de ellos y cuestionarlos, el aparato social que exige ciertas condiciones para su propia subsistencia no cambia y eso dificulta el mantenimiento del bienestar. Aunque, en el mejor de los casos, las personas se movilizan y generan movimientos que mejoran sus condiciones de vida.

Si bien la discriminación hacia los adultos mayores se relaciona con los estereotipos y narrativas de la edad, no solamente se apegan a esa variable. Existen diferencias significativas en cuanto a género y estas diferencias cuentan con un denominador común: el aparato patriarcal.

Metanarrativas de Género en la Vejez

Comenzaremos por exponer que es distinto envejecer siendo hombre que siendo mujer (Freixas, 1997). Tan solo la esperanza de vida para las mujeres es mayor que para los hombres (INAPAM, 2019), lo cual se relaciona con diversas formas de atender su salud,

poner ciertas restricciones o libertades a sus cuerpos, a sus actividades, adicciones, entre otras, a lo largo de la vida. A esto, se suman otros factores de importancia como el trabajo, la economía, la familia, la salud, la educación y las representaciones sociales pertenecientes al constructo vejez.

El género juega un papel muy importante en las vejeces construidas, las maneras de significarlas y vivirlas. Tanto vejez como género son construcciones sociales, entendiendo esto último como los roles asignados a las personas en función de su sexo. Conviene en este punto exponer la diferencia entre sexo y género, en donde el primero se refiere a la biología y los genitales visibles al nacer, mientras que el segundo se refiere a la asignación de los roles esperados tanto para hombres como para mujeres (Lamas, 2000).

Normalmente, en la literatura se presentan las categorías género y edad como aditivas. Es decir, se hace una descripción de las características propias de hombres y mujeres en las diferentes etapas de desarrollo. Lo mismo sucede con la edad, en cuyo caso los roles asignados a cada grupo de edad parecieran inamovibles e incuestionables, mandatos que cada persona perteneciente a determinado grupo debe cumplir. Dado que no existe un cuestionamiento real a las condiciones desiguales que estas categorías conllevan, eso las vuelve características naturales de cada sexo.

En el caso específico de la vejez, la edad y el género son características sumativas que parecen diluirse en un entramado de estereotipos plagados de déficit, carencias, decrepitud y decadencia. Al obviar el género se invisibilizan múltiples mandatos que parecen naturales para cada sexo y esto lleva a perpetuar las desigualdades. Por lo tanto, es indispensable considerar que tanto la edad como género son parte esencial del análisis (Freixas, 1997), ya que mediante el cuestionamiento de los relatos dominantes de estas categorías se rescatan los recursos de las personas.

Por otro lado, la estratificación por edad y la división de actividades por sexo suelen establecer relaciones de poder que dibujan el dominio de un segmento sobre otro. Así, socialmente se brinda prioridad a la *juventud* sobre la *vejez*, y a lo *masculino* sobre lo *femenino*, concentrando en gran medida los estereotipos y los actos discriminatorios. Cuando se visibilizan estas diferencias, y forman parte importante del análisis de las

condiciones de los adultos mayores, crece la esperanza de transformar dichas relaciones de poder en relaciones más equitativas. La importancia de vislumbrar las diferencias es cambiar e incidir en las relaciones desiguales.

Estas diferencias existentes entre lo esperado para las mujeres y los hombres se ven reflejadas en múltiples ámbitos, cuyos cambios impactan significativamente en la vida de los adultos mayores. Dentro de estos ámbitos se juegan dos bloques principales de análisis: lo *público*, comúnmente asignado a los hombres en el ámbito económico y laboral, y lo *privado* asignado principalmente a las mujeres en el ámbito del hogar y la familia. Esto crea un ambiente en el que las mujeres cumplen diferentes roles (profesionista, esposa, madre, hija, etc.) que además cambian a lo largo del tiempo, mientras que los hombres parecen no variar demasiado en cuanto a esto (Freixas, 1997). Todo ello impactaría de manera significativa en la identidad y en la forma en la que los adultos mayores significan sus propias vejezes.

El mecanismo patriarcal contribuye a la socialización de discursos para hombres y mujeres, especialmente en sus vejezes. Por ejemplo, una de las narrativas de la feminidad dicta que las actividades relacionadas con el cuidado son exclusivas de las mujeres, quienes deben hacerse cargo de sus hijos, de sus esposos e incluso de sus propios padres cuando crecen. Esto puede poner a las mujeres en una mayor desventaja, ya que las actividades de cuidado representan trabajo no remunerado que absorbe casi la totalidad del tiempo, impidiendo que las mujeres puedan acceder a un empleo que les genere una protección al llegar a su vejez (Aguirre y Scavino, 2016).

La *gerontología feminista* forma parte de la tercera ola del estudio de la vejez, se encarga de atender estas diferencias y desigualdades, poniendo un énfasis especial en la precariedad de la que son víctimas las mujeres adultas mayores, así como en la promoción de interpretaciones más positivas y adecuadas al envejecimiento femenino (Freixas, 2006). Esta desigualdad de condiciones se encuentra definida desde lo social, en donde se asignan roles que es necesario cumplir.

La gerontología feminista realiza además una crítica al androcentrismo de las teorías populares que explican la vejez. Tal es el caso de las *teorías del ciclo vital* y las *teorías del*

desarrollo adulto, en donde se plantean una serie de etapas cronológicas en las que es necesario cumplir con determinadas tareas en cada una. Por ejemplo, en el caso del ciclo vital las etapas encarnan en esencia los roles más tradicionales para hombres y mujeres; en el caso de las mujeres, se habla del nido vacío y la menopausia como elementos principales, mientras que para los hombres el tema es la jubilación y el uso del tiempo libre. Las mujeres continúan cumpliendo el rol de cuidadoras y los hombres continúan cumpliendo el rol de proveedores (Freixas, 1997; Yuni y Urbano, 2008). No se toman en cuenta la cantidad de condiciones bajo las cuales las personas viven sus vejez y, a pesar de observar estas diferencias implícitas, no se considera una cuestión relevante para el análisis, siendo una mera descripción de roles que deben cumplir tanto hombres como mujeres.

La teoría del desarrollo de Erikson también plantea una serie de etapas en las que es necesario resolver una crisis para desarrollar ciertas características centrales que ayudan a superar los retos de las siguientes etapas. No obstante, la mayor parte de estos conflictos incluyen valores deseables comúnmente identificados con el ámbito público, por lo que están más asociados a la experiencia de los hombres y dejan de lado la experiencia de las mujeres (Freixas, 1997).

Las teorías parecen estar enmarcadas desde el ámbito público asignado socialmente a los hombres y no desde el ámbito privado, que es asignado a las mujeres. De hecho, los cambios de las mujeres se relacionan más con cambios familiares y con cambios de rol establecidos en lo doméstico, mientras que para los hombres los roles en el ámbito público y social son enmarcados en cada etapa.

Si tomamos en cuenta que toda teoría generada tiene una carga ética, moral, económica y social, cuyo impacto recae e impacta directamente sobre las vidas de las personas (Yuni y Urbano, 2008), los planteamientos de las teorías que han estudiado el desarrollo humano y el ciclo vital necesitan atención especial. Estas grandes narraciones juegan un papel importante en los individuos, especialmente en la consolidación y significación de sus vejez. Sobre todo, mantienen las condiciones precarias de las mujeres al invisibilizar sus características particulares, siendo subyugadas en las relaciones de poder de las que forman parte.

La gerontología feminista es consciente de la carga que contiene el uso del conocimiento; por lo tanto, critica estas prácticas como un acto político que permite deconstruir las relaciones de poder, con la finalidad de hacerlas visibles y construir relaciones mucho más equitativas. Aspira a consolidar teorías que describan de manera más adecuada las vejezes de las mujeres, para conocer los retos actuales a los que se enfrentan e iniciar cambios importantes en sus relaciones, sus narrativas y sus identidades.

La literatura expone que las mujeres que llegan a la vejez son más vulnerables al vivir doble discriminación, tanto por edad como por género. Al respecto, una de las metanarrativas femeninas más enraizadas es que el cuerpo joven es más valioso y visible; las mujeres deben mantener un cuerpo bello y esbelto para ser admiradas. Las adultas mayores no cumplen con el estándar de imagen, por lo que socialmente sus cuerpos son considerados “indeseables” (Lewis, et al., 2011).

Los cambios en el cuerpo de las mujeres hacen que sean consideradas como menos femeninas. Esto podría hacerlas vivir dos escenarios posibles: dirigir sus esfuerzos a intentar corregir cualquier señal de la edad o apegarse a la imagen socialmente establecida en la que pierden todo el derecho de mostrar sus cuerpos. Visibilizar y deconstruir las inconsistencias, comprender y aceptar la diversidad de cuerpos, de edades y de vejezes podría traer a la inclusión como resultado.

Dado que muchas mujeres se dedican al cuidado de otros a lo largo de su vida, esto puede representar una forma de mantenerse ocupadas, o bien, puede convertirse en un impedimento para dedicar tiempo a otras actividades. Todo dependerá de las condiciones especiales en cada caso (Aguirre y Scavino, 2016). De hecho, uno de los relatos dominantes tiene que ver con encasillar a las adultas mayores en el rol de abuelas, que además parece estar atravesado por la creencia en su papel como cuidadoras de sus hijos, sus parejas, sus padres o cualquier miembro de la familia que lo necesite.

Este papel de *abuelazgo* y el cuidado proporcionado a otros tiene implicaciones para sus vejezes. Dedicar tiempo a otros puede resultar desgastante al no existir otra persona que ayude con esas labores, además de requerir muchísimo tiempo e impedir la realización de otras actividades de recreación y de socialización, lo cual puede impactar en su bienestar.

De hecho, las mujeres mayores que deciden no cumplir con estos mandatos son sometidas a la crítica y al reclamo por parte de otros miembros de la familia.

Por otro lado, es necesario señalar que económicamente existen desigualdades que vulneran la estabilidad de las mujeres al no tener acceso a una jubilación por el mandato que las ha mantenido en el ámbito íntimo y privado, o tener acceso a ella pero con un sueldo menor, en cuyo caso no es posible cubrir las necesidades básicas, aumentando los índices de pobreza. Incluso, muchas mujeres dependen económicamente de sus esposos o de algún descendiente para poder sobrevivir (Aguirre y Scavino, 2016; Niño, 2011).

Las mujeres mayores son mucho más vulnerables a la pobreza que los varones (Aguirre y Scavino, 2016). La pobreza representa una de las condicionantes para que se mantengan realizando las actividades de cuidado; para muchas mujeres esto representa la posibilidad de sobrevivir al no tener un trabajo remunerado económicamente que les permita subsistir. Esto parece generar ciertos roles esperados para ellas dentro de la familia, en donde además son miradas como seres absolutamente dependientes de la guía de otros. Esto resulta interesante, ya que en muchas ocasiones se invalida completamente su experiencia, incluso sus propios deseos y necesidades. Para mejorar sus condiciones, es necesario romper con la obligatoriedad de los roles de cuidado y en los que el trabajo de las mujeres es menos remunerado.

Los valores asociados al constructo de la feminidad se relacionan con la fragilidad, la ternura, el amor la expresión de sentimientos, la intimidad. No es raro que la imagen de una mujer mayor se encuentre asociada a estos escenarios privados, en los que se encarga de crear lazos íntimos con los otros que le rodean. Estas construcciones creadas socialmente alrededor de las adultas mayores, aunado a las condiciones de desigualdad y subordinación en las que se encuentran y sus condiciones particulares de raza, estatus socioeconómico entre otras variantes, tiene implicaciones diversas en sus identidades.

A pesar de que las mujeres se encuentran en una posición de desigualdad, el aparato patriarcal dominante también afecta a los hombres y sus identidades en sus vejez. Calasanti (2004) señala que la gerontología feminista no solamente se ocupa de las necesidades propias de las mujeres que envejecen, sino del sistema patriarcal del que todos

formamos parte. Por lo tanto, los hombres también son subyugados por ese sistema que los mantiene atados y les impide movilizarse en muchas ocasiones. Por ejemplo, el deber ser proveedores, guías, fuertes y valientes, aunado a las condiciones laborales precarias y las largas jornadas de trabajo que ellos cumplen ponen en riesgo su salud en la vejez.

La masculinidad hegemónica es un mandato que dicta la manera en la que los hombres deben ser o vivir (Bonino, 2002). Los hombres deben cumplir con una serie de cualidades físicas y no físicas para poder identificarse como parte del grupo; si bien esto conlleva el mantenimiento de las relaciones de poder en las que los hombres cuentan con mayor cantidad de privilegios que las mujeres, e incluso que otros hombres, también los afecta de múltiples maneras, especialmente cuando llegan a la vejez.

Cuando los hombres se enfrentan a sus vejez, muchos de esos mandatos se ven desafiados. El retiro o jubilación significa, en muchos sentidos, un cambio relevante en sus vidas, ya que ello atenta contra su identidad de proveedores, lo que también significa ir en contra de los mandatos de la masculinidad hegemónica. Se espera que los hombres además de proveer se mantengan activos y sean productivos, lo que se complica cuando por ejemplo aparece alguna enfermedad o discapacidad que les impide hacerlo. Dado que rompen con esta narrativa de género, no son considerados como competencia por otros hombres al ser “menos masculinos”.

No obstante, apegarse a los mandatos de la masculinidad hegemónica lleva a algunos hombres a hacer todo lo posible para negarse y apegarse a sus postulados (Glendenning, et al., 2017). Este esfuerzo constante por adherirse forzosamente a la figura social de hombre trae consigo un costo muy alto en diferentes áreas de sus vidas, como su salud, al negar sus necesidades de atención corporal y las complicaciones de no realizar chequeos médicos constantes. También se afectan las relaciones que establecen con las mujeres, especialmente sus parejas, en las que necesitan demostrar su dominio, generando múltiples violencias en sus relaciones.

La suma de todas estas condiciones, más la propia historia de vida, las maneras en las que hemos internalizado el ser mujer o ser hombre, la manera en la que significamos la vejez, impactan de manera importante en las identidades de las adultas y los adultos mayores.

Esta etapa de la vida supone una síntesis de nuestras propias narraciones y nuestras experiencias; no obstante, al ser narraciones, también pueden cambiar. Al contrario de lo que se cree, las y los adultos mayores cuentan aún con la oportunidad de incorporar nuevas narraciones, de cuestionar y resistir los relatos hegemónicos de edad y género que les rodean.

Comprender que el significado atribuido a la vejez ha cambiado a lo largo del tiempo pone a la vista su carácter de construcción social. Esto significa que los mandatos de la vejez son cuestionables y, por lo tanto, se pueden deconstruir. Las historias que contradicen los relatos dominantes de edad y género son edificadas a partir de las experiencias que contradicen la hegemonía de la vejez, son momentos en los que las personas parecen liberarse de aquellos relatos.

Por otro lado, el análisis de la solidificación de los roles establecidos para hombres y mujeres puede extenderse, incluso, a las relaciones que establecen los adultos y adultas mayores viudos o viudas, aquellos que viven solos, que no tienen hijos, tienen una orientación sexual o identidad de género distinta a la norma, entre otras. Comprender cómo las metanarrativas se entrecruzan con una variedad de factores que las hacen únicas a pesar de su universalidad puede ser un buen camino para comenzar a desenterrar de raíz y cuestionar los relatos que son únicos e inamovibles.

Los adultos mayores acuden a terapia con diversas problemáticas que desean resolver. Nuestro trabajo como terapeutas, además de atender las diferentes situaciones que los llevan a consulta, es asumir una postura política en la que se genere un cuestionamiento a las narraciones delgadas en las que nos encontramos inmersos. Expandir las descripciones gruesas que hablan de identidad puede convertirse en el primer paso para mejorar las condiciones de las personas mayores. Si bien la terapia está imposibilitada para solucionar la totalidad de sus condiciones, siempre podemos crear una diferencia significativa que les haga movilizar sus relatos y cambiar para mejorar constantemente.

El camino hacia la equidad e igualdad es largo. No obstante, uno de los primeros pasos a dar es el cuestionamiento de las relaciones de poder y el asumir una postura política que lo

permita. Por otra parte, visibilizar aquellas metanarrativas que suelen dar por hecho que las vejez tienen una sola forma de vivirse como hombre o mujer, es el principio de cualquier proceso terapéutico. Hacer explícito lo implícito coloca a las personas involucradas en una posición distinta en cuanto a sus propias premisas, especialmente en el trabajo realizado con adultos mayores. Además, cambiar nuestra mirada ayuda a no perpetuar de manera sistemática las desigualdades. Sin embargo, parece ser un trabajo que nunca termina porque el cuestionamiento debe ser constante.

La posgerontología, la gerontología crítica, la gerontología narrativa y la gerontología feminista forman parte de la nueva generación de estudios de la vejez, que ponen en relieve la necesidad de mirar la vejez como construcción social, de una forma muy distinta a la habitual. La deconstrucción de la vejez como la conocemos necesariamente nos hace cuestionarnos nuestras propias imágenes sociales y metanarrativas de las que no siempre somos conscientes. Esto se traduce en un reto interesante para los adultos mayores, los terapeutas y cualquier persona en el mundo, lo cual revela el alcance de los descubrimientos y el conocimiento generado por la ciencia. Como profesionales de la salud, hacer un uso más responsable de las cosas que conocemos y cuestionarnos constantemente es parte fundamental de nuestra evolución.

Debido a todo lo anterior y teniendo en cuenta la importancia de visibilizar las metanarrativas que impregnan nuestro sentir y actuar construyendo nuestras identidades, el objetivo del presente trabajo ha sido analizar las sesiones terapéuticas de dos adultos mayores con la finalidad de identificar las metanarrativas de edad y género presentes en sus vidas. Adicionalmente, analizaremos si esos macrorelatos lograron cambiar y hacer una diferencia en el resultado del proceso terapéutico. Adicionalmente, analizaremos cómo los grandes relatos del terapeuta influyeron en las intervenciones y el resultado del proceso terapéutico.

