



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

**LA TERAPIA SISTÉMICA Y POSMODERNA COMO ACTO DE RESISTENCIA
CONTRA LA NOCIÓN HEGEMÓNICA DE VEJEZ**

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

PRESENTA:
RODRIGO MURGUÍA RODRÍGUEZ

PRESIDENTA:
MTRA. OFELIA DESATNIK MIECHIMSKY
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

VOCAL: DR. ALEXIS IBARRA MARTÍNEZ
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

SECRETARIO: MTRO. GERARDO RESÉNDIZ JUÁREZ
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

SUPLENTE: MTRA. CARMEN SUSANA GONZÁLEZ MONTOYA
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

SUPLENTE: MTRA. LAURA EDITH PÉREZ LABORDE
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

LOS REYES IZTACALA, TLALNEPANTLA, ESTADO DE MÉXICO, JUNIO, 2019



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

*“¿Cuál es la pauta conecta al cangrejo con la langosta
y a la orquídea con el narciso, y a los cuatro conmigo? ¿Y a mí contigo?”*
Gregory Bateson (1979)

El mero acto de agradecer implica una y varias cosas a la vez. Implica reconocer la existencia del otro, implica reconocer su importancia en nuestras vidas, pero más importante aún, implica reconocernos como pequeñísima parte de una totalidad; más que una sumatoria, una comunión de voluntades.

Este trabajo representa dos años (o más, según como se quiera mirar) de constante esfuerzo, angustias, risas, llantos, éxitos, dilemas, certezas y experiencias, que ya no están, pero cuya estela permanece.

Quiero agradecer a las voluntades que se unieron para que fuera posible.

Gracias,

A mi mamá y papá, por su apoyo, su cariño, sus lecciones (que cada vez cobran más sentido) y su comprensión.

A mis hermanos, por su atención y apoyo.

A Lupe, por su amor, apoyo, amistad, comprensión y aceptación.

A Hugo, Gabo, Diego, Lino, Sebas, Mer, Areli, Gaby, Bere y Jacque, por su amistad.

A mis compañeras y compañeros de la formación, por su amistad, apoyo y cariño.

A Ofelia por su cercana guía y orientación, su apoyo y amistad.

A Alexis, Gerardo, Susy, Laura, Chayo, Ligia, Nérida, Xóchitl, por su cálida y cercana orientación.

A Gaby Q.E.P.D por confiar en mí como terapeuta y acogerme en Proyecto Andares
A Cuqui Toledo, por su gran disposición y experiencia vertidas en la conversación que tuvimos.

A mis consultantes.

A la UNAM, por ser esa maravillosa morada durante dos años.

Al CONACYT, por el apoyo otorgado.

A los lugares en los que estuve.

GRACIAS.

Índice

<i>Resumen</i>	1
<i>Capítulo 1. Análisis del campo psicosocial</i>	2
1.1 Principales problemas que presentan las familias atendidas.....	6
1.2 Descripción de las sedes donde se realizó la experiencia clínica.....	15
1.3 Cuadro de familias atendidas.....	17
<i>Capítulo 2. Marco teórico</i>	28
2.1 Análisis y discusión de los temas que sustentan los casos clínicos	
2.1.1 Una mirada hacia la vejez.....	29
2.1.2 La vejez a través de la historia.....	32
2.1.3 Narraciones sobre la vejez, geriatría y gerontología.....	34
2.1.4 Estructuralismo.....	37
2.1.5 Postestructuralismo.....	39
2.1.6 Complejidad.....	43
2.1.7 Perspectiva de género y feminismo.....	44
2.1.8 El yo saturado, construccionismo social y la construcción social de la vejez.....	48
2.1.9 Miradas desde la terapia sistémica y posmoderna como resistencia...	55
2.2 Modelos que guiaron los casos clínicos	
2.2.1 Prácticas narrativas.....	58
2.2.2 Terapia breve centrada en soluciones.....	73
<i>Capítulo 3. Casos clínicos</i>	83
3.1 Integración de dos expedientes de trabajo clínico	
3.1.1 Descripción del caso 1 “María”.....	84
3.1.2 Descripción del caso 2 “Gloria”.....	86
3.2 Análisis y discusión teórico metodológica de la intervención clínica con los dos casos elegidos	
3.2.1 Caso 1 “María”.....	87
3.2.2 Caso 2 “Gloria”.....	98
3.3 Análisis del sistema terapéutico total.....	106
<i>Capítulo 4. Consideraciones finales</i>	111
4.1. Resumen de las competencias profesionales adquiridas: teórico conceptual, clínicas, investigación, difusión, prevención, ética y compromiso social.....	111