Casos clínicos

Integración de dos Expedientes de Trabajo Clínico

Del listado de casos atendidos en la residencia, se han elegido dos como parte del análisis de las metanarrativas de vejez y género en el trabajo con adultos mayores. Ambos fueron terapias individuales; el primero tuvo lugar en la clínica del ISSSTE Valle Ceylán, con una duración de cuatro sesiones; el segundo, en la clínica de terapia familiar de la FES Iztacala, cuya duración fue de dos sesiones. Ambos casos fueron trabajados en la modalidad de coterapia y se trabajaron desde el modelo de TBCS, siendo dados de alta por el equipo terapéutico. Los nombres de los consultantes fueron modificados con fines de confidencialidad.

Caso 1

Raúl López es un hombre de 77 años que acudió a la clínica del ISSSTE Tlalnepantla. Actualmente vive solo, estuvo casado con Amalia pero se divorciaron hace 19 años. Actualmente es pensionado y tiene un cargo como funcionario en su municipio. Tuvo cuatro hijos, de los cuales uno falleció a causa de suicidio.

Motivo de Consulta. En el contacto telefónico establecido con Raúl, menciona que solicita el servicio de psicología debido al suicidio de su hijo y su próximo aniversario luctuoso. Agrega que ha pensado demasiado en ese evento y comenta –con la voz entrecortada– que le gustaría dejar de recordarlo aunque lo lleve en el corazón. Comparte que hace quince años pensó en suicidarse, aunque actualmente esos pensamientos han dejado de ser relevantes. Explica también que está en atención médica debido a una complicación de salud.

No obstante, en la primera sesión las preguntas se encontraban encaminadas a definir cuál era el motivo de consulta más relevante para él. Al respecto, Raúl comentó que su mayor preocupación en ese momento era conseguir herramientas para manejar de mejor manera la incertidumbre ante el diagnóstico de cáncer de próstata que le habían pronosticado días

atrás; a lo largo de las sesiones se mantuvo la misma causa de consulta.

Objetivo y Modelo Terapéutico Utilizado. Dado que para el trabajo con Raúl se eligió fue la TBCS, el objetivo de las sesiones consistió en buscar recursos en su vida que le permitirían enfrentar la incertidumbre y la preocupación del diagnóstico en el momento actual, además de brindarle las herramientas necesarias para afrontar la muerte de su hijo.

Breve Resumen de las Sesiones. A lo largo de la llamada telefónica, Raúl habló de la muerte de su hijo, quien se había suicidado hace 19 años. Comenta que hace un tiempo había pensado en quitarse la vida, no obstante, su cercanía con la iglesia y la posibilidad de aconsejar a personas más jóvenes contribuyó a que eso cambiara. Agregó que diez días antes le habían pronosticado cáncer de próstata, lo cual le había generado ganas de llorar a pesar de que su médico y algunas enfermeras habían intentado tranquilizarlo. Tras este primer contacto, se acordó una cita dentro de las instalaciones del ISSSTE Tlalnepantla.

En la primera sesión se explicó la forma de trabajo y las reglas generales de las sesiones. Este primer encuentro inició cuando las terapeutas preguntaron acerca de la ocupación de Raúl, quien aclaró ser pensionado y desempeñar un cargo gubernamental “de mucha confianza”, por el que no recibía alguna remuneración económica. En este primer episodio, se ahondó en las habilidades del consultante para adquirir un empleo de esta naturaleza, a lo cual refirió ser una persona muy honesta, cualidad que le había acompañado a lo largo de su vida laboral y que le había permitido desarrollarse en empleos similares anteriormente.

Agrega que el último empleo remunerado en el que estaba contratado se desempeñaba como perito de automóviles, del cual decidió renunciar y solicitar su jubilación, hecho que disgustó a sus jefes por ser un excelente elemento. Posteriormente, al indagar en el motivo de consulta, Raúl aclaró que de momento le generaba más preocupación el diagnóstico de un posible cáncer de próstata. Añadió que en unas semanas le proporcionarían los resultados de sus estudios para conocer el estatus de su enfermedad. Esta situación le había generado gran preocupación debido a la incertidumbre por no conocer la gravedad de su

estado.

El mensaje final se centró en la búsqueda y ampliación de sus recursos personales, siendo estos que era una persona fuerte, honesta y con un gran sentido del humor. Se normalizó la sensación de incertidumbre, colocando especial énfasis en entrenar dichas cualidades para poder enfrentar los posibles retos que supondría la enfermedad. En este sentido, resultaba importante ponerlos en práctica para su posterior utilización y combatir la incertidumbre.

En el segundo encuentro, Raúl compartió una anécdota reciente en la que intentó brincar una barda y se lastimó el pie, lo cual lo llevó a una consulta médica anterior a su sesión psicológica. Las terapeutas preguntaron acerca de las cosas que habían sido diferentes a partir de la última sesión, a lo que Raúl comentó que había decidido compartir la noticia del diagnóstico con sus hijos, preparó una reunión a la que asistieron todos y le generó gran satisfacción el que ellos le mostraran todo su apoyo, interés y compañía.

Enseguida expuso que en su trabajo existían cuestiones con las que se encontraba en desacuerdo, siendo la primera la ausencia de remuneración económica y la segunda la intrusión de dichas actividades en sus hábitos y el cuidado de su salud. Las terapeutas se centraron en la necesidad de poner ciertos límites, remarcando que era una actividad que — si bien le permitía ser el hombre honesto que siempre había sido— en su situación actual resultaban más intrusivas que benéficas para él. Ante esto, Raúl expone su intención de renunciar al cargo, en donde solo permanecería si le brindaran un sueldo y la completa disposición de su tiempo libre.

Las terapeutas abordaron el tema del tiempo libre y las cosas que el consultante desearía realizar en caso de tener ese espacio. Reflexivo, Raúl expresó su deseo de viajar y dedicar un espacio a proyectos personales que había pospuesto. Dentro de esos planes, se encontraba la gestión ante determinadas autoridades para el uso de un terreno en la construcción de un deportivo, lo cual de cierto modo lo motivaba a permanecer de momento en ese empleo. La razón principal de ese proyecto se relacionaba con dejar una huella, heredar algo a sus nietos y futuras generaciones. Al hablar de esto comienza a llorar, le conmueve pensar que no estará ahí para apreciarlo aunque le satisface saberse recordado y trascender, agradeciendo a Dios dejarlo vivir a pesar de la muerte de su hijo.

Las terapeutas valoran que Raúl comparta esas cosas y preguntan por la manera en la que le gustaría ser recordado por sus hijos, a lo que él responde que le gustaría que recordaran “las cosas buenas que hacía” así como “las cosas malas”, específicamente las veces que golpeaba a su ex esposa. A pesar de apreciarlo como algo “malo”, defiende ciertas acciones cuando expone su disgusto ante la oposición de sus parejas, llegando incluso a las amenazas. Sus hijos le han cuestionado la violencia que ejerció hacia su ex esposa, respondiendo que “así deben ser las cosas” porque eso sirvió de ejemplo para que a sus hijos “no los gobernarán las mujeres”. Finaliza explicando que a todos sus hijos (incluida su hija) han recibido clases de karate.

El mensaje estuvo encaminado a invitarlo a reflexionar con respecto a otros aspectos que le permitirían dejar su propia marca en el mundo en la medida de sus posibilidades, es decir, adaptándose a sus propias condiciones de salud, económicas, entre otras. Adicionalmente, se habló de lo bueno y lo malo que había hecho, explicando que posiblemente en el pasado eran las únicas herramientas que teníamos para sobrevivir, que hubo ciertos acontecimientos que no sucedieron como le hubiera gustado, pero que no estaba totalmente ciego a lo que pasó, reflexionando y aprendiendo de ello. Finalmente comenta que un amigo le compartió información con respecto al tipo de cáncer que padece, haciéndole sentir más tranquilo al enterarse que se reducen las probabilidades de que sea una enfermedad grave.

Al comenzar la tercera sesión, Raúl indica que se ha sentido decaído por el diagnóstico, ya que muchas personas cercanas han muerto de esa enfermedad. Esto le hizo reflexionar con respecto a la muerte de su hijo, cuestionándose las razones por las cuales se quitó la vida “teniendo un padre como él”, que aconsejaba a las personas y apoyaba en un grupo de Alcohólicos Anónimos (AA). Concluye –entre lágrimas– que quizá ese era el momento en el que Ignacio (su hijo) debía morir: “Dios quita y da la vida”. Las terapeutas ahondan en las cosas que su hijo se llevó de él, siendo principalmente sus enseñanzas de la vida. El equipo sugiere preguntar por las formas en las que el consultante honra la memoria de su hijo, contestado que eso le permite no darse por vencido ante la enfermedad y luchar por vivir.

El equipo sugirió la siguiente pregunta: “¿por qué crees que Dios te escogió para vivir

estas cosas tan fuertes?”, Raúl piensa unos segundos y responde que tal vez uno de sus propósitos en la vida es “ver por los demás”, cuya influencia le ha permitido no cometer homicidio. Ante esto, narra dos altercados que tuvo, el primero relacionado con una pelea con una persona en la vía pública y, el segundo, un altercado que tuvo con un subalterno en la marina, en donde le mordieron una oreja.

Posterior a ello, se evaluaron las metas de la terapia mediante preguntas de escala, en donde cero significaba “no estoy preparado para recibir la noticia” y 10 significaba “estoy listo para recibir la noticia”. Raúl indicó que se encontraba en el 10, es decir, pretendía enfrentar la enfermedad y seguir las prescripciones del médico para seguir luchando, incluso se mostraba preparado para morir. Agrega que resultaría importante abordar el tema del aniversario de la muerte de su hijo, debido a la cercanía de la fecha. Entonces, el mensaje final se encuentra encaminado a explorar los posibles rituales existentes ante el aniversario luctuoso —que se encontraba cerca—, así como las cosas que Raúl aportó a la vida de su hijo.

La sesión 4 comienza al explorar el tema del fallecimiento de su hijo, siguiendo la lógica de lo realizado en la sesión pasada. Dentro de las cosas que le ayudaron a mantenerse de pie en aquel momento se encuentran el servicio de tanatología y un grupo de AA, en donde también ha encontrado herramientas para enfrentar el diagnóstico. Estas experiencias le permitieron saberse como alguien que cuenta con una gran habilidad para aconsejar a otras personas. En este sentido, con la finalidad de hacer uso de sus propios recursos, las terapeutas preguntaron por el mejor consejo que podría darse a sí mismo con respecto a enfrentar el diagnóstico. Inmediatamente responde que “Dios nos da la vida y Dios nos la va a quitar”.

Comienza narrando la historia de un conocido que estuvo enfermo y, al decaer su estado de ánimo, murió. Las terapeutas indagan en las diferencias que encuentra entre esta persona y la forma en la que él enfrenta el diagnóstico, comenta que razona, sabe dónde perder y dónde ganar. Una de las terapeutas plantea que las anécdotas o los momentos bonitos que Raúl ha vivido le han permitido sobrellevar la situación que está viviendo en este momento. Expone que él renta un espacio para la rehabilitación de alcohólicos anónimos, lo cual explica que le ha ayudado a mantenerse activo. Agrega que sus hijos lo ven como

una persona a la que le gusta salir y que le gusta “conocer mujeres”.

En la pausa, la supervisora comenta que el centro de la atención son las terapeutas, ya que han tomado esta experiencia con él como una oportunidad de aprendizaje. Es decir, aprender a cortar a las personas cuando es necesario, reiterar nuestras propias preguntas cuando las personas tienen un estilo particular como el de Raúl y cuentan muchas anécdotas que a veces tienen poco a nada que ver con las preguntas realizadas. Agrega que es el momento de ofrecerle un espacio de seguimiento para conocer la manera en que ha enfrentado el diagnóstico; es decir, programar una cita después de que acuda a su cita médica. Para ello, expone la importancia de darle a conocer que él “controla lo que tiene que controlar” –refiriéndose específicamente al alcohol y los episodios de violencia– y que solo nos gustaría saber cómo se sentirá después de conocer el diagnóstico.

Al final, se le brinda la opción de acudir una última sesión después de dicho diagnóstico, sin embargo, indica que se iría de viaje en esos días, por lo cual nos confirmaría dicha cita. Semanas después llama para informar que se encuentra en Chiapas, el diagnóstico fue positivo a cáncer de próstata. No obstante, agrega que siente la fortaleza suficiente para afrontar las cosas que siguen, motivo por el cual no necesita iniciar un nuevo proceso.

Caso 2

Consuelo González es una mujer de 68 años que solicita el servicio de psicología en la Clínica de Terapia Familiar de la FES Iztacala. Actualmente es ama de casa y vive con su esposo, de 59 años, y sus hijos, de 33 y 31 años.

Motivo de Consulta. La llamada telefónica inicial con la consultante fue rápida y concisa. Consuelo expuso su intención de mejorar la comunicación con sus hijos porque considera que “son muy agresivos”. Agrega que su hijo mayor es separado, mientras que el menor acaba de terminar una relación de pareja. Siente que estos eventos han desencadenado que sus hijos se hayan vuelto “muy amargados”. Se acuerdan fecha y horario de consulta dentro de la clínica de terapia familiar de la FES Iztacala.

En la primera sesión, la consultante comenta las dificultades que tiene al expresar su opinión o “decir no”, a pesar de que en otros momentos de su vida si había podido hacerlo. El motivo de consulta se centra entonces en la posibilidad de “decir no” en su casa, así como el impacto que esto generaría en su propia vida y en la de sus hijos. Para la segunda sesión, Consuelo indica que ha logrado realizar la tarea de la sesión anterior, agregando que escribió cosas que no le ha dicho a su esposo anteriormente. El objetivo terapéutico entonces se convirtió en encontrar estrategias para “sacar las cosas que siente”; los terapeutas y la consultante concluyeron que llorar no era la única manera de conseguir el objetivo, encontrando algunas otras como platicar, salir a caminar, distraerse y bailar.

Objetivo y Modelo Terapéutico Utilizado. El modelo terapéutico utilizado fue la TBCS, ya que las conversaciones estuvieron encaminadas a la búsqueda de excepciones y recursos que la consultante implementaba en su vida diaria. Este cambio de mirada, convirtió el objetivo inicial en la recuperación de la habilidad para decir no. Al finalizar las sesiones, uno de los objetivos era encontrar estrategias para “sacar lo que sentía”, para lo cual fue importante hablar de aquellas cosas que estaba implementando al respecto. Consuelo consideró que el objetivo que la llevaba a terapia había sido cumplido, siendo esta la última sesión a la que acudió.

Breve Resumen de las Sesiones. En la primera sesión, Consuelo acude con su hermana quien le acompaña y espera afuera. Al iniciar, la consultante se define como miembro de la comunidad católica y agrega que es precisamente esto lo que le ha generado problemas con su esposo. Explica que un día al llegar tarde a casa después de acudir a la parroquia, él le recriminó dicha tardanza, mostrándose muy molesto y “faltándole al respeto”. Esta situación le ha hecho pensar en el futuro y la manera en la que perdería su libertad cuando él se jubile, algo con lo que refiere no estar de acuerdo. Al ahondar en la importancia de este hecho, asocia el momento en el que cuidó de su propio padre hasta que éste fallece y Consuelo decide no volver a trabajar para pasar más tiempo cuidando a sus hijos. Para ella resulta muy importante acudir a la parroquia, ya que eso le permite no sentirse “encerrada”

Esta situación con su esposo le ha hecho pensarse como una persona que regularmente no expresa las cosas que siente o que le molestan, incluso con otras personas de la iglesia y sus hijos. Agrega que cuando su hijo mayor le recrimina por ciertas cosas, su hijo menor insiste en que es necesario que ella externe lo que necesita, con lo cual Consuelo parece estar de acuerdo. No obstante, al preguntar con respecto al motivo que la lleva a terapia; se muestra preocupada por las relaciones de pareja inestables de sus hijos, siendo el mayor quien ha tenido tres matrimonios y una hija. Los terapeutas exponen que lo que sucede a sus hijos estaría fuera del alcance de la terapia, no obstante, el interés estaría centrado en algo que le gustaría trabajar para ella misma. Consuelo responde que le interesa conocer un espacio en el que pueda externar sus sentimientos, decir lo que piensa y evitar el dolor que le producen las acciones de las personas.

La dinámica de la conversación con Consuelo permitió moverse a la búsqueda de recursos y excepciones, en la que se definió como objetivo principal el poder “decir no”. Se encontró que la consultante había adquirido esa habilidad desde mucho tiempo atrás, motivo por el cual los terapeutas centraron su atención en expandir estos momentos extraordinarios en los que podía externar sus pensamientos y decisiones. Señala que aquellas ocasiones en las que no ha podido “decir no” se relacionan directamente con su familia, mientras que con otras personas le es fácil hacerlo. Agrega que anteriormente contaba con mayor apertura para externar su sentir con su esposo y sus hijos.

Consuelo narra una ocasión en la que el papá de su esposo se encontraba muy enfermo y vivía con ellos, sentía que realizaba muchas actividades y le explicó a su esposo que no podía mantenerse cuidando a su padre, ya que también necesitaba ver a su propia familia; la reacción era muy favorable, permitiéndole tener libertad para hacer lo que necesitaba. La fuerza se la brinda la mente –para distinguir lo bueno de lo malo– y su corazón –que le ayuda a externarlo todo–. Adicionalmente, comenta que “decir no” podría ser incluso una enseñanza que ella podría dejarle a sus hijos.

Al final de la sesión, se realizó una pregunta de escala para evaluar el cumplimiento del objetivo, en donde 10 era “poder ‘decir no’ cuando se requiere, decir lo que siento y lo que quiero” y 0 era “nunca poder ‘decir no’ y nunca poder decir lo que siento”, Consuelo se ubica en un 7, argumentando que incluso las demás personas habían notado esta cualidad. Finalmente, el equipo sugiere preguntarle por la cantidad de sesiones que ella consideraba necesarias para “aprender a decir no”, segura y sin dudarle responde que probablemente en solo 3 sesiones podría lograrlo. Sorprendidos, los terapeutas piden tiempo de espera para pasar con el equipo y recibir el mensaje.

El mensaje final consistió en expresar la maravilla que nos causaba la bondad guardada en su corazón, así como el trabajo que Dios había realizado al tocar ese corazón para dar siempre a los demás. Sin embargo, se remarcó la importancia de saber lo que ella necesita antes de atender lo que otras personas requieren para continuar fortaleciéndose. Además, se implementó una nueva posible estrategia que tenía que ver con “sacar las cosas que llevaba dentro”, en donde se le pidió escribir aquello que necesitaba sacar y no podía.

A lo largo de la segunda sesión, Consuelo se mostraba afectada por algunos problemas recientes con sus vecinos, en donde ciertas emociones la alteraron mucho. Los terapeutas le exponen que existen hechos fuera de su control y que resultaría importante colocar la atención en aquello que sí está en sus manos. Al preguntar sobre la realización de la tarea, comentó que le había sido de gran ayuda porque pudo plasmar mucho de lo que necesitaba decirle a su esposo, con el cual lleva 37 años casada. Refiere sentirse contenta de haber durado tanto tiempo casada y aprovechó ese espacio también para decirle a sus hijos lo mucho que los quiere.

Sin embargo, cuando los terapeutas preguntan con respecto a lo que cambió a raíz de la tarea que realizó, la consultante expone su preocupación con respecto a “sacar todo lo que tenía adentro”, bajo la premisa de que la única forma de hacerlo era llorar. Agregó que la última vez que lo hizo fue cuando falleció su hermana, aunque pudo salir a caminar, tener contacto con otras personas y eso le ayudó a sentirse mejor. Añade que necesita llorar porque la invade un sentimiento de soledad, aunque acudir a la parroquia se ha convertido en una de las actividades que le hace mitigar esta sensación. Por eso, aunque muchas personas le han sugerido dejar de asistir, Consuelo defiende su libertad de acudir a la iglesia y hacer las actividades que le son encomendadas dentro de la misma.

Uno de los hilos conductores en la sesión consistió en reflexionar sobre la hegemonía del llanto como única estrategia para “sacar las cosas”, abriendo la posibilidad de encontrar nuevas formas funcionales de hacerlo. Consuelo comienza a recordar que existen muchas actividades que hace y que le ayudan en su objetivo, como poner música para sentirse alegre y acompañada, bailar en las fiestas, salir a caminar, salir con su esposo y hablar con otras personas (especialmente con su hermana y su amiga Asia). El equipo sugirió preguntar por la misión que Dios le había encomendado al estar en la tierra, Consuelo no titubeó al responder que su aporte más importante era evangelizar a las personas que llegan a la parroquia solicitando ayuda, dar pláticas y visitar a los enfermos para crear un mundo mejor, encomienda que considera haber cumplido hasta este momento.

Posteriormente se volvió a realizar la misma pregunta de escala de la primera sesión, indicando que en ese momento se ubicaba en un 9, ya que las sesiones le habían hecho sentir más fortaleza y saber que está cumpliendo con su misión (trabajando para Dios y para su casa). Incluso agrega que sus hijos y su esposo han notado este cambio, comentándole que la habían visto mejor. Reflexiona con respecto a su experiencia y explica que el hecho de estar sola no significa que debe sentirse mal, “estoy aquí, pero yo... me puedo sentir bien”. Comenta que en estos momentos para ella sería mucho más fácil llegar al 10, para lo cual necesitaría hacer cosas diferentes donde “no se sienta triste”, por ejemplo, arreglarse para salir.

Al cuestionar si necesitaba otra sesión de terapia, Consuelo considera que no sería necesario para ella, ya que ha encontrado todo lo que ha estado buscando y ahora debe

continuar trabajando en función de sus propios objetivos. Al finalizar la sesión, la terapeuta y la consultante lloran juntas. Consuelo menciona que “no imaginaba tener ese impacto en otras personas”.

Análisis y Discusión Teórico-Metodológico de la Intervención Clínica con los dos Casos Elegidos.

La forma en la que las personas viven sus vejez se relaciona con una serie de complicaciones sociales, económicas, culturales y psicológicas, representando retos que deben enfrentar, cuyas dificultades influyen enormemente en cómo se significan a sí mismos; significados y experiencias se entretajan continuamente. La terapia puede ser un lugar que le permita a las personas contarse de formas diferentes, implicando para ellas evaluar sus premisas e incluso modificarlas.

Narrativas de Género y Vejez

La vejez, como cualquier otra etapa, plantea una serie de retos para las personas que llegan a ella. Bajo la capa de determinados relatos, se normalizan ciertas conductas o maneras de ver el mundo que influyen significativamente en nuestra forma de vivir. Los adultos mayores se encuentran en una etapa rodeada de discursos que conllevan implícitamente la idea del término de la vida y, en este mismo sentido, se piensa que no existen propósitos que perseguir, solo queda esperar la muerte. Bajo esta premisa, se instauran una serie de prohibiciones alrededor de cualquier comportamiento, deseo o esperanza por parte de los adultos mayores que salga de ese ideal. Por supuesto, todo ello tiene consecuencias en los significados que generan y en las formas de mirarse y contemplar sus vidas.

Podemos identificar dos metanarraciones principales que están presentes en la vida de los adultos mayores, cuyos casos fueron presentados anteriormente. La primera encaminada a la vejez como el final del viaje y la segunda encaminada hacia el declive de los cuerpos. Estos dos elementos establecen que los adultos mayores están limitados ante experiencias nuevas y sus cuerpos no cuentan con las capacidades ni con la visibilidad que tenían antes

de llegar a esta etapa. A lo largo de las sesiones con Raúl y Consuelo, ambos aspectos parecen estar presentes en varios momentos e influyen enormemente en la manera que construyen sus identidades. Sin embargo, existen algunas diferencias importantes, tanto por sus circunstancias de vida como por su género.

Por un lado, el diagnóstico de una enfermedad como el cáncer en la vejez, conlleva enfrentarse a cambios físicos, psicológicos y sociales que impactan en la subjetividad, es decir, en la calidad de vida y en las dinámicas generadas alrededor de otras personas como consecuencia de esto (Pino, et al., 2019). A pesar de saber que necesita someterse al tratamiento y hacer lo que se encuentre en sus manos para sobreponerse a la enfermedad, probablemente para Raúl resulte inevitable pensar que su vida podría terminar porque además una enfermedad representa una posibilidad real. Cuando habla de los planes con los que pretende dejar una huella en el mundo, se conmueve y llora. Por momentos parece que se mira y no le queda más camino por recorrer, como si la enfermedad fuera un recordatorio del final, aunque a la vez lo hiciese consciente de su deseo de trascendencia.

En términos más tangibles, el cáncer también le hace enfrentarse a una posible pérdida de ciertas facultades corporales. La hegemonía de la masculinidad le exige reafirmar constantemente su hombría cumpliendo con características como la fuerza, el trabajo, la heterosexualidad, la valentía y la productividad, de tal forma que llegar a la vejez implica ser visto como “poco masculino” (Iacub, 2014). Raúl, en un intento por reafirmar su pertenencia al grupo masculino, rememora y recuenta las historias de un pasado que confirma su fuerza y su capacidad de trabajar, así como el reconocimiento de los otros debido a ello.

Para Raúl su estado de salud se traduce en una contradicción a los supuestos de la masculinidad hegemónica en dos sentidos: el primero, relacionado con la pérdida de funciones vitales del cuerpo, poniendo en duda su “fortaleza física” y, el segundo, relacionado con la posible disminución del deseo sexual después de tratamiento para el cáncer. Esto representaría para él una sensación de incertidumbre que cuestiona fuertemente su propia identidad masculina.

Aunque en determinados momentos esto parece cumplir la función de mantenerlo abierto a

luchar por su propia vida y apegarse al tratamiento contra la enfermedad, en otros aparenta forzarlo a demostrar su capacidad para continuar cumpliendo con estándares; un intento de reafirmarse a sí mismo como hombre y recordarse que tiene una historia apegada a ciertos valores. Tal como lo establece Iacub (2017), los mandatos de la masculinidad hegemónica otorgan un gran prestigio en cuanto a ser “el mejor”, pero también incluyen un costo subjetivo muy alto.

De la idea de decadencia del cuerpo se deriva la idea común de que los adultos mayores no tienen sexualidad o que la han perdido (Pedrero, et al., 2018). Raúl contradice constantemente esto, ya que en un par de ocasiones hace referencia a sus relaciones con las mujeres y la importancia que esto tiene en su vida. Resultaría interesante conocer los significados que el consultante le otorga a este aspecto y cómo esos significados se mueven a raíz de la enfermedad y si ello modifica la manera de mirarse a sí mismo.

Por otro lado, Consuelo es una mujer cuya vida se encuentra centrada en el mantenimiento de su hogar, su esposo y sus hijos. Genera la sensación de ser una mujer entregada a la narrativa del cuidado como categoría que define su vida diaria. Se encarga de sus hijos, su atención parece estar centrada en la vida de ellos, en las relaciones de pareja de ambos y su preocupación por la falta de un compromiso estable. Para ella, esto ha sido una constante; cuida de su esposo, de sus hijos, cuidó del papá de su esposo, de sus propios padres. Incluso su discurso parece estar constantemente encaminado a la descripción de lo que le sucede a sus hijos, asumiéndolo como algo propio, sin hacer distinción de lo que verdaderamente le acontece a ella. Por lo tanto, gran parte de su vida parece estar sostenida por el papel que desempeña en casa.

Piña y Gómez (2019) explican que la maternidad se ha impuesto como aspiración central a las mujeres, en donde además la tarea de cuidado puede convertirse en algo gratificante y brindar sentido a su existencia, o puede representar una carga que les obstaculiza construir una vida agradable para ellas. Los mismos autores estiman que, especialmente para las adultas mayores, el haber concluido la etapa reproductiva supondría el término de los cuidados, que afecta directamente la manera en la que miran su femineidad y, por lo tanto, la forma en la que se identifican como mujeres. Sin embargo, en las condiciones sociales actuales, la mayoría de ellas tienen una amplia participación en el cuidado de los nietos, lo

que perpetúa el mantenimiento del rol femenino.

Consuelo tiene la oportunidad de continuar siendo madre, esposa y abuela; por lo tanto, continúa identificándose en el rol femenino de cuidados. Estos roles se presentan como uno de los aspectos más importantes de su vida, en el cuidado de sus hijos, su esposo y su nieta parece encontrar un propósito y un significado que le permite guiar la dirección de los cambios que considera necesarios, por ejemplo, acudir a terapia para comprender por qué sus hijos no han logrado mantener una relación de pareja estable.

Por otro lado, Consuelo parece llevar múltiples actividades que le permiten cuidarse. Entre acudir a terapia, mantener vigentes sus redes de apoyo (como su amistad con Asia y su hermana); su intención de mantenerse realizando cosas de trascendencia para su propia vida, (tales como acudir a la iglesia y desempeñar el papel como ministro extraordinario). Esto parece realmente importante si pensamos que las personas cuidadoras —especialmente las mujeres mayores— suelen alejarse de aquellas actividades que implican autocuidado. Sobre todo porque gran parte de su vida se encuentra fundamentada en la maternidad como categoría central que está presente en gran parte de las sesiones.

No obstante, si bien ese rol y estos relatos le han traído múltiples satisfacciones, esto mismo conlleva sus propias dificultades, entre ellas los diferentes conflictos que tiene con sus hijos y con su esposo, en donde intentan anular su asistencia a la iglesia y la convivencia que tiene con personas importantes para ella. Aunque existe la posibilidad de que ser para otros —categoría planteada por Lagarde (2012)— le permita ser para sí misma, el contarse a través de las experiencias que ha vivido con otros parece haberle generado una sensación constante de soledad al estar en casa, en donde ella se encuentra pendiente de los comentarios de su esposo e hijos.

De acuerdo con Aguirre y Scavino (2016) el cuidado forma parte importante de la vida de las mujeres, generando especial impacto en su forma de situarse en el mundo. Quizá para Consuelo esto ha representado una fuente de múltiples satisfacciones personales, aunque también parece colocarla en una posición en la que se siente sola. Esto último cobra sentido cuando menciona el sentimiento de soledad que aparece al encontrarse en casa mientras los demás miembros de la familia salen a trabajar. Es posible que su identidad

esté siendo definida por el rol que juega en casa, por lo tanto, al tomar distancia de ese papel se aleja de aquello que le da sentido a su identidad femenina. De hecho, cuando los terapeutas cuestionamos el llorar como la única actividad que permite “sacar lo que lleva dentro”, en realidad se le brinda la oportunidad de alimentar su propio bienestar. En este sentido, se vuelve una oportunidad para construir su propia identidad desde un lugar diferente y mirar las cosas que le suceden a ella de una forma distinta.

Acudir a la parroquia y participar en las actividades de la iglesia se ha convertido en un espacio que le permite cumplir con los propósitos para su vida, un tanto lejano del espacio doméstico que comparte con su esposo y con sus hijos. Se ha convertido en una actividad que impacta en su bienestar, le recuerda que existen otros momentos en los que logra “decir no” y que puede hacer uso de sus habilidades para enfrentarse nuevamente a la situación presente. Para ella resulta necesario implementar estrategias de cambio que la dejen mantenerse con autonomía para tomar decisiones y realizar las actividades que necesita. “Decir no” se ha vuelto para Consuelo un objetivo importante en la medida que le permitiría recuperar y mantener las actividades que reivindican su libertad.

Por otra parte, resulta necesario hablar de los cuidados y cómo impactan en la vida de las mujeres. En los casos analizados, tanto la narrativa que exige a las mujeres dedicarse al cuidado de otros a lo largo de su vida, como la que ordena a los hombres ser proveedores y dedicar su vida al trabajo, crean las condiciones para que las personas mayores intenten reafirmar sus identidades a través del cumplimiento del rol. Esto desde luego perpetúa la existencia de las actividades no retribuidas en estos dos casos, invisibilizando gran parte del trabajo que realizan al no brindársele reconocimiento. Todo lo anterior decanta en situaciones problemáticas que ponen en riesgo su bienestar.

Consuelo expone que la empresa en la que trabajaba hace varios años quebró, señalando que muchas circunstancias le impidieron incorporarse nuevamente a un empleo; mandar a sus hijos a la guardería resultaba desgastante para ella, falleció su padre y por ello se quedó en casa. Si bien las actividades de cuidado están presentes a lo largo de la vida de las mujeres, estas demandan mucho tiempo para ellas impidiéndoles en muchas ocasiones la búsqueda de un empleo, con lo cual quedan mayormente desprotegidas económicamente en la vejez en comparación con los hombres (Paz, 2011). En este sentido, existe una doble

invisibilización de su labor como cuidadoras: por ser mayores y por ser mujeres (Aguirre y Scavino, 2016).

Esto resulta importante si pensamos que Consuelo depende económicamente de su esposo, además de las repercusiones que esto ha tenido en su vida, tales como no externar lo que piensa y siente dentro de su núcleo familiar y “no poder decir no”. Existe la posibilidad de que el factor económico acalle su voz, limitándole la toma de decisiones en casa. Otro aspecto presente en este mismo rubro, tiene que ver con el papel que desempeña como cuidadora dentro de su familia, en donde al no poder incorporarse al trabajo, se espera que cumpla con ese papel dentro del hogar.

Aunado a ello, el cuidado de otros es una actividad que requiere tiempo de trabajo que no es recompensado económicamente. Representa una de las principales contribuciones al bienestar familiar cuya visibilización coloca sobre la agenda pública la necesidad de atender las necesidades que de ello se deriven (Aguirre y Scavino, 2016). Si bien estas actividades le han traído a Consuelo oportunidades que le otorgan un propósito, también es cierto que la ausencia de remuneración económica por todo el trabajo que realiza la mantiene desprotegida en ese sentido. La gran narrativa que obliga a las mujeres cumplir con dichas actividades por una dotación natural para llevarlas a cabo, termina por invisibilizar gran parte del trabajo realizado por ellas, vulnerando sus necesidades (Aguilar y Toledo, 2019).

Raúl es pensionado y desempeña un cargo no recompensado económicamente en el gobierno de su colonia. Explica que esto le ha generado algunos conflictos, debido a las solicitudes constantes de apoyo cuando está realizando otras actividades de recreación o de autocuidado. Su trabajo representa parte importante de su identidad, por eso se le ha dificultado poner límites y establecer horarios de trabajo. Al plantear la posibilidad de renunciar definitivamente antes de lo planeado, Raúl titubea un poco y termina por reconocer que esa podría ser una buena idea. Esta parte de su vida parece brindarle un cúmulo de satisfacciones, especialmente ser visto como una figura de respeto y de enorme confianza. Gran parte de su identidad está definida por su papel de proveer y representar una figura de poder; su masculinidad parece estar determinada por sus hazañas pasadas en el ámbito público, se narra constantemente desde los momentos en los que su vida encajó

con la gran narrativa del hombre fuerte, valiente y proveedor.

Esto concuerda con lo dicho por Iacub (2014) quien plantea que los hombres confieren gran parte de su identidad al trabajo debido a los mandatos de la masculinidad hegemónica que exigen competitividad; es decir, tener cierto poder económico y capacidad de proteger y tener poder sobre otros. Es probable que esto lo haya mantenido anclado al trabajo como funcionario de su municipio a pesar de no recibir ninguna remuneración económica; representa la forma en la que intenta defender su propia hombría.

Como vemos, las circunstancias reales del consultante contrastan enormemente con las construcciones alrededor de “ser hombre”, tal como lo menciona (Iacub, 2017), quien expone que la vejez masculina supone un cuestionamiento de los roles tradicionales masculinos. No obstante, dejar de lado esa parte de su vida supondría un cambio importante en la configuración de sus identidades. En este sentido, es común que realicen una negociación importante entre sus circunstancias de vida en la vejez y los dictámenes de la gran narración de la masculinidad.

Nos preguntamos entonces qué narraciones nuevas podría construir Raúl a través de este choque entre la identidad hegemónica y la realidad, en el que debe enfrentarse a una enfermedad nueva, no trabajar más y ver disminuida su actividad sexual. Específicamente, de qué manera dibuja su propia figura como hombre jubilado, con una enfermedad crónica, cómo construye sus narraciones y el posible cambio que esto implica para sí mismo y su circunstancia. Es importante también cotejar aquellas metanarrativas que dictan la manera en la que deberían vivir sus vejez, exponer si ellas juegan un papel importante en su forma de vivirse con alguna enfermedad como el cáncer y las nuevas narrativas que surgen a partir de estas experiencias.

Dado todo lo anterior, el papel que cumplen socialmente las personas mayores es muy importante para el mantenimiento de las estructuras sociales y familiares. No obstante, el trabajo que realizan no necesariamente es reconocido y mucho menos pagado. Existe un discurso social que separa a la vejez del trabajo como entidades incompatibles. Por eso algunos autores, como Miralles (2010), defienden la escisión entre productividad y empleo remunerado, debido a que ambas no se corresponden necesariamente. Esto ayudaría a

visibilizar el trabajo que los adultos mayores realizan a diario, independientemente de los ingresos económicos.