4.1.1. Habilidades teórico conceptuales.....	111
4.1.2. Habilidades clínicas	115
4.1.3. Habilidades de investigación.....	116
4.1.4. Habilidades de difusión y prevención.....	118
4.1.5. Habilidades de intervención.....	121
4.1.6. Ética y compromiso social.....	123
4.2. Reflexión y análisis de la experiencia.....	126
4.3. Implicaciones en la persona del terapeuta y en el campo profesional.	129
<i>Referencias Bibliográficas</i>	<i>131</i>

Resumen

El presente trabajo recoge mis experiencias como terapeuta en formación en la Residencia de Terapia Familiar de la FES Iztacala. En el Capítulo 1, se aborda de manera general el concepto de familia y sus implicaciones en la sociedad. Posteriormente, se dibuja un panorama del estado actual de la sociedad mexicana, y los retos que enfrentan las familias en el país. Enseguida, se describen los escenarios en los que tuvo lugar la formación y se presentan de manera general los casos atendidos durante la misma.

El Capítulo 2 presenta el marco teórico en torno al tema principal que articula el análisis de los casos: la vejez. Se describen sus dilemas e implicaciones sociales a través de la modernidad y la posmodernidad a partir de las nociones de identidad, poder, conocimiento, cambio, movimiento y justicia social y se describen las epistemologías y modelos que guiaron mi quehacer terapéutico.

El Capítulo 3 detalla el análisis de dos casos atendidos durante la formación, a partir del tema central y la epistemología sistémica posmoderna.

Finalmente, en el Capítulo 4 delinea las habilidades teórico conceptuales, clínicas, de investigación, difusión, prevención, ética y compromiso desarrolladas y presenta los productos de ellas, así como una reflexión final a nivel personal y sobre el campo terapéutico y quehacer profesional.

Capítulo 1. Análisis del campo psicosocial

1.1 Principales problemas que presentan las familias atendidas

Durkheim (citado en Esteinou, 2004) detallaba una tendencia hacia una creciente simplificación de las instituciones familiares a través de la historia cuando describe el paso del clan exógamo amorfo hasta la familia conyugal monogámica moderna. Pese a que la familia nuclear precede al periodo de la Revolución Industrial, éste contribuyó a difundir y asentarla en distintos sectores sociales. Así, transitó hacia sus funciones actuales de socialización y transmisión de valores culturales, abandonando otras que fueron asumidas por otras instituciones como las escuelas o fábricas. Con lo anterior, se cimentaron también los valores actuales de la familia como su relativa libertad y autonomía respecto a la comunidad, la formación de la pareja a partir de la elección mutua de los participantes y no de arreglos ajenos a ellos y las relaciones de cariño, cuidado e intimidad afectiva entre sus integrantes.

Con el paso del tiempo, en el siglo XX, hacia la década de 1950 y hasta la actualidad el modelo de familia dominante comienza a ser asociado con los valores occidentales, concretamente el estereotipo de familia norteamericana: perteneciente a la clase media, con límites bien definidos entre sus miembros y de orientación individualista (Betrandó & Toffanetti, 2000; Kağıtçıbaşı, 2017).

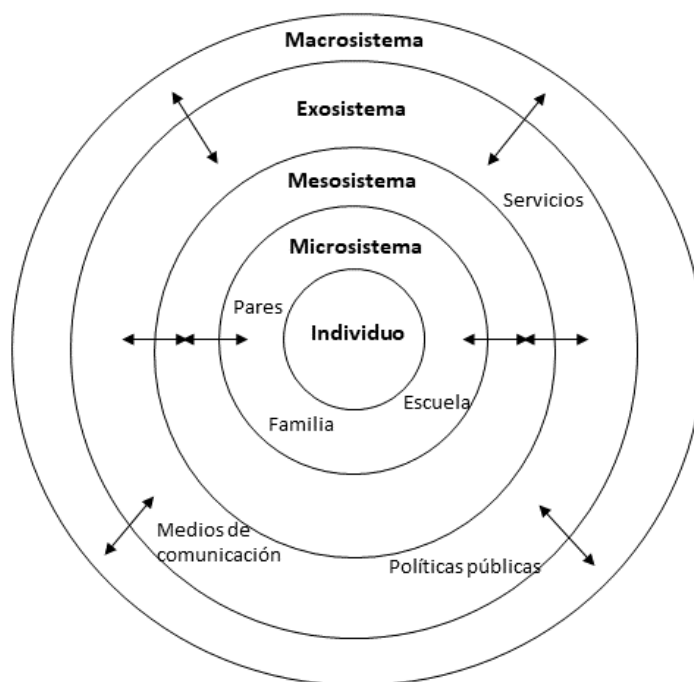
Lesme (2016) describe la ambivalencia que las familias representan, en tanto pueden ser el espacio seguro, privilegiado que provee de cuidados y de las primeras experiencias de convivencia al individuo o bien, fuente de desavenencias y problemas. Sumando elementos a la complejidad, Minuchin (1974) destaca la necesidad de estudiar al individuo en su contexto, específicamente en la familia, que describe como una extensión de la mente, enfatizando que su organización y estructura moldea a los individuos. A su vez Kağıtçıbaşı (2017) desarrolla en su obra la relación entre el self, la sociedad, la familia y declara que en la psicología ha habido una fuerte tendencia hacia modelos teóricos que eliminan el contexto, en

favor del individuo como unidad de análisis. Señala el Modelo Ecológico de Bronfenbrenner como una mirada que introduce una noción ecológica-contextual que ha servido como base para el estudio de las culturas.