Lo anterior representa un fuerte cuestionamiento a la conceptualización del envejecimiento activo, que se fundamenta en la actividad como fuente de bienestar. La “vejez inactiva” entonces implicaría una fuente importante de malestar (Aguirre y Scavino, 2016). Por un lado, pensarlos como cuerpos decadentes los mantiene alejados de la posibilidad de trabajar, aunque -por otro lado- se les exige mantenerse activos en nombre de la satisfacción. Dentro de estas dos propuestas, parece gestarse una exigencia a ocuparse pero negándoles el acceso a actividades remuneradas. Tal vez la insatisfacción no venga de la inactividad, sino de llenar un espacio que supone inactividad para no ser vistos como una carga para los otros. Además, deben ser actividades que encajen con sus roles de género. Aunque idealmente las personas no tendrían que llenar vacíos, más bien deberían poder renegociar sus propios roles y encontrar la forma que más les agrada para vivirse en esta etapa (Aguilar y Toledo, 2019).

En este mismo sentido, es importante recordar el papel que los estudios de la vejez han tenido en la construcción de esta narración. Varios artículos han abordado a las actividades recreativas como potenciador del desarrollo de los adultos mayores (Calero, et al., 2016; Jiménez, et al., 2013). Aunque no se puede negar que en determinadas personas esto resulta cierto, sería importante revisar nuestras propias construcciones y significados alrededor de la vejez, dando mayor voz a aquello que los adultos mayores deciden y necesitan, más allá de lo que nosotros consideramos que requieren.

Si bien el modelo del envejecimiento exitoso se mueve de una visión biomédica hacia la integración de lo psicosocial y múltiples disciplinas, en realidad la idea continúa siendo la misma: el mundo se divide entre las personas que envejecen bien y las que no, además de responsabilizar en gran parte a los adultos mayores de su propia forma de hacerlo (Villar y Serrat, 2015). Raul y Consuelo salen –en cierto sentido– de dichos estándares; no obstante, están buscando formas de sentirse bien, construyen propósitos, procuran atender lo que les aqueja y son activos en sus propias experiencias.

Con todo esto, parecería indispensable preguntarse desde donde se construyen los

parámetros sobre formas inadecuadas o adecuadas de envejecer. La terapia nos ha demostrado que la satisfacción o insatisfacción con el propio envejecimiento corresponde a las personas que relatan sus propias vivencias; solo ellas pueden señalar los discursos que las oprimen. Toda narración sacada de su contexto se convierte en un nuevo mandato, su uso se convierte en una nueva forma de conquista. Tanto la TBCS, como el equipo terapéutico y la supervisión han jugado probablemente un papel muy importante para que Raúl y Consuelo pudieran cuestionar cosas más allá del objetivo definido en terapia.

Darle importancia a su propia voz que también es valiosa nos lleva a cuestionarnos fuertemente nuestra propia necesidad de imponer aquello que nosotros creemos necesario para ellos, y comprender que no necesariamente lo es. Hacerlo rompe con la idea de que no tienen voz, de no poder hacerse cargo de ellos mismos, de saberse como personas que no pueden tomar decisiones, saber que en el espacio de terapia se replican ciertas acciones que acontecen fuera de él. De este modo, la decisión de hacerlo o no estaría alejada de los mandatos sociales alrededor de la vejez, en donde se espera que cumplan con mandatos que pueden corresponder o no con lo que ellos desean para sus vidas.

Al contrastar ambos casos y su relación con la narrativa del viaje de vida y el declive del cuerpo, Raúl está en un momento complicado en el que se enfrenta a una enfermedad y sus esperanzas parecen estar ligadas a la herencia que dejaría para otros cuando muera. Por otra parte, para Consuelo se materializan a través del rol como ministro, madre y abuela. Esto se convierte –con ayuda de la terapia– en un factor importante de trascendencia que los invita a preguntarse acerca de su misión en la tierra; un mensaje claro de que su vida aún no ha terminado. Esto concluye en el quiebre de la gran narrativa que señala el final de toda posible vivencia, aunque es real, aún no es definitiva.

Valdría la pena cuestionar entonces las normas que dictan las formas de mirar el envejecimiento, resultando necesario no solo por las narraciones alrededor de los adultos mayores, sino por el impacto que estas tienen en el desempeño profesional de los psicoterapeutas. Como terapeutas, la rigidez de nuestras propias ideas acerca de la vejez corre el riesgo de categorizar ciertos comportamientos como adecuados o inadecuados, lo cual coloca sobre el consultante el enorme peso de los mandatos e invisibiliza sus propias metas, expectativas, sueños o propósitos. Cuestionar nuestras construcciones como

psicólogos en formación y como personas de determinada edad, hace mucho más probable crear un espacio en donde se aliente la libre elección, en donde cada persona elija la manera más funcional y agradable de vivirse en cualquier momento de su vida.

Repensando la Vejez en la Terapia

La terapia representa un espacio ficticio en el que se comparten gran parte de las representaciones sociales a través del lenguaje. La cibernética de segundo orden ya había considerado que el observador es parte de lo que observa, de tal manera que no puede ser considerado como una entidad externa al fenómeno que estudia (Sluzki, 1987). En este mismo sentido, las prácticas narrativas consideran que ciertos relatos se encuentran enraizados en las personas. Los terapeutas -al igual que nuestras teorías y formación- formamos parte de dicho entramado social, por lo tanto, esas narraciones también trastocan nuestras identidades, impactando fuertemente en nuestras prácticas y en nuestros consultantes.

El enfoque utilizado en ambos casos fue la TBCS, que ilumina las excepciones y enfoca sus intervenciones en expandir esos momentos en los que las personas han podido dar una solución adecuada a su situación (Beyebach, 2014). En los casos expuestos anteriormente, la postura del equipo terapéutico total enfocado en la búsqueda de recursos tuvo determinados alcances y repercusiones distintas en los objetivos que se fijaron ambos consultantes.

Gran parte del trabajo terapéutico realizado con Consuelo estuvo basado en cambiar el foco de atención de su rol como madre y cuidadora para centrarse en la posibilidad de mirar sus recursos y habilidades propias desde otro lugar. Esto es más claro cuando el equipo indica que es una persona con un corazón muy bondadoso que da mucho a otros y decide centrarse en el objetivo de “decir no”. Hacer esto trajo una charla completamente distinta, en donde logró recuperar las cosas que le resultaban importantes y ponerlas en marcha a favor de su situación.

La conversación basada en sus recursos y habilidades tuvo como resultado un cambio en

las narraciones originadas en las sesiones, cambiando el discurso de “Consuelo mamá, abuela y esposa” a “Consuelo que sabe decir no”. Este cambio le permitió a la consultante recurrir a nuevas versiones de sí misma, recuperar a aquella mujer trabajadora que no temía poner límites, en donde pudo mirar su propia fortaleza y confiar en las habilidades adquiridas y que permanecen a través de los años. Resultaría interesante conocer el impacto real que esto tuvo en su vida.

En este mismo rubro, cuando preguntamos a la consultante acerca de la misión que Dios le había encomendado en la tierra, con entusiasmo responde que es ayudar a Dios evangelizando a otros para crear un mundo mejor. Resultó nutritivo hablar de sus propósitos y esperanzas, descubrimos que para Consuelo es sumamente importante definirse como miembro de la comunidad católica, desempeñándose como ministro extraordinario. Pertenecer a este grupo y cumplir con la tarea de visitar a los enfermos le ayuda a visualizar un mundo con mejores condiciones para las personas y cumplir con la misión que Dios le ha encomendado. Esto le permite mirarse como una persona con nuevas posibilidades, que tiene nuevas experiencias por contar porque aún tiene un trabajo que cumplir estando en la tierra.

Por otro lado, el respeto a sus propias convicciones, sus actividades y su forma de vida permitió construir un espacio en el que los cuidados que ella brinda se posicionan de una manera distinta. En este sentido, cuando se habla de su enorme capacidad de dar a otros desde su corazón bondadoso se crea un nuevo significado a su labor como cuidadora, en donde estas actividades se vuelven parte de su propio deseo de ser una persona valiosa para Dios y para los otros. Así, se rompe con el mandato de género que implica exclusivamente a las mujeres en las actividades de cuidado, en donde además se abre la posibilidad de realizarlas desde el propio deseo de llevarlas a cabo y no desde la obligación.

El caso de Raúl tiene diferentes matices que es necesario plantear y poner sobre la mesa. Uno de los principales objetivos del consultante fue obtener herramientas necesarias para manejar el posible diagnóstico, ya que le generaba una gran preocupación. En este sentido, las preguntas se encontraban encaminadas a evaluar las cosas que resultaban importantes para él. Es decir, sus propósitos, así como las herramientas para adaptarse a la nueva forma de vida que implicaba tener cáncer. Indagar en las cosas que Raúl haría cuando dejara de

trabajar nos condujo a conocer la huella que le gustaría dejar en el mundo, la herencia que pretende dejar en la tierra para las generaciones más nuevas. Finalmente, su propósito para la vida es “ver por los demás” que también se relaciona con el propósito de dejar algo a las próximas generaciones. Dar cuenta de esto, lo conmueve mucho y llora mientras nos cuenta; esto parece hacer más manejable la posibilidad real que representa el diagnóstico.

El enfoque en los recursos psicológicos, familiares y sociales de las personas resulta útil porque mediante ellos logran afrontar situaciones que les resultan difíciles, adaptándose más rápidamente a los cambios de la vida. Esto puede deberse principalmente a la atención que se quita sobre condiciones psicopatológicas, la falta y el déficit (Rivera y Pérez, 2012). Para ambos consultantes, sus propósitos representan un motivo de existencia, al traerlos a las conversaciones han conseguido ponerlos al servicio de sus necesidades actuales. Aunque desde el enfoque utilizado no sea el objetivo trabajar con las identidades preferidas de las personas, es probable que se toquen ciertas fibras porque las conversaciones construidas les hacen recordar que hay más formas de mirarse.

Las imágenes negativas más comunes de la vejez se encuentran arraigadas en el cuerpo de narraciones sociales compartidas de las que todos formamos parte. Estas construcciones obligan a las personas mayores a guardar silencio, a ocultar sus cuerpos y a desaparecer, como si su existencia resultara incómoda para otros. En los respectivos espacios terapéuticos, los consultantes compartieron pensamientos, sentimientos, ideas, valores y esperanzas que posiblemente no pudieron contar en otros lugares fuera de la terapia. Lograron hablar de las cosas que les resultan importantes, aquellos detalles que parecen guardados detrás de los años de experiencias y que motivan sus acciones y preferencias.

Uno de los aspectos que llamaron la atención en las sesiones con Raúl fue la violencia con la que se ha conducido a través de su vida, con desconocidos, con su pareja y con sus hijos. Tal como lo hemos mencionado anteriormente, esta violencia ejercida es un intento por continuar anclado a reafirmar constantemente su propia masculinidad. Así, es necesario hablar de las implicaciones para este caso en particular.

La TBSC expone la necesidad de definir objetivos claros, tangibles y observables, de tal manera que las sesiones se dirigen hacia el adecuado cumplimiento de los mismos,

valiéndose de aquellas ocasiones en las que las personas pudieron dar una solución eficaz a su situación (Beyebach, 2014). Gran parte del trabajo realizado con Raúl demandó atender a la necesidad de encontrar recursos o herramientas que pudieran resultar funcionales para enfrentarse a la posibilidad de un diagnóstico desfavorable, lo cual de cierta manera encaminó al equipo en esa dirección, dirigiendo sus esfuerzos hacia el cumplimiento de ese propósito, lo cual en cierto modo nos llevó a dejar de lado el cuestionamiento de la violencia.

Nos encontrábamos en un dilema de trabajo complejo que se relacionaba con priorizar las cuestiones a atender dentro de la terapia. Por un lado, teníamos la premisa de trabajar hacia los objetivos del consultante y, por otro, notábamos la existencia de ciertos episodios en los que ejercía violencia hacia otras personas. Si bien ambas cuestiones resultaron cruciales en ese momento, tomamos la decisión de atender el motivo de consulta que él mismo refirió en la llamada telefónica. Al respecto, Cataldo (2020) menciona que una práctica ética en psicoterapia debe tomar en cuenta el contexto global y específico del que forma parte y el marco normativo que interfiere dentro de la práctica profesional del psicólogo.

La decisión de inclinarnos por dicho objetivo tenía relación con que ni Raúl, ni nadie en ese momento se encontraba afectado directamente, por lo que resultó más importante brindarle prioridad a la cuestión situacional que lo llevaba a terapia. Si hubiese decidido continuar con el tratamiento, tal vez existiría un referente y el contexto en el que nos encontrábamos sería distinto.

Ahora bien, fue muy evidente que el caso de Raúl resultaba tedioso para los terapeutas y el equipo. Parecía existir una desconexión entre las preguntas generadas por los terapeutas y los avances presentados en terapia, lo que nos llevaba a preguntarnos constantemente si las sesiones le ofrecían algo útil o importante para su vida. Lara, et al., (2019) determinaron que uno de los más grandes estereotipos negativos existentes hacia la vejez se relaciona con el rubro “carácter- personalidad”, específicamente relacionados con pensar que las personas mayores son “rígidas e inflexibles”.

Tal vez esto se relacionaba con la apatía del equipo, trayendo por momentos un ambiente poco esperanzador en cuanto los cambios que podía presentar el consultante. Aunque en

muchas ocasiones, nos sorprendía reflexionando acerca de la muerte de su hijo, relacionando ciertos elementos para dar sentido al periodo de enfermedad. En otros, nos comunicaba el uso de sus redes de apoyo, buscaba platicar con amigos y familiares para obtener la ayuda necesaria y sentirse acompañado. Al parecer, el espacio terapéutico representaba un lugar en el que podía contar historias, ideas y reflexiones que difícilmente podría compartir en otros momentos y eso en sí mismo resultó de gran ayuda para él. A veces, la terapia tiene una utilidad que no necesariamente conocemos, pero las personas acuden en la búsqueda de aquello que les da sentido. Los fines de la terapia son muy variados y, a veces, insospechados.

Aunado a lo anterior, la supervisora mantuvo en todo momento su atención centrada en la búsqueda de recursos y necesidades. Además, atribuía esto a un estilo propio de Raúl – totalmente ajeno a su edad– en donde los terapeutas debíamos adaptarnos e intentar navegar en las conversaciones con él. Esto aportó enormemente al contenido del proceso y nos llevó a hacer preguntas interesantes que lo llevaron a reflexionar y ser activo en su propia existencia.

De todo esto, se desprende la importancia de cuestionar constantemente nuestra propia práctica, en donde nuestras creencias alrededor de la vejez y el género pueden obstaculizar nuestra práctica. Así mismo, es indispensable la supervisión clínica, en donde el trabajo se centra en dos elementos: el primero, para el avance en el proceso terapéutico presente y, el segundo, para un trabajo ético y encaminado al bienestar por parte de los terapeutas (Villafuerte, 2016).

En otro sentido, la postura orientada a las soluciones cuestionó indirectamente la visión única de ambos consultantes, al permitirnos como equipo ver sus propias resistencias ante la hegemonía de vida del adulto mayor. Queda en el tintero el cuestionamiento hacia los propios consultantes y la forma en la que determinados elementos aportaron a sus propias identidades. Por ahora, se pueden esbozar algunas ideas de las cosas que cambiaron en ellos.

La TBCS no considera dentro de sus postulados iniciales el género. Sin embargo, los elementos del presente análisis arrojan datos interesantes con respecto a la necesidad y

utilidad de considerarlo como una parte importante en el análisis e investigación de determinados procesos. Esto representa un aspecto importante que interesa a la práctica, en la medida en que ofrece nuevos puntos de partida para una práctica ética.

Dado que la vejez es un constructo social, nuestras propias creencias alrededor de ella también tienen la capacidad de moverse. Me resulta inevitable pensar en mis propias ideas acerca de la vejez y me encuentro con que mi trabajo como terapeuta también está atravesado por ellas. Hace algunos años, pensaba que las personas mayores eran sabias y no había nada más que hacer por ellas. Entonces mi trabajo con ellos me resultaba tedioso, aburrido y desagradable. Participar del tratamiento como observadora y como terapeuta en procesos con ellos me ayudó a comprender que el acto de cuestionarse no termina nunca.

Uno de los retos más importantes de estas experiencias reside en mirar el valor que las vidas de las personas tienen en sí mismas y cuestionar constantemente nuestras propias imágenes de la vejez. Los espacios de supervisión resultan especialmente útiles cuando se trata de esta tarea, debido a la apertura de opciones que representa, en donde ciertas preguntas pueden ayudarnos a realizar ese ejercicio.

Sería de gran interés conocer más detalladamente el significado que ellos le atribuyen al envejecimiento, además de los valores asociados a esta etapa y qué les ha implicado llegar a este momento. Adicional a esto, de qué manera determinados relatos juegan un papel importante en su forma de mirarse, así como esto se pone en práctica a través del lenguaje y las historias que cuentan de sí mismos.

Análisis del Sistema Terapéutico Total

Entendemos como sistema terapéutico total al espacio en el que convergen tanto el sistema terapéutico –conformado por la familia y el terapeuta– como el sistema de supervisión –compuesto por el equipo de supervisandos y el supervisor– (Desatnik, et al., 2011). Es de esperarse que estos sistemas muestren un entramado complejo de interacciones.

El espacio de supervisión supone un lugar en el que se dan dos procesos simultáneos: el de terapia y el de formación. En este sentido, no solamente se ofrece un servicio de

psicoterapia, también es un lugar en el que los terapeutas aprenden de la teoría y la práctica y esto se vuelve complejo en cuanto a las interacciones dadas en este espacio, aunque si esa complejidad logra encauzarse puede ser de gran utilidad para derivar en propuestas e intervenciones útiles hacia las familias, así como la localización de recursos en los terapeutas.

En estos dos procesos simultáneos, cada uno de los sistemas cuenta con funciones diferentes y, por lo tanto, persigue distintos propósitos. Por un lado, el supervisor representa la figura que dirige las intervenciones de los terapeutas, al mismo tiempo que procura el bienestar de la familia, pareja o persona que hace uso del servicio. Sus funciones son trabajar con las fortalezas de los terapeutas y promover su estilo personal, hacer uso de la multiplicidad de voces dentro del equipo y encauzarla hacia el entendimiento de las relaciones humanas, así como identificar las áreas de oportunidad de los terapeutas y promover un mejor entendimiento de sí mismos (González, 2011).

Los terapeutas que se encuentran observando y aprendiendo de la terapia, tienen la responsabilidad de dejarse guiar y aumentar la complejidad de sus intervenciones, ser autorreflexivos con su propia práctica y ampliar su mirada (Hernández, 2007). Además, cada uno de los miembros del equipo funge como terapeuta principal y como observador en diferentes momentos, cuya responsabilidad es ofrecer intervenciones útiles que aporten a los consultantes como a su propia formación.

Como observadores, el aprendizaje de la terapia se establece mediante la experiencia vicaria ante la práctica en vivo de otros expertos. Como terapeutas, existen otros elementos de trabajo, en los cuales se tiene la oportunidad de practicar los aprendizajes adquiridos por la teoría y la observación. Además, se cuenta con la grabación de las sesiones, en donde se puede consultar posteriormente las intervenciones, posturas, lenguaje verbal y no verbal, entre otros aspectos. Así, se brinda un entrenamiento completo e integral con el que se busca el mejoramiento de la práctica de los terapeutas.

A este aspecto, se suma que las condiciones geográficas del espacio en el que se brinda la supervisión tienen gran influencia en el trabajo realizado. En este sentido, existe la cámara de Gesell, en donde la supervisión y los observadores se encuentran separados por un

muro, de tal manera que el terapeuta y la familia no pueden ver al equipo, pero la supervisión si pueden observar la sesión. La comunicación entre ambas partes se da por medio de un teléfono, en donde se brinda al terapeuta las indicaciones pertinentes, sugerencias e intervenciones necesarias para la mejora de la familia. Este escenario representa múltiples ventajas, entre ellas el aprendizaje directo, observación del estilo propio del terapeuta, sus fortalezas y áreas de oportunidad, contar con múltiples puntos de vista que dibujan un panorama más completo y que impiden ser absorbido por las interacciones del sistema familiar (Kaplan y Petetta, 2019). No obstante, la interacción con el equipo suele ser más distante, ya que rara vez existe un contacto directo entre los consultantes y la supervisión.

Por otro lado, se encuentran los espacios de supervisión sin cámara de Gesell en donde los observadores y el supervisor se localizan detrás de la familia, los mensajes son transmitidos a través de un pizarrón que solo pueden ver el equipo y el terapeuta. El contacto es mucho más directo con la familia, dándose en ocasiones la oportunidad de interactuar con ella de diferentes maneras. Esto parece disminuir la ansiedad en los consultantes y crea una atmósfera mucho más cálida en la que las personas comparten cosas, incluso fuera de la conversación.

Tomando en cuenta todo esto, la experiencia en el trabajo supervisado bajo el modelo de TBCS resulta peculiar en diferentes sentidos. Por un lado, la búsqueda de excepciones parece abarcar tanto a las familias como a los terapeutas que se encuentran en formación. En diferentes ocasiones, las preguntas realizadas por la supervisora hacia los terapeutas con respecto a su participación en el espacio terapéutico se encontraban encaminadas a la búsqueda de nuestra versión favorita como profesionales. Es decir, las veces en las que nos sentimos mucho más cómodos trabajando y cómo eso podía convertirse en un recurso constante en nuestra práctica diaria.

González (2011) menciona que la supervisión debe permitir a los terapeutas desarrollar espontaneidad, curiosidad, potencial creativo, autorreflexividad y usar sus dificultades en función de las necesidades de la familia. La supervisión desde el modelo TBCS nos ayudaba en gran medida a generar confianza en nosotros mismos como profesionales, venciendo poco a poco el miedo a ser observados e integrando de muchas formas nuestras

reflexiones dirigidas a nuestras áreas de mejora.

En el presente caso, cerca del 60% de los 52 casos atendidos se llevaron mediante el modelo, dando de alta al 71% de los consultantes en tratamiento. No obstante, poco se ha dicho del efecto que este ha tenido en los escenarios de supervisión y la forma en la que esto influye en cualquier escenario de aprendizaje. Medina y Beyebach (2014), realizaron un estudio en el que se propusieron conocer si el entrenamiento y la supervisión desde este modelo generaban un cambio significativo en las creencias y las prácticas del personal del sistema municipal de protección infantil, así como su relación con los síntomas de *burnout*. El método consistió en un grupo control y uno de intervención para realizar las comparaciones pertinentes. Los resultados arrojaron que no solo cambió la forma en la que trabajaban con los pacientes que acudían a la clínica, sino que también modificaron su propia organización, impactando incluso en esferas mucho más amplias. Esto significa que no solamente afectó la formación, sino que estos cambios se extendieron a múltiples contextos y situaciones dentro de la organización.

En este mismo sentido, no es raro pensar que el contexto de supervisión se encontrara fuertemente influido al trabajar desde el modelo TBCS. El aprendizaje del modelo no solamente se centraba en las cuestiones académicas, sino también se extendía al cuidado y desarrollo de la persona del terapeuta. En diferentes ocasiones, cuando la supervisora identificaba que hacíamos uso de nuestros recursos como terapeutas procuraba ampliar esos momentos mediante preguntas que nos permitían generar confianza en nosotros mismos y en el proceso terapéutico. Si bien se realizaban señalizaciones de carácter profesional en cuanto a nuestras áreas de mejora, siempre existía mucha claridad en cuanto a los aspectos exactos a modificar.

El modelo pide definir objetivos claros, realizables, tangibles y observables cuyo cumplimiento no solo permite “resolver problemas”, sino que también reelabora y cambia los significados de las personas. Al ser un modelo didáctico y práctico, podría pensarse que sus alcances son mínimos, no obstante, la experiencia nos ha dicho que no es así. Una de las más grandes ventajas del modelo es que los profesionales somos quienes debemos adaptarnos a los estilos de cooperación de las personas. En la supervisión, parece que la supervisora lograba adecuarse a las formas de trabajo de los terapeutas y desde ahí

intervenía para que nuestro trabajo resultara fortalecido.

La experiencia de supervisión en general me ha servido para mantenerme firme en mi postura encaminada al trabajo con el modelo TBCS, así como a comprender que la utilidad de la terapia no necesariamente se enmarca en lo que yo espero, sirve a las personas y sus diferentes y múltiples propósitos. De esta experiencia me llevo la necesidad de cuestionar constantemente mi ejercicio profesional y las premisas mediante las cuales miro a las personas que me consultan.

De esta manera, las interacciones estaban mayormente construidas entre los terapeutas y la consultante. El equipo parecía más intermediario entre ambos, en donde al surgir dificultades en la comunicación, intervenía y buscaba aclarar algunos huecos en la conversación. Es posible que para Consuelo esto haya representado una situación enriquecedora, en donde logró sentirse en confianza y eliminar el tedio que a veces puede generar sentirse observado. La terapia le sirvió para mirarse de otras formas, romper con visiones únicas y, sobre todo, poner límites con las personas cercanas a ella. Tanto el equipo como los terapeutas hicieron uso de sus conocimientos de la religión católica para cuestionar, incluso para ampliar las reflexiones hechas en terapia.

Me sorprendió mucho la fortaleza y el ímpetu de Consuelo para decidir que necesitaba solo dos sesiones para sentirse bien y mejorar la situación que la llevaba a terapia. Eso a su vez, parece haber impactado en su autopercepción al conocer el impacto de su experiencia en otras personas. Resultó ser una experiencia sumamente enriquecedora, en donde personalmente aprendí mucho del trabajo con adultos mayores y sus circunstancias.

Consideraciones Finales

Resumen de las Competencias Profesionales Adquiridas: Teórico Conceptuales, Clínicas, Investigación, Difusión, Prevención, Ética y Compromiso Social

Habilidades Clínicas y Conceptuales

La curiosidad por conocer al ser humano ha dado origen a múltiples esfuerzos por comprenderlo, en tanto se han realizado planteamientos para el cumplimiento de dicho

propósito. Inicialmente, la tradición positivista enmarcada en la modernidad proporcionó respuestas a través de la fantasía sobre la visión pura de los fenómenos, fundamentada en la existencia de una realidad tangible que debía ser descubierta. Así, exige el control de variables extrañas y la generalización de los hallazgos a otros contextos.

Sin embargo, diferentes estudiosos comenzaron a realizar cuestionamientos a la noción científica de los fenómenos. El pensamiento posmoderno surge como una crítica a los fundamentos incuestionables de la modernidad; específicamente, la separación absoluta de sujeto y objeto, así como la generalización de los resultados a diferentes contextos. Desde este ángulo, la realidad no es independiente del observador, sino construida constantemente a través de diferentes experiencias (Agudelo y Estrada, 2012).

No obstante, pensar la realidad como una construcción en terapia siempre contribuye a la apertura y comprensión de las cosas que duelen a otros, desde donde las personas crean ideas de que algo está bien o no lo está. En este mismo sentido, permite aproximarnos a la experiencia de los demás desde una postura de profundo respeto, en donde se expone una intención de genuina comprensión más cercana a la empatía. Las personas elaboran evaluaciones acerca de las cosas que les suceden, nuestro trabajo muchas veces consiste en reconstruir nuevas apreciaciones que les permitan adaptarse más adecuadamente. Esto significa una flexibilización de nuestro trabajo que afecta directamente a nuestros consultantes, haciéndolos sentir comprendidos desde su propio contexto.

La noción de constructividad no solamente afecta la visión que tenemos de las personas que nos consultan, también cambia en muchos aspectos la forma en la que evaluamos y significamos nuestra propia actividad terapéutica. Nuestro trabajo supone poner al servicio del otro una serie de recursos teóricos y prácticos, en donde cada encuentro se vive como una experiencia única. De este modo, cada sesión, lectura o supervisión deja una huella que nos permite construirnos como terapeutas y como personas. No obstante, esto entraña una fuerte tendencia a modificarnos y reconstruir nuestras valoraciones de manera constante, alejándonos de la inalterabilidad y acercándonos más al movimiento.

De este mismo modo, el movimiento nos lleva a comprender que nuestras verdades no son absolutas, en donde nos encontramos con el compromiso de realizar un trabajo constante

para apartarnos del sesgo de nuestros propios juicios. Así, logramos sostener conversaciones útiles que sirven a los otros a través de sus propias circunstancias y no desde nuestras propias necesidades, creencias o formas de vivir. Esto es especialmente necesario porque, al final, las personas asumen la responsabilidad de sus propias vidas y toman decisiones importantes para sí mismos.

En relación con esto, existen dos vertientes principales que comparten la noción de construcción de la realidad, aunque sus premisas representan una enorme diferencia. Por un lado, está el *constructivismo*, entendido como el estudio de la individualidad que establece cómo las personas construimos mapas de la realidad que se modifican constantemente en nuestra interacción con el ambiente (Zlachevsky, 2012). Por otra parte, el *construccionismo* estudia cómo es que la realidad se construye y se comparte socialmente a través del lenguaje, modificándose en el intercambio (Magnabosco, 2014).

Algunas escuelas de terapia se han visto influenciadas -entre otras cosas- por estas líneas de pensamiento. Tal es el caso de las terapias sistémicas y posmodernas, en donde cada una plantea diversos métodos de trabajo con los consultantes. Por su parte, la mirada sistémica provee una forma de experimentar los sucesos de manera amplificadas, en donde se agrega complejidad mediante la inclusión de las totalidades en sus intervenciones.

La terapia narrativa y colaborativa -fundamentadas principalmente en el construccionismo social- suman la dimensión del significado al análisis, en donde se cuestiona fuertemente nuestra forma de hacer terapia y las metanarraciones que dirigen nuestra práctica y nos oprimen. Siguiendo esta misma idea, los discursos invisibles en los cuales las personas nos encontramos inmersas nos mantienen sometidas a diversas realidades que definen nuestras identidades. El hecho de ser inalcanzables a simple vista, hace que estos discursos se vuelvan totalmente incuestionables; las conversaciones que el terapeuta establece con sus consultantes tiene la finalidad de modificar dicho sometimiento, generando nuevas estructuras que brinden bienestar.

Conocer estas formas de abordar la terapia enriquece y complementa nuestro trabajo de una forma muy amplia. Si bien las terapias sistémicas y posmodernas coinciden en la construcción de la realidad, difieren en sus objetivos. Cuando se cuenta con conocimiento

de diversos modelos y teorías, puede pasar que la práctica terapéutica se vuelva un poco confusa al principio, sobre todo en nuestras conversaciones internas al encontrarnos frente a los consultantes. La relevancia de esto tiene que ver con la obligación ética de los terapeutas de establecer conversaciones enmarcadas en una práctica responsable, en la que seamos conscientes, claros y éticos con nuestras intervenciones.

A este respecto, recibir supervisión funciona como un canal de doble vía, en donde no solamente se practica la terapia, sino también se debate y se cuestiona la teoría. Esto resulta especialmente enriquecedor, ya que despierta la curiosidad por revisar y releer acerca de algunos temas. Las habilidades clínicas y teóricas no son necesariamente contrarias, de hecho representan un camino de ida y vuelta, en donde ambas se enriquecen mutuamente todo el tiempo.

Habilidades de Investigación

Dentro del programa en la residencia de terapia familiar se realizaron dos investigaciones, una cuantitativa y otra de corte cualitativo. Dichas indagaciones se realizaron a lo largo de los dos primeros semestres del programa y cada una representa una temática relacionada, aunque dirigida a objetivos completamente distintos.

En el aspecto técnico, dichos estudios me permitieron comprender más detalladamente el proceso de construcción y análisis de la información. Más allá de ello, me llevó a reflexionar que nuestro trabajo con familias e individuos no termina en el consultorio porque más allá de sus paredes, nuestra obligación es responder, comprender y atender a las necesidades de la población de manera adecuada.

Las condiciones en las que se viven las personas miembros de la población LGBT+ son abordadas por muy pocas investigaciones. Es necesario colocar la atención en esto, ya que la comprensión más completa sus necesidades ayudaría a diseñar programas sociales e intervenciones psicológicas que las tomen en cuenta y ayudarles de manera más óptima y acertada.

Metodología Cuantitativa.

Elección de Pareja y Conducta Sociosexual en Población Homosexual- Lésbica.

La elección de pareja es un tema de mucho interés, sobre todo si se estudia en las minorías tales como la población lésbica. Visibilizar las cuestiones relacionadas con la diversidad sexual lleva a la no discriminación, inclusión y atención digna; el no hacerlo, implicaría exponer a estas poblaciones a discriminación y exclusión al no poder brindar la atención adecuada a las personas que se identifican con una orientación sexual no normativa (Lozano y Salinas, 2016).

Ante los nuevos retos de conformación de pareja y el cambio cultural, el objetivo del presente estudio fue identificar si existían diferencias significativas entre la forma en que mujeres heterosexuales, homosexuales y bisexuales eligen pareja, tomando en cuenta la forma en la que lo hacen y los niveles de compromiso y parejas sexuales que mantienen. Es importante identificar si la elección de pareja por parte de mujeres lesbianas es congruente con los presupuestos de la teoría evolucionista o si por el contrario, ésta está influida por variables socioculturales, por tanto la pregunta de investigación es la siguiente: ¿Existen diferencias significativas entre mujeres heterosexuales y mujeres LGBT en cuanto a los patrones de elección de pareja? Se propone la siguiente hipótesis: existirán diferencias significativas entre ambos grupos mediadas por variables socioculturales.

Método

Participantes

La muestra utilizada estuvo conformada por 386 participantes mediante muestreo no probabilístico. Las participantes fueron clasificadas en tres grupos a comparar de acuerdo a su orientación sexual: 1) heterosexuales (140), 2) bisexuales (145) y 3) homosexuales (101). Se decidió hacer dos grupos diferentes para evaluar a las mujeres con una orientación sexual distinta a la heteronorma. La población fue captada mediante un cuestionario electrónico que sintetizó el Inventario de Orientación Sociosexual (Simpson & Gangestad, 1991), y dos subescalas del Inventario multidimensional del

Emparejamiento (Padilla, 2012), el cuestionario electrónico fue elaborado con un consentimiento informado que hacía explícito el uso de los datos con fines académicos y de investigación, así como la confidencialidad de los datos proporcionados (Anexo 1).

Instrumentos

1) Conducta sociosexual. Se utilizó el Inventario de Orientación Sociosexual desarrollado por Simpson & Gangestad (1991) Esta prueba consta de 7 reactivos. Tres de ellos son preguntas abiertas correspondientes al número de parejas sexuales en el pasado y esperadas en el futuro (orientación sociosexual conductual); mientras tanto, cuatro corresponden a afirmaciones calificadas en una escala tipo likert, que va de “totalmente de acuerdo” a “totalmente en desacuerdo” (orientación sociosexual actitudinal). El instrumento indica que a puntajes más altos indican una menor necesidad de cercanía y compromiso para acceder a tener relaciones sexuales, mientras que puntajes bajo indican una mayor necesidad a los elementos antes mencionados para poder relacionarse sexualmente.

2) Inventario Multidimensional del Emparejamiento: Creado por Padilla (2012), se aplicaron dos subescalas de este instrumento; Escala de características físicas del emparejamiento y escala de características psicológicas. La elección de esta parte del instrumento es que este se diseñó bajo el marco teórico evolucionista impulsado por Buss, y estas dos subescalas tienen como objetivo obtener información sobre aquellas características que son relevantes al momento de elegir pareja.

Análisis estadístico

Todas las respuestas fueron codificadas en una base de datos en SPSS. El análisis fue dividido en dos partes: 1) Descriptivos y 2) Prueba Manova. Para la segunda fase, las respuestas fueron divididas en cuatro categorías: a. Orientación conductual y b. Orientación Actitudinal, correspondientes al inventario de Orientación Sociosexual; c. Características físicas y d. Características psicológicas, correspondientes a las subescalas del Inventario Multidimensional del Emparejamiento. Se hicieron un total de cuatro Manovas comparando las respuestas de los tres grupos por cada categoría.

Resultados

Inventario Multidimensional de Emparejamiento (Factores físicos)

Se encontró que aquellas características con mayor puntaje dado por los tres grupos son *labios/boca, manos, nalgas, estatura y vestimenta*. En cuanto a aquellos con menores puntajes se encuentran *caderas y busto/pecho*. Dentro de estas mismas categorías se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre determinados grupos

Los factores *labios/ boca, manos, nalgas y busto/pecho (hetero menos)* son elegidos en mayor medida por las mujeres homosexuales, mientras que los factores *estatura, vestimenta y caderas* fueron los elementos más elegidos por las mujeres heterosexuales. Dentro de los elementos menos escogidos por éstas últimas está el factor *busto/pecho*.

Inventario Multidimensional de Emparejamiento (Factores psicológicos)

Se obtuvieron valores estadísticamente significativos para los grupos asociados a los factores *divertido (a), responsabilidad, fidelidad, tranquilo (a), optimista, tímida (o), emprendedor (a), trabajador (a), religioso (a), directo (a), intrépido (a) y seductor (a)*. En general, los factores *timidez y religioso (a)* tienen los puntajes de media más bajos, lo cual significa que para los tres grupos son características menos buscadas al emparejarse. En este sentido, a pesar de existir diferencias entre los grupos, los valores mejor puntuados por los tres fueron *divertido (a), responsabilidad, fidelidad y trabajador (a)*.

Inventario de Orientación Sociosexual

Para el Inventario de Conducta Sociosexual de Simpson y Gangestad (1991), se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los tres factores conductuales para diferentes grupos. Los resultados arrojaron que los grupos de mujeres homosexuales y heterosexuales cuentan con discrepancias importantes relacionadas con el número de parejas sexuales tenidas en el último año. Por otra parte, en cuanto al número de parejas con las que han tenido relaciones sexuales solo una vez, se encontraron diferencias entre el grupo de mujeres heterosexuales con respecto a los grupos de mujeres homosexuales y bisexuales. En este sentido, las mujeres homosexuales y bisexuales mostraron un mayor promedio de parejas sexuales en relación a las mujeres heterosexuales.

En cuanto a las parejas esperadas en los próximos 5 años, el grupo de mujeres homosexuales mostró un puntaje mucho mayor que los otros dos grupos. Las mujeres homosexuales se visualizan con un mayor número de parejas a futuro. No existieron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de mujeres heterosexuales y bisexuales.

Los resultados de la aplicación demuestran que las mujeres bisexuales fantasean tener relaciones sexuales con personas diferentes a sus parejas. Las mujeres homosexuales y heterosexuales obtuvieron puntajes menores, refiriendo que fantasean con menor frecuencia. Considerando estos puntajes, se encontraron diferencias significativas tanto en el grupo de mujeres bisexuales y homosexuales, como en el grupo de bisexuales y heterosexuales.

En cuanto a la afirmación *el sexo sin amor está bien*, los tres grupos mostraron medias similares. Las mujeres bisexuales aceptan en mayor medida la premisa de que el amor no es necesariamente un elemento relacionado con el sexo, mientras que el grupo de mujeres homosexuales y heterosexuales tienden a menor aceptación sobre esta idea.

Finalmente, en cuanto a la afirmación *puedo imaginarme a mí mismo cómodo y disfrutando tener sexo casual con diferentes personas*, las mujeres heterosexuales obtuvieron los puntajes más altos con respecto a los grupos bisexual y homosexual.

Concluimos que no existen diferencias significativas entre los grupos analizados en cuanto a la forma en la que eligen pareja y el motivo por el cual lo hacen.

Discusión

A partir de la revisión de los datos obtenidos, encontramos concordancia con la teoría evolucionista propuesta por Buss (1989), ya que en la aplicación del Inventario Multidimensional de Emparejamiento (Padilla, 2012) los tres grupos evaluaron con puntajes más bajos los rasgos físicos en relación a los rasgos psicológicos, siendo la responsabilidad, el ser trabajador (a), fiel y divertido (a) los elementos con puntajes más altos. En este mismo sentido, el menor puntaje obtenido para los tres grupos fue la timidez. Con esto podemos inferir que independientemente de la orientación sexual, las mujeres

dirigen su elección por elementos adaptativos, buscando personas que puedan proveer y dar tanto protección como estabilidad. En esta misma línea, llama la atención que los tres grupos de mujeres dieron puntajes bajos en rasgos sexuales femeninos, como busto y caderas, lo que podría indicar que aun cuando su orientación sea homosexual o bisexual, la elección no se asocia con principios reproductivos.

Continuando con el análisis de los datos obtenidos, uno de los elementos físicos que obtuvo uno de los puntajes más altos en los tres grupos fue la vestimenta, que es un rasgo correspondiente a variables sociales y contextuales más que a variables biológicas. Esto último es congruente con lo expuesto por diversos autores (Shoemaker 2007; Padilla y Díaz-Loving 2012; Valdez, et al., 2005; y Valdez, et al., 2007), que si bien reconocen la importancia de elementos evolucionistas, señalan la importancia de reconocer las variables socioculturales propias de cada contexto.

En cuanto a la conducta sociosexual, las mujeres heterosexuales mostraron un comportamiento más restrictivo que las mujeres homosexuales y bisexuales, siendo estas últimas las que menores puntajes de conducta restringida reportaron. En concordancia con esto, en la premisa el sexo sin amor está bien, fueron las mujeres heterosexuales las que menor aceptación mostraron. Una posible explicación es que las mujeres heterosexuales siguen influenciadas por las ideas sociales del amor romántico, en donde se privilegia el compromiso a largo plazo y la exclusividad sexual (la fidelidad obtuvo puntajes altos en la aplicación del instrumento de Emparejamiento), que son aspectos típicos de la conducta sociosexual restringida; mientras que las mujeres homosexuales y bisexuales, tal como lo establece Veloso, et al. (2014), se vinculan sin necesidad de tener intereses reproductivos, por lo que el físico y la atracción pueden ser más relevantes en elecciones de pareja a corto y largo plazo.

Un aspecto que llama la atención es que, ante la premisa *Puedo imaginarme a mí mismo cómodo y disfrutando tener sexo casual con diferentes personas*, fueron las mujeres heterosexuales las que otorgaron puntajes más altos (aun cuando solo se encontraron diferencias significativas entre este grupo y el grupo de mujeres bisexuales), lo que podría indicar que las mujeres heterosexuales se perciben menos restrictivas en cuanto a su comportamiento sociosexual, aun cuando los otros indicadores muestran lo contrario.

Metodología Cualitativa.

La Salida del Clóset como Experiencia Constitutiva de la Identidad de un Hombre Homosexual. La heteronormatividad se refiere a aquel mandato que considera a los individuos heterosexuales superiores a los individuos con una orientación sexual distinta. Esto implica que existe un grupo con mayor ventaja y un grupo en desventaja, al que además se le exige cumplir con la normativa social de orientación sexual. En ocasiones, esto se traduce en actos de homofobia y discriminación que permean las identidades de las personas.

La homofobia también suele ser internalizada por las personas homosexuales, generando prejuicios o estereotipos promovidos socialmente sobre la homosexualidad. Esto los pone en una disyuntiva con respecto a quienes son y los significados sociales acerca de serlo, generándoles sentimientos de culpa y rechazo hacia sí mismos. Este fenómeno afecta principalmente a los hombres homosexuales, y aun cuando también está presente en mujeres, sus niveles de homofobia internalizada son más bajos (Valdez, et al., 2018).

Toda esta represión de la orientación sexual, la expresión e identidad de género conlleva ocultar cualquier expresión afectiva, sexual y personal; esto se conoce como “estar en el clóset”. El clóset es parte importante de esta comunidad, ya que es la máxima expresión de la represión a la que son sometidas las personas. Representa un esfuerzo constante por no exponerse a la sociedad, a la vez que funciona como un espacio seguro en el que las personas se sienten menos vulnerables (Zambrano, et al., 2017).

La familia – al representar el primer espacio de socialización de casi cualquier persona- no está exenta de este proceso de socialización que considera a la homosexualidad como inferior. Cuando la familia recibe la noticia de que uno de sus integrantes tiene una orientación sexual no heteronormada se genera una crisis al romper con el mandato social, afectando a todos los miembros que forman parte del grupo, cambiando también la dinámica familiar que puede volverse un obstáculo o un facilitador para la construcción de las identidades de las personas LGBT.

Con lo anterior, es posible aseverar que la decisión de salir o no del closet, junto con los discursos culturales sobre la homosexualidad tienen efectos psicológicos que impactan en la vida de las personas. Resulta necesario ahondar en la forma en que estas experiencias son usadas por ellas para construir su identidad, por lo que la presente investigación intenta contestar a la pregunta: ¿cómo construye un hombre homosexual de 24 años su identidad a partir de la experiencia de salir del closet en el contexto mexicano? El objetivo general sería identificar el proceso por el cual un hombre homosexual construye su identidad a partir de la experiencia de salir del closet en el contexto mexicano, por medio de una entrevista semiestructurada y el análisis de los datos por medio del uso del programa ATLAS.TI 7.

Resultados y discusión

Los códigos fueron agrupados en 6 familias: *identidad, closet, familia, percepción social de homosexualidad, pareja y afrontamiento*. Primero, es importante aclarar que el autoconcepto y la definición del yo están fuertemente influidos por tres aspectos: la interacción familiar (familia), las creencias sociales (percepción social de la homosexualidad) y la aceptación de la homosexualidad (clóset). Las creencias sociales crean figuras y prejuicios que afectan psicológica y relacionalmente a la persona homosexual, lo cual hace necesario el despliegue de recursos y redes de apoyo para afrontar esta disyuntiva entre el ser y lo que se espera socialmente (afrontamiento). La contraposición entre las creencias sociales y familiares, generan estados de crisis en la construcción de la identidad. El que existan estas crisis no sólo muestra que para el entrevistado representa un atributo valioso sobre su persona, sino que ésta está ligada a la mirada y opinión de los otros significativos (familia) y de la cultura en la que vive.

Los discursos sociales encontrados alrededor de la homosexualidad son los siguientes: a. ser gay es sinónimo de promiscuidad y VIH, b. existen tipologías de ser gay: una forma tradicional de ser gay que incluye usar vestimenta de mujer, hablar en femenino y ser exhibicionista y una forma “normal” no definida, c. ser gay es sinónimo de no poder tener una familia y de soportar la discriminación en silencio sin alzar la voz. Estas creencias sociales impactan profundamente en la identidad, normalizando y anormalizando conductas e impactando en la decisión de salir o no del clóset.

Ahora bien, la transición entre estar dentro y fuera del closet, si bien no resulta fácil y tiene consecuencias psicológicas y relacionales, estar fuera no significa forzosamente la resolución de todas las crisis ni la ausencia de conflictos. Salir del closet en una sociedad que sostiene creencias discriminadoras y estereotipadas sobre la homosexualidad puede ser difícil y vulnerar a las personas homosexuales al ser el blanco de actos de discriminación en público o dentro de instituciones.

Un principal recurso del entrevistado para enfrentar la situación que vivía (afrontamiento) fue la creencia personal-familiar de su fortaleza el cual lo llevó a buscar ayuda psicológica en distintos sitios e instituciones, no obstante, es posible que las crisis se acentúen aún más debido a la invisibilización del sufrimiento que genera el miedo a aceptarse homosexual en términos sociales, puesto que éste sólo es relevante y visible si se pertenece a alguna institución educativa. La negación de los servicios de salud mental institucional sólo incrementan la incertidumbre de a quién acudir por ayuda y, el cuestionamiento sobre si se ha de consumir fármacos, revelan otras creencias sociales que son importantes señalar: 1) a pesar de que la homosexualidad *per se* ya no está catalogada como enfermedad mental por el DSM, las consecuencias que trae el sufrimiento de no aceptarse sí son consideradas parte de un problema psíquico interno, es decir, las consecuencias psicológicas de un fenómeno que es social y relacional son abstraídas de su origen para patologizarlas. 2) La salud mental puede no estar siendo considerada como una necesidad social debido a la poca información que hay de instituciones privadas o públicas a las cuales acudir al tener un problema psicológico y 3) el trabajo del terapeuta y de la comunidad que trata estos casos resulta imprescindible para generar cambios y llevar al consultante a mejorar su vida o bien, propiciar una identidad deseable.

Es posible inferir que la decisión de salir del closet se deba a situaciones de disrupción con otros significativos; en el presente caso, el miedo a no ser aceptado generó consecuencias en la interacción con su pareja quien vivía su estar dentro del closet como signo de vergüenza de ser visto con él. Parece que es importante en una relación homosexual -que tiene proyectos a futuro- que ambos se acepten frente a otros y a sí mismo como homosexual, de lo contrario puede desgastarse la relación y el otro que esta fuera del closet puede buscar una relación donde sea equitativo lo que ofrece. La pérdida de la pareja por

estar dentro del closet representa una crisis contundente cuando se culpabiliza a un solo miembro de la misma, generando definiciones del yo negativas que comienzan a cuestionar la valía personal y a tener consecuencias psicológicas como depresión, adicciones, ideación suicida e intentos de suicidio, así como consecuencias relacionales como alejamiento de la familia y ostracismo.

Habilidades de Difusión y Prevención

Productos Tecnológicos. Como parte de las actividades de la residencia, se diseñaron algunos productos tecnológicos que pueden ayudar a complementar y facilitar la práctica terapéutica. El primero de ellos consistió en el diseño de un manual de Terapia Estructural en el que se describen detalladamente el compendio de técnicas y estrategias del modelo, incluido en cada uno de los elementos un ejemplo en video de la aplicación para facilitar la comprensión de los conceptos. La utilidad del mismo implica la posibilidad de acercar a los terapeutas que recién están aproximándose a la práctica terapéutica.

El segundo producto tecnológico fue un videojuego con diversas preguntas acerca de conceptos básicos de la terapia familiar. Para ese objetivo se hizo uso de la plataforma Kahoot, en donde se abrió una sesión para introducir una serie de preguntas con sus respectivas respuestas de opción múltiple. Cada participante bajó la aplicación en sus teléfonos celulares y, para poder participar, se les proporcionó un código que debían introducir para entrar al juego; las preguntas aparecen al azar y cada una tiene un límite de tiempo para poder responder. Este juego puede resultar muy didáctico y divertido, además de ayudar a reforzar los conocimientos previos con respecto a los conceptos básicos, especialmente a los terapeutas noveles que se inician como terapeutas familiares.

Como parte de las materias Modelo Centrado en Soluciones y MRI, se realizó un compendio de videos en donde se mostraron cada una de las técnicas de cada modelo, empleando el uso de juegos de rol en los que cada participante representaba a un personaje dentro de una sesión terapéutica. Los colaboradores fueron los alumnos de la residencia en Terapia Familiar, quienes además desarrollaron los ejemplos para escenificarlos.

Por último, se realizaron dos blogs de trabajo con la descripción de conceptos principales

del Modelo de Milán (<https://terapiafam2018.wixsite.com/website>) y Terapia Estratégica (<https://terapiaestrategia2019.home.blog/2019/06/10/las-fobias-desde-el-enfoque-estrategico/>). Ambos son un compendio de directrices necesarias para el trabajo de diferentes problemáticas desde dichos modelos, siendo así un material de apoyo importante para los terapeutas.

Programas de Intervención Comunitaria Realizados. Llevé a cabo el taller “*Herramientas para prevenir y enfrentar la violencia; cómo crear relaciones positivas*”, dirigido a adolescentes que estaban interesados en el tema. En dicho taller se les brindaron diversos conceptos relacionados con la violencia, cuáles son los principales signos para identificarla, así como herramientas que les permitieran prevenirla y enfrentarla. El taller preventivo cumplió con su objetivo, ya que los alumnos se mostraron muy interesados, exponiendo sus preguntas y construyendo estrategias para afrontar diferentes situaciones.

Dentro de las tres sedes de terapia se atendieron un total de 58 consultantes, de los cuales 47 representaron terapia individual, mientras que 7 fueron terapia familiar y 6 representaron parejas. De estos, en la clínica del ISSSTE Valle Ceylán se atendieron 12 casos en total, en CCH Azcapotzalco se llevaron un total de 10 procesos, mientras que en la Clínica de Terapia Familiar de la FES Iztacala se atendieron 36 casos.

Constancias de la Asistencia y/ o la Presentación de Trabajos en Foros Académicos. Asistí al segundo Coloquio de la residencia en Terapia Familiar Sistémica: Intervenciones Útiles, que se llevó a cabo los días 1 y 2 de abril de 2019 en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, en donde tuve la oportunidad de presenciar diversas conferencias brindadas por diversos ponentes reconocidos.

De la misma forma, tuve la oportunidad de asistir como ponente y como participante en el XIII Congreso de Posgrado en Psicología en UNAM, que se llevó a cabo los días 9 y 10 de Octubre de 2019 en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Junto a mi compañero Gustavo Millán Aguilar, participé en la modalidad de cartel. Presentamos el trabajo

Elección de pareja y conducta sociosexual en población homosexual- lesbica en el que abordamos los principales elementos que las mujeres lesbianas toman en cuenta al momento de elegir pareja. Así mismo, acudí a diferentes ponencias que me permitieron obtener conocimientos de diferentes temas a lo largo de mi estancia.

Asistí al entrenamiento en Tratamiento de la Violencia Intrafamiliar, que se llevó a cabo los días 30 de noviembre, 1 y 2 de diciembre por parte de INFASI, en donde se brindaron diferentes herramientas para el trabajo con hombres que ejercen violencia, así como el trabajo con mujeres que la sufren. Además de los elementos teóricos, se brindaron ejemplos prácticos de los cuales pude aprender el manejo de determinadas situaciones complejas.

Ética y Compromiso Social

Fuera de los conocimientos teóricos y prácticos adquiridos, en la residencia era común reflexionar con respecto a nuestras posturas éticas, especialmente separadas del enfoque utilizado en el trabajo terapéutico. Si bien existe un código ético que rige nuestro quehacer, este siempre está delimitado contextualmente al no poder escindirse del lugar y momento en el que se realiza la práctica, sobre todo porque las reglas que delinear una buena práctica son acordadas socialmente; incluso las diferentes escuelas de terapia establecen sus propios lineamientos y directrices (Caro, 2019).

En este mismo sentido, la toma de decisiones en terapia depende del contexto del que formemos parte. Nuestra tarea consiste en mantener un cuestionamiento constante de las circunstancias a las que nos enfrentamos para mantenernos dentro de los límites de una práctica consciente. Pienso que los postulados sistémicos nos permiten mirar los fenómenos de una forma amplia y, especialmente la cibernética de segundo orden, me permite realizar un análisis más responsable de mis propias preguntas, teorías, marcos teóricos, intervenciones, suposiciones y discursos. De esta forma, creo que se centralizan las necesidades de las personas y se vuelven una prioridad. La omisión de este punto podría sesgar nuestro punto de visión y alterar nuestro trabajo, al punto de perpetuar

discursos de odio y discriminación.

Otro de los elementos para una práctica ética y responsable es el autocuidado. Gran parte de nuestro trabajo implica lidiar con el dolor emocional, en donde es nuestra obligación ética y profesional brindar una atención de calidad a aquellos que hacen uso de nuestros servicios. De esto se derivan algunas preguntas: ¿qué tanto el profesional de la salud mental podría no ser tocado por su propio trabajo? ¿Es posible conjugar el trabajo con el dolor humano y la atención de calidad? (Oltra, 2013).

Si parte del compromiso con un ejercicio ético de la psicología tiene que ver con ofrecer una atención oportuna y de calidad, entonces es necesario que los terapeutas seamos conscientes de nosotros mismos y monitorear nuestra propia salud mental. Nuestra autorreflexividad nos ayuda a definir nuestras áreas de cuidado personal y reconocer vulnerabilidades y fortalezas, cuyo impacto directo se encuentra en la buena atención de las personas que le consultan. El autocuidado es un ejercicio ético de la terapia, en tanto nos permite cumplir con las exigencias del medio profesional (Villarreal y Rodríguez, 2020).

Somos nuestro propio instrumento de trabajo, es nuestra responsabilidad mantenernos autorreflexivos. Esta disposición a trabajar con nosotros mismos nos conduce a mejorar, comprendernos, escucharnos y deconstruirnos como personas y como profesionales, recayendo en nuestro propio trabajo. El cuidado significa mantener una sana relación con nuestros pacientes y nuestra propia profesión.

Parte crucial de las terapias posmodernas es la discusión constante de los discursos de poder implícitos en las narraciones de las personas; la implicación más importante de esto es el mantenimiento de una posición política, ética y responsable. Esto suele ser de gran importancia debido a que dentro del consultorio también encontramos narrativas de poder que implican especial consideración para la terapia. El uso del poder implica adoptar una postura política dentro de los contextos terapéuticos, de tal manera que se convierta en un espacio liberador que nos haga transformarnos en las mejores narrativas de nosotros mismos.

Una postura política implica apostar a una posición en la que el terapeuta desconoce la verdad de la vida de los consultantes, dando cabida a la curiosidad genuina que le permite explorar historias subyugadas que hablen de una realidad diferente (Gergen y Warhus, 2001). Al prestar especial atención a este aspecto, la posición del terapeuta se convierte en “no saber”, es decir, dará voz a las narraciones del consultante, desconstruyéndolas hasta llegar al significado subyacente.

La terapia narrativa brinda una alternativa interesante al agregar el concepto de externalización, que se refiere a separar el problema de la identidad, cuya influencia hace que la persona logre cambiar sus perspectivas. Los terapeutas debemos saber que nos movemos dentro de historias que no nos pertenecen, por lo cual resulta indispensable guardar una postura de respeto y ética ante ellas.

Las experiencias con los consultantes y en especial con la experiencia de supervisión me ha dejado hasta este momento con un cúmulo de sensibilidad para comprender, conectar y actuar con el otro. Si bien las teorías y las técnicas resultan importantes y nos guían para que nuestro actuar sea responsable, los libros no proporcionan todas las respuestas que la experiencia sí puede dar. Es por esto que la terapia psicológica supervisada resulta fundamental en el actuar de los terapeutas.

Específicamente en el trabajo con adultos mayores, nuestro compromiso debe ser con la comprensión de nuestros propios *metadisursos* para descomponerlos y colocarnos a nosotros mismos en un lugar que resulte útil para nuestros consultantes. Asumir una postura descentralizada en la que tengamos la apertura suficiente para comprender que existe una enorme diversidad de personas, que la edad es una de las muchas características de las personas y no la única desde la que podemos mirarlos, despegaría nuestros propios juicios y nos permitiría brindar una atención de calidad a los adultos mayores que necesitan la terapia.

Para Pope & Vasquez (2011), una práctica ética en psicoterapia necesita estar fundamentada en tres elementos principales: confianza, dada socialmente a los especialistas con una formación; poder, en donde el terapeuta es consciente de la influencia que tiene sobre los otros a través de su propio conocimiento; y ofrecer cuidados al contar

con una adecuada formación profesional y una gran sensibilidad para priorizar las necesidades más importantes de sus pacientes. Si el compromiso ético que tenemos con las personas mayores tiene que ver con mostrarles que pueden encontrar su propia forma de vivir y significar sus experiencias lejanas de los discursos que les obligan a hacerlo de una sola manera, es nuestra responsabilidad hacernos cargo de nuestros propios sesgos.

Reflexión y Análisis de la Experiencia

La residencia en terapia familiar me ha preparado para enfrentarme al mundo. En ella, crecí enormemente como terapeuta y como persona; me gusta pensar que ella ha crecido junto conmigo. Fuimos un grupo sumamente diverso, con altos conocimientos en diferentes áreas teóricas y prácticas; contar con múltiples visiones del mundo podría suponer una complicación enorme, ya que existen diferencias importantes en cada persona. En nuestro caso, éramos un grupo muy grande con una enorme disparidad de puntos de vista y personalidades, aunque precisamente eso nos permitía ampliar nuestras perspectivas de la práctica clínica.

Un punto importante es que, en un espacio de supervisión con tantas diferencias, es casi lógico pensar en el desacuerdo, aunque evaluado como algo indeseable en la práctica. No obstante, en las diferencias es posible realizar distinciones y eso contribuye a la diferenciación de nuestro trabajo y el de otros terapeutas. Me atrevo a decir que en las divergencias encontramos las premisas que guían nuestro quehacer terapéutico y aquellas cosas que valoramos y defendemos para nosotros mismos. Aunque en ocasiones resultaba complicado homologar tantas divergencias, era precisamente esa pluralidad la que enriquecía el trabajo, las observaciones, las intervenciones y los mensajes dados a las familias y consultantes, así como nuestras propias identidades como terapeutas.

En general, el contacto con terapeutas expertos en la materia tanto en el plano teórico como práctico nutrió enormemente el trabajo realizado con los consultantes. Gran parte de las cosas que hoy conozco acerca de la terapia sistémica y terapias posmodernas se las debo a las jornadas de trabajo con consultantes, así como los seminarios en los que se abrían discusiones, preguntas y reflexiones interesantes, encaminadas siempre a una práctica ética

y crítica de lo establecido.

Para mí, una de las experiencias más provechosas ha sido trabajar en coterapia. Me ha resultado especialmente grata porque además de existir un equipo que observa, existe un terapeuta que observa aún más cerca. Esto crea una atmósfera de aprendizaje mucho más amplia, ya que ambos miran las cosas desde el mismo lugar pero experimentan cosas distintas, permitiéndonos obtener ideas mucho más diversas con respecto a una misma situación. De esta manera, podíamos hacer distinciones que nos permitían tomar decisiones constantemente e ir complejizando nuestro propio análisis.

Concluir la residencia no representa para mí el final de algo, al contrario, me parece que es apenas el inicio de un camino largo. Aquellos conocimientos y experiencia recibidos dentro de la residencia colocan sobre nosotros una gran responsabilidad, en donde es nuestro deber ofrecer un servicio de calidad a aquellas personas que nos consultan. Me parece que es la mejor manera de retribuir los grandes aportes que nos ha dejado, siempre con un profundo respeto a nuestra labor, así como un cuestionamiento constante de nosotros mismos y nuestras guías. Somos agentes de cambio hacia otros y hacia nosotros mismos.

Implicaciones en la Persona del Terapeuta y en el Campo Profesional

Nuestra voz personal se encuentra entretejida por otras voces; no podemos deslindarnos de ellas. Hace mucho tiempo el énfasis estuvo puesto en el impacto que tenían las conversaciones en los consultantes, siendo impensable ahondar en las implicaciones para los terapeutas que también formaban parte de ellas. Así, existía un énfasis fuerte en la neutralidad del terapeuta, entendida como la necesidad de mantener en la intimidad elementos de su propia vida. La teoría de la comunicación, la cibernética de segundo orden y, más recientemente, las teorías posmodernas y construccionistas rompen con esta unilateralidad al considerar que el terapeuta no es ajeno a los escenarios que comparte. Los vínculos terapéuticos son bidireccionales, por lo tanto, no es posible divorciar completamente la vida de los profesionales de su labor terapéutica.

En este mismo sentido, si la terapia influye en los significados que construimos como personas y como profesionales de la salud mental, se vuelve un elemento imprescindible para los terapeutas. A lo largo de la residencia se nos hizo un gran hincapié en la importancia de cuidar nuestra propia salud mental y acudir a terapia. Asumir nuestras propias vulnerabilidades y reconocer nuestra necesidad de ayuda es uno de los elementos principales de una práctica lejana de la omnipotencia y, por lo tanto, un repensar constante de nuestro ejercicio y de nuestras personas.

En la residencia tuvimos muchas oportunidades para ser supervisados, lo cual representaba múltiples complejidades. Existían muchas visiones y conceptualizaciones distintas entre cada supervisora, además cada una tenía una escuela distinta y miraba cosas diferentes en el trabajo terapéutico. La complejidad consistía en empatar sus diferentes estilos a los de cada terapeuta, lo cual no siempre se lograba; ello nos permitía cuestionarnos nuestro actuar constantemente. Por supuesto, las diferencias implicaban también la construcción de nuestros propios estilos terapéuticos y comprender la forma en la que nos sentíamos más cómodos trabajando.

La importancia de esta construcción constante de nuestros propios estilos, así como el cuidado constante de la persona del terapeuta y el desarrollo de nuestras habilidades a través de la supervisión impactaban en la calidad de nuestros servicios; esto por supuesto se veía reflejado en la enorme demanda que existía en cada una de las sedes, cuyo cupo siempre estaba lleno.

Especialmente, la importancia del trabajo con la persona del terapeuta tiene que ver con la calidad del trabajo realizado con los consultantes. Al estar en constante contacto con el dolor humano, conocer lo que nos duele a nosotros mismos se vuelve casi inevitable, sobre todo porque no somos sistemas cerrados que solo observan fenómenos. Somos personas que compartimos o no determinados significados, mitos, identidades, creencias, esperanzas y sueños. Preocuparnos por lo que les ocurre a otros, muy lejano de lo que pasa con nosotros mismos puede desencadenar situaciones como *burnout*, en donde perdemos el foco y dejamos de ofrecer un servicio de calidad para otras personas. Esto desencadena una serie de relatos en los que no tenemos logros y nos autocriticamos constantemente, lo que

genera mayor dificultad para cumplir con el alto estándar de rendir física, emocional y mentalmente todo el tiempo (Szmulewicz, 2013).

La residencia nos regaló como terapeutas la oportunidad de cuestionarnos y reinventarnos en nuestra labor. Por su parte, a la comunidad le ofreció un servicio de calidad, en donde las personas podían sentirse libres de compartir lo que necesitaran y situarse de una manera diferente en sus circunstancias. Es probable que la misma residencia pueda adentrarse en esta espiral de cambio y mejora, especialmente por las circunstancias actuales en donde todo lo conocido deja de tener sentido para convertirse en algo que no volverá a ser igual.

La persona del terapeuta, los consultantes y la residencia son cambiantes. Nuestras identidades se mueven con las experiencias que vivimos, es fluida y cada una deja un rastro que cambia el rumbo de lo que creíamos fijo. El trabajo realizado desde los enfoques enmarcados en la terapia sistémica y terapias posmodernas resulta de gran utilidad, en tanto trastoca las identidades preferidas de las personas involucradas tanto en el proceso terapéutico como en de enseñanza- aprendizaje.

Referencias

- Agudelo, M. y Estrada, P. (2012). Constructivismo y construccionismo social: Algunos puntos comunes y algunas divergencias de estas corrientes teóricas. *Prospectiva*, 17, 353- 378.
- Aguilar, M., y Toledo, M. (2019). Cuidado no remunerado y envejecimiento: un análisis sobre los arreglos domésticos y la reproducción social en Tlaxcala. *Tla-Melaua. Revista de Ciencias Sociales*, 20(46), 171-189.
<http://dx.doi.org/10.32399/rtla.0.46.508>
- Aguirre, R., y Scavino, S. (2016). Cuidar en la vejez: desigualdades de género en Uruguay. *Papeles CEIC*, (1), 1-41.

- Amico, M. (2009). "No siempre querer es poder". Hacia la de-construcción de mitos y la superación de estereotipos en torno a los adultos mayores en sociedad. *Margen*, (55), 1-30.
- Aponte, V. (2011). Terapia centrada en soluciones aplicada a un caso de duelo patológico. *Ajayu*, 9(1), 193-228.
- Aramayo, S. (2011). Terapia centrada en soluciones aplicada a la agresión sexual. *Ajayu*, 9(1), 132-168.
- Aranda, B., Beyebach, M. y Herrero de Vega, M., (2006). El estatus científico de la Terapia Centrada en las Soluciones: una revisión de los estudios de resultados. *MOSAICO, Revista de la Federación Española de Asociaciones de Terapia Familiar*, 36, 33-41.
- Arias, C., y Polizzi, L. (2011). La relación de pareja. Funciones de apoyo y sexualidad en la vejez. *Revista Temática Kairós Gerontología*, 14(10), 49-71.
- Beyebach, M. (2014). La terapia familiar breve centrada en soluciones. En A. Moreno, *Manual de terapia sistémica. Principios y herramientas de intervención* (pp. 449-480). Desclée de Brouwer.
- Bohlmeijer, E., Westerhof, G., Randall, W., Tromp, T., & Kenyon, G., (2011). Narrative foreclosure in later life: Preliminary considerations for a new sensitizing concept. *Journal Of Aging Studies*, 25, 364-370.
- Bonino, L. (2002). Masculinidad hegemónica e identidad masculina. *Dossiers feministes*, (6), 7-36.
- Buss, D. (1989). Sex differences in human mate preferences: Evolutionary hypotheses tested in 37 cultures. *Behavioral and Brain Sciences*, 12, 1-49.
- Bustamante, J. (Enero de 2015). *Las prácticas narrativas, una perspectiva histórica de su desarrollo*. Researchgate.
https://www.researchgate.net/publication/287853339_LAS_PRACTICAS_NARRATIVAS_UNA_PERSPECTIVA_HISTORICA_DE_SU_DESARROLLO

- Calasanti, T. (2004). Feminist Gerontology and Old Men. *Journal of gerontology*, 59B(6), 305-314.
- Calero, S., Klever, T., Caiza, M., Rodríguez, A. y Analuiza, E., (2016). Influencia de las actividades físico-recreativas en la autoestima del adulto mayor. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 35(4), 366-374.
- Carbajal, M., Ciarniello, M., Lladó, M., & Paredes, M., (2010). El envejecimiento y la vejez desde la perspectiva de los actores políticos. En S. Huenchuan, et al. *Envejecimiento, género y políticas públicas* (pp. 119- 142). Zonalibro.
- Carbajo, M. (2008). La historia de la vejez. *Ensayos*, (18), 237-254.
- Caro, G. (2019). Ética y psicoterapia: Una perspectiva sociocultural. *Revista de Psicoterapia*, 30 (213), 73-91.
- Carrasco, S. (Diciembre, 2014). *El enfoque centrado en soluciones en la terapia de parejas. Presentación de caso clínico*. Colegio de psicólogos de Chile.
<https://www.psicoterapiacentradaensoluciones.cl/wp-content/uploads/2017/03/Enfoque-Centrado-en-Soluciones-en-Terapia-de-Parejas.pdf>
- Castillo, I., Ledo, H., y Del Pino, Y., (2012). Técnicas narrativas: un enfoque psicoterapéutico. *Norte de Salud Mental*, 10(42), 59-66.
- Cataldo, R. (2020). La toma de decisiones éticas en psicología: una aproximación teórica y su problematización. *Investigaciones en Psicología*, 25(1), 41-45.
<https://doi.org/10.32824/investigpsicol.a24n2a32>
- Cerquera, A., Galvis, M., & Cala, M., (2012). Amor, sexualidad e inicios de nuevas relaciones en la vejez: percepción de tres grupos etarios. *Psychologia. Avances de la Disciplina*, 6(2), 73-81.
- Combs, G., & Freedman, J. (2016). Narrative therapy's relational understanding of identity. *Family Process*, 1-14.

- CONEVAL (2021). Estadísticas de pobreza en el Estado de México.
<https://www.coneval.org.mx/coordinacion/entidades/EstadodeMexico/Paginas/principal.aspx>
- Curcio, C. (2010). Investigación y Envejecimiento: del dato a la teoría. *Hacia la Promoción de la Salud*, 15(1), 144-166.
- Curcio, C. (2014). Envejecimiento exitoso: consideraciones críticas. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 28(1), 1955- 1977.
- D'Andrea, L., Benitez, R., & Franzo, A., (2014). Envejecimiento y medicalización. Ensenada, Argentina.
- De Shazer, S. (1986). *Claves para la solución en terapia breve*. Barcelona: Paidós.
- Desatnik, O., Franklin, A. y Rubli, D., (2011). Supervisión y sistema terapéutico. En: Espinosa, M. y Montalvo, J. (Eds.). *Supervisión y terapia sistémica: Modelos, propuestas y guías prácticas* (pp. 53-70). Ediciones INFASI.
- Dulcey, E. (1982). La psicología gerontológica: desarrollo y perspectivas. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 14(3), 299-304.
- Eguiluz, L. (2004). *Terapia familiar. Su uso hoy en día*. México: Pax México.
- Espinosa, R. (2016). Resiliencia familiar y ruptura de la pareja. En N. Zecovo, *Parentalidad y divorcio. Desencuentros en la familia latinoamericana* (págs. 33-50). Costa Rica: ALFEPSI.
- Freixas, A. (1997). Envejecimiento y género: otras perspectivas necesarias. *Anuario De Psicología*, 73, 31-42.
- Freixas, A. (2006). Comprender la compleja y sutil vida de las mujeres mayores. *Revista M y S*, 16-17.
- Freixas, A., Luque, B., & Reina, A. (2012). Critical feminist gerontology: in the back room of research. *Journal of Women & Aging*, 24, 44-58.

- Friedman, S. (2005). *Terapia familiar con equipo de reflexión. Una práctica de colaboración*. Argentina: Amorrortu.
- Fruggeri, L. (2001). Los conceptos de mononuclearidad y plurinuclearidad en la definición de familia. *Revista del Centro Milanese di Terapia della Famiglia*, 8, 11- 22.
- García, J. (2012). Narrativas y psicopatología. En García, J., *Técnicas narrativas en psicoterapia* (pp. 38-40). Madrid: Editorial Síntesis.
- Garrido, M. (Abril, 2016). *¿Cómo equivocarse en terapia breve centrada en soluciones?*. Instituto Terapia Centrada en Soluciones Latinoamérica.
<https://www.psicoterapiacentradaensoluciones.cl/wp-content/uploads/2017/03/C%C3%B3mo-equivocarse-en-TBCS.pdf>
- Gergen, K., y Gergen, M. (2011). *Reflexiones sobre la construcción social*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Gergen, K., y Warhus, L. (2001). La terapia como una construcción social: dimensiones, deliberaciones y divergencias. *Sistemas Familiares*, 17 (1), 11-27
- Glendenning, J., Quéniart, A., & Charpentier, M., (2017). Men's Attitudes to Aging: Threatened, Performed and Negotiated Masculinity. *International Journal Of Gender Studies*, 6(11), 126-153.
- González, C. (2011). La supervisión en Terapia Breve Sistémica. En M. Espinosa y J. Montalvo (Eds.). *Supervisión y terapia sistémica: Modelos, propuestas y guías prácticas* (pp. 131-150). Ediciones INFASI.
- González, S., y Campillo, M. (2016). Análisis de las intervenciones en terapia narrativa: a través de los mapas de las conversaciones. *Revista de Psicología. Procesos Psicológicos y Sociales*, 12(1), 1-54.
- Guerra, P. (Abril de 2019). El concepto de cuarta edad; realidad demográfica y respuestas de política pública. Los casos de España, Alemania y Uruguay. (A. T. Parlamentaria, Ed.) Chile.

- Hernández, A. (2007). Supervisión de psicoterapeutas sistémicos: un crisol para devenir instrumentos de cambio. *Revista DIVERSITIAS Perspectivas en Psicología*, 3(2), 227-238
- Iacub, R. (2002). La postgerontología: hacia un renovado estudio de la gerontología. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 34(1-2), 155-157.
- Iacub, R. (2013). Nuevas reflexiones sobre la posgerontología. *Revista Kairós Gerontología*, 16(4), 295-311.
- Iacub, R. (2014). Masculinidades en la vejez. *Voces en el Fénix*, 5(36), 38-47.
- Iacub, R. (2015). El poder y la vejez. Los relatos y sus políticas. *Revista Kairós Gerontología*, 18(4), 439-453.
- Iacub, R. (2017). ¿Es posible ser varón en la vejez? *Red Latinoamericana de Gerontología*, 1-10.
- Instituto Nacional de las personas Adultas Mayores (INAPAM), (6 de febrero de 2019). Programa Institucional del Instituto Nacional de Personas Adultas Mayores. Diario Oficial de la Federación
https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5616097&fecha=16/04/2021#gsc.tab=0
- INEGI (2020) Natalidad y fecundidad. En: <https://www.inegi.org.mx/temas/natalidad/>
- INEGI (2020). Cuéntame INEGI.
https://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/mex/territorio/div_municipal.aspx?tema=me&e=15
- INEGI (2020). Nupcialidad. En: <https://www.inegi.org.mx/temas/nupcialidad/>
- INEGI (2021). Comunicado de prensa. Censo de población y vivienda 2020.
https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodemo/ResultCenso2020_EdMx.pdf

- INEGI (2021). Estadísticas a propósito del día internacional de las personas adultas mayores.
https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/EAP_ADULM_AYOR_21.pdf
- Jiménez, Y., Núñez, M., & Coto, E., (2013). La actividad física para el adulto mayor en el medio natural. *InterSedes*, 14(27). <https://doi.org/10.15517/isucr.v14i27.10413>
- Kaplan, S y Petetta, S. (2019). Acta académica del Congreso de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. *La cámara Gesell, una herramienta de entrenamiento para terapeutas sistémicos* (90-93). Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires.
- Kehl, S., y Fernández, J. (2001). La construcción social de la vejez. *Cuadernos de Trabajo Social*(14), 125-161.
- Lagarde, M. (2012). El feminismo en mi vida. Hitos, claves y topías. Gobierno de la Ciudad de México. Instituto de las Mujeres del Distrito Federal (INMUJERES D. F.).
- Lamas, M. (2000). Diferencias de sexo, género y diferencia sexual. *Cuicuilco*, 7(18), 1-24.
- Lara, R., Moreno, N. y Padilla, N. (2019). Estereotipos negativos hacia el envejecimiento en estudiantes universitarios del área de la salud. *SANUS*, 8, 10–25.
<https://doi.org/10.36789/sanus.vi8.107>
- Lewis, D., Medvedev, K., & Seponski, D., (2011). Awakening to the desires of older women. Deconstructing ageism within fashion magazines. *Journal Of Aging Studies*, 25(2), 101-109.
- Llanes, C. (2013). La sexualidad en el adulto mayor. *Revista Cubana de Enfermería*, 29(3), 223-232.
- López de Martín, S. (2011). Terapias breves: la propuesta de Michael White y David Epston. *Psicología Clínica y Psicopatología*, 134-137.
- Lozano, I. y Salinas, F. (2016). Conociendo nuestra sexualidad. Discriminación, sexualidad, derechos, salud, familia y homofobia en la comunidad LGBTTTI. De Consejo para prevenir y Eliminar la Discriminación de la Ciudad de México. Sitio

web: https://www.researchgate.net/profile/Ignacio_Lozano-Verduzco/publication/309480051_Conociendo_nuestra_diversidad_Discriminacion_sexualidad_derechos_salud_familia_y_homofobia_en_la_comunidad_LGBTTTI/inks/581299f508ae29942f3e8843/Conociendo-nuestra-diversidad-Discriminacion-sexualidad-derechos-salud-familia-y-homofobia-en-la-comunidad-LGBTTTI.pdf

- Magnabosco M. (2014). El Construccinismo Social como abordaje teórico para la comprensión del abuso sexual. *Revista de Psicología (PUCP)*, 32(2), 219-242.
- Mardones, R., y Albornoz, A. (2014). Una reflexión sobre la terapia narrativa en contexto de formación y aplicación. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBSP*, 12(1), 100-119.
- Martínez, M., Polo, M., & Carrasco, B., (2002). Visión histórica del concepto de vejez en las sociedades antiguas. *Cultura de los cuidados*, 6(11), 40-46
- Martínez, T., González, C., Castellón, G., & González, B., (2018). El envejecimiento, la vejez y la calidad de vida: ¿éxito o dificultad? *Finlay*, 8(1), 59-65.
- Medina, A. y Beyebach, M. (2014). El impacto de la formación y de la supervisión centralizada en soluciones sobre las creencias, las prácticas y el burnout de los profesionales del sistema de protección infantil en Tenerife. *Revista de la Federación Española de Asociaciones de Terapia Familiar*, (59), 36-55.
- Minuchin, S. (1984). *Técnicas de terapia familiar*. México: Paidós.
- Miralles, I. (2010). Vejez productiva. El reconocimiento de las personas mayores como un recurso indispensable en la sociedad. *KAIROS. Revista de Temas Sociales*, 14(26), 1-14.
- Niño, M. (2011). La salud en vejez desde una mirada de género. *Género y Salud En Cifras*, 9(3), 1-12.
- Ochoa de Alda, I. (1995). *Enfoque en terapia familiar sistémica*. Barcelona: Herder.
- O'Halon, W., y Weiner- Davis, M. (1993). *En busca de soluciones*. Barcelona: Paidós.
- Oltra, S. (2013). El autocuidado, una responsabilidad ética. *Revista GPU*, 9(1), 85-90.

- Padilla, N. (2012). Estrategias de emparejamiento en población mexicana. Tesis para obtener grado de doctorado. *Universidad Nacional Autónoma de México*, México
- Padilla, N. y Díaz-Loving, R. (2012). El impacto de la cultura y la familia en la elección de pareja: diferencias entre hombres y mujeres. *Psicología Iberoamericana*, 20(1), 9-17.
- Parales, C., y Dulcey- Ruíz, E. (2002). La construcción social del envejecimiento y de la vejez: un análisis discursivo en prensa escrita. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 34(1-2), 107-121.
- Payne, M. (2002). Fundamentos de la terapia narrativa. En M. Payne, *Terapia narrativa. Introducción para profesionales* (págs. 35-59). España: Paidós.
- Paz, J. (2011). Los desafíos laborales del envejecimiento de la población en América Latina y el Caribe. *Revista Latinoamericana de Población*, 5(9), 123–1444. <https://doi.org/10.31406/relap2011.v5.i2.n9.6>
- Pedrero, E., Moreno, P. y Moreno, O., (2018). Sexualidad en Adultos Mayores: Estereotipos en el Alumnado Universitario del Grado de Educación Primaria. *Formación universitaria*, 11(2), 77–86. <https://doi.org/10.4067/s0718-50062018000200077>
- Pérez, L., Oropeza, R., López, J., & Colunga, C., (2014). Perspectiva sistémica del cuidado y calidad de vida del adulto mayor. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 17(2), 784- 801.
- Pinillos, Y. y Quintero, M. (2017). Envejecimiento y vejez: del concepto y la teoría a la funcionalidad del adulto mayor. En M. Quintero, et al. *Ejercicio físico para la condición física funcional en el adulto mayor* (pp. 31-50). Universidad Simón Bolívar.
- Pino, K., Murillo, M., y Suárez, L. F., (2019). Acompañamiento al enfermo crónico o terminal y calidad de vida en familia. *Poiésis*, 36, 126–146. <https://doi.org/10.21501/16920945.3194>

- Piña, M. y Gómez, V. (2019). Envejecimiento y género: Reconstruyendo los roles sociales de las personas mayores en los cuidados. *Revista Rupturas*, 23–38.
<https://doi.org/10.22458/rr.v9i2.2521>
- Plaza. M., Requena, C., & Álvarez, P., (2017). La narrativa gerontológica. Perspectiva subjetiva del conocimiento en la vejez. *INFAD Revista de Psicología*, 1, 57-66.
- Pope, K. & Vasquez M. (2011) *Ethics in psychotherapy and counselling* (4° ed.). Nueva Jersey, NJ: John Wiley and Sons
- Randall, W., Baldwin, C., McKenzie-Mohr, S., McKim, E., & Furlong, D. (2015). Narrative and resilience: A comparative analysis of how older adults story their lives. *Journal Of Aging Studies*, 34, 155-161.
- Rendón, L., y Pachecho, R. (2019). Terapia narrativa aplicada a un caso de ansiedad generalizada en un adolescente de 14 años. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBSP*, 17(2), 236-268.
- Rivera, M. y Pérez, M. (2012). Evaluación de los recursos psicológicos. *Uaricha Revista de Psicología*, 9(19), 1–19.
- Rondón, A., Otálora I. y Salamanca Y. (2009). Factores que influyen en la deserción terapéutica de los consultantes de un centro universitario de atención psicológica. *International Journal Of Psychological Research*, 2(2), 137-147.
- Russell, M., & Carey, S. (2003). Re- authoring: some answers to commonly asked questions. *The International Journal Of Narrative Therapy an Community Work*, 2003(3), 60-71.
- Russell, S. y Carey M. (2003). Prácticas con testigos externos: respuesta a las preguntas más frecuentes.
https://narrativepractices.com.au/attach/pdf/Carey_y_Russell_Testigos_externos.pdf
- Russell, S., & Carey, M. (2002). Externalising - commonly asked questions. *The International Journal Of Narrative Therapy and Community Work*, 2002(2), 76-84.

- Russell, S., y Carey, M. (2004). Re- memoranza: repuesta a las preguntas mas frecuentes. https://narrativepractices.com.au/attach/pdf/Carey_y_Russell_Remembranza.pdf
- Salazar, M. (2015). Aproximaciones desde la gerontología narrativa: la memoria autobiográfica como recurso para el desarrollo de la identidad en la vejez. *Anales de Gerontología*, (7), 41-68.
- Santana, J. (2016). La geriatría, la gerontología y piscogerontología en la revista Archivo Médico de Camagüey. *Revista Archivo Médico*, 20(2), 108-113.
- Schade, N., Beyebach, M., Torres, P., & González, A. (2009). Terapia familiar breve y atención primaria: un caso de trastorno somatomorfo. *Terapia Psicológica*, 27(2), 239-246.
- Seguridad, Justicia y Paz. Consejo ciudadano para la seguridad pública y justicia penal (2018). La violencia en los municipios de México.
- Shoemake, E. (2007). Human mate selection theory: an integrated evolutionary and social approach. *Journal of Scientific Psychology*, 35-41.
- Simpson, J. & Gangestad, S. (1991). Individual differences in sociosexuality: Evidence for convergent and discriminant validity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(6), 870–883.
- Sluzki, C. (1987). Cibernética y terapia familiar: un mapa mínimo. *Sistemas Familiares*. Págs. 65-70.
- Solution Focused Brief Therapy Association. (2013). Solution- focused therapy treatment manual for working with individuals (2nd version). doi:10.1093/acprof:oso/9780195385724.003.0015
- Szmulewicz, T. (2013). La persona del terapeuta: eje fundamental de todo proceso terapéutico. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría* 51(1) pp. 61-69.
- Tarragona, M. (2006). Las terapias posmodernas: una breve introducción a la terapia colaborativa, la terapia narrativa y la terapia centrada en soluciones. *Psicología Conductual*, 14(3), 511-532.

- Tomm, K. (2004). Deconstrucción y terapia. En M. White, *Guías para una terapia familiar sistémica* (págs. 19-56). Barcelona: Gedisa.
- Tomm, K. (2004). Externalización del problema e internalización de la posición como agente. En Michael White (Eds.), *Guías para una Terapia Familiar Sistémica* (pp. 9- 17).
- Trejo, C. (2001). El viejo en la historia. *Acta Bioethica*, 7(1), 107-119.
- Valdez J., González, N. y Sánchez, Z. (2005) Elección de pareja en universitarios mexicanos. *Enseñanza e investigación en psicología*, 10(2), 355-367.
- Valdez, J., González, N., Arce, J. y López, M. (2007). La elección real e ideal de pareja: un estudio con parejas establecidas. *Interamerican Journal of Psychology*, 41(3), 305-311.
- Valdez, C., Martínez, C., Ahumada, J., Caudillo, L. y Gámez, M. (2018). Manifestación de homofobia internalizada en adolescentes y jóvenes al norte de México. *Health and Addictions/Salud y Drogas*. 18, 2 (jul. 2018), 101–110.
DOI:<https://doi.org/10.21134/haaj.v18i2.379>.
- Vega, B., Musi, M., y Almada, C. (2014). Efectividad de tres encuadres de terapia breve sistémica para mejorar la satisfacción familiar. *Revista de Psicología Científica*, 16(8).
- Veloso, V., Brito, R. & Da Silva, C. (2014). Comparison of partner choice between lesbians and heterosexual Women. *Psychology*, 5(2), 134-141.
- Villafuerte, A. (2016). La práctica de la supervisión clínica en México: Una actividad profesional en desarrollo / Counseling supervision in Mexico: A professional activity under progress. *Multidisciplinary Health Research*, 1(2).
<https://doi.org/10.19136/mhr.a1n2.1560>
- Villanueva, L. (2015). Terapia centrada en soluciones: un triángulo equilátero. *Revista de Psicología*, 9(1), 121-125.
http://revistas.ucv.edu.pe/index.php/R_PSI/article/view/428

- Villar, F. y Serrat, R. (2015). El envejecimiento como relato: Una invitación a la gerontología narrativa. *Revista Kairós Gerontología*, 18(2), 09-29.
- Villar, F. y Serrat, R. (2017). Hable con ellos: cuidados narrativos en el marco de una atención centrada en la persona. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 52(4), 216-222.
- Villar, F. y Serrat, R. (2015). El envejecimiento como relato: Una invitación a la gerontología narrativa. *Revista Kairós Gerontología*, 18(2), 9-29.
- Villarreal, G. y Rodríguez, A. (2020). Autocuidado en el psicólogo. *Poiésis*, (39), pp. 106-126. DOI: <https://doi.org/10.21501/16920945.3758>
- White, M. (2002). Notas del taller. <https://dulwichcentre.com.au/notas-del-taller-por-michael-white.pdf>
- White, M. (2004). Decir de nuevo: ¡Hola!. La incorporación de la relación perdida en la resolución de la aflicción. En M. White, *Guías para una terapia familiar sistémica* (págs. 57-68). Barcelona: Gedisa.
- White, M. (2016). *Mapas de la práctica narrativa*. Santiago de Chile: PRANAS Chile.
- White, M., & Epston, D. (1993). Una terapia relatada. En M. White y D. Epston, *Medios narrativos para fines terapéuticos* (pp. 89-184). Editorial Paidós.
- Yuni, J., & Urbano, C. (2008). Envejecimiento y género: perspectivas teóricas y aproximaciones al envejecimiento femenino. *Revista Argentina de Sociología*, 6(10), 151-169.
- Zambrano, C., Ceballos, A. y Ojeda, D. (2017). Reconocimiento de la orientación sexual homosexual. *Psicoespacios*, 11(19). 60-78.
- Zavala, M. (2014). Las ceremonias de definición. La propuesta narrativa para los equipos de reflexión. Una revisión de las ideas. *Revista de Psicología. Procesos Psicológicos y Sociales*, 10(1 y 2), 1-18.
- Zetina, M. (1999). Conceptualización del proceso de envejecimiento. *Papeles de población*, 5(19), 23-41.

Zlachevsky, A. (2012). Constructividad y Razón narrativa: bases para un operar en terapia narrativa. *Revista de Psicología*, 21(2), 237-259.