Bronfenbrenner (1987) privilegia en su trabajo una concepción fenomenológica y la investigación naturalista. Concibe al individuo en interacción con el ambiente, constituido por sistemas contenidos unos a otros de manera sucesiva. Parte de la manera en que el individuo percibe al ambiente y plantea que el desarrollo acontece cuando se experimenta un cambio perdurable en la relación entre éste y dichos sistemas. Por tanto, denomina Ecología del Desarrollo Humano al estudio de los procesos de acomodación que se dan de manera mutua entre individuo y los sistemas en que se encuentra. Los sistemas que se describen en dicho modelo son:

- **Microsistema.** El entorno más inmediato con el que el individuo interactúa, con todas las características físicas y relaciones incluidas en el mismo. Por ejemplo la familia, la escuela, el trabajo, etc.
- **Mesosistema.** La relación entre dos o más entornos de los que la persona forma parte activa. Se trata de un sistema compuesto por microsistemas. Un ejemplo lo constituye la relación entre el trabajo y la familia.
- **Exosistema.** Uno o dos entornos en los que el individuo no participa activamente pero que influyen en los entornos en los que sí lo hace o que se ven influidos por éste. Por ejemplo en el caso de un padre de familia, la escuela a la que asisten sus hijos.
- **Macrosistema.** Las creencias y/o ideologías asociadas con los sistemas de menor orden, en cierta cultura o subcultura. Un ejemplo sería el conjunto de ritos de pasaje de los habitantes de la Ciudad de México.

Figura 1. Descripción del Modelo Ecológico



El Modelo Ecológico de Bronfenbrenner da cuenta de la necesidad de visualizar a la familia y a otros sistemas como inscritos dentro de otros mayores, pensando no sólo en cómo son determinados por aquéllos en que están contenidos, sino cómo también ejercen influencia, en una relación mutua de circularidad, en lugar de una lineal. Asimismo, se vuelve difusa la separación entre el ámbito individual y el social, pudiendo enfocar en distintos niveles de análisis, pero no de manera separada, fenómenos sociales.

La familia como sistema es abordada también a partir de la Teoría General de Sistemas y la Cibernética. Desde esta perspectiva la familia es vista como un organismo, y la atención se centra en la organización, la estructura, los procesos y las relaciones en ella. Andolfi (1991) resume en tres aspectos esta visión:

- A) La familia es un sistema en constante transformación, en el tránsito por distintas situaciones que atraviesa, en la cual fluctúa entre estados de permanencia (homeostasis) y cambio, mantenidos por procesos de retroalimentación. Si las reglas que gobiernan a la familia se mantienen rígidas, es decir, existe una tendencia perpetua hacia la homeostasis, sus miembros pueden presentar comportamientos patológicos.

- B) La familia es un sistema que se autogobierna, los procesos de cambio y permanencia en la familia le permiten autorregularse y persistir a lo largo del tiempo, definiéndose y redefiniéndose constantemente.
- C) La familia es un sistema abierto y está en constante interacción con otros sistemas y la relación es circular, en tanto que influye y es influida por ellos.

Sin embargo, como Rosenblatt (citado en Fruggeri, s.f.) plantea, la concepción sistémica, a pesar de representar un intento útil por aprehender la complejidad de las familias, no estuvo libre de prejuicios, al menos en un primer momento, pues referirse a la familia era hacerlo a la familia nuclear blanca, heterosexual con hijos biológicos. En el seno de esta concepción se asentaban prejuicios como el machismo, hacia configuraciones distintas hacia la familia nuclear, hacia las familias monoparentales, étnicos y heterosexistas.

Como señala Rapoport (citado en Fruggeri, s.f.) actualmente se ha dejado de hablar de un modelo único de familia a favor de la diversidad y pluralidad de configuraciones familiares. Este curso ha seguido un proceso de señalamiento de los prejuicios hacia la diferencia, despatologización de lo que es diferente y el énfasis en la especificidad en las configuraciones familiares.

Fruggeri (s.f.) describe cómo las configuraciones familiares actuales en sus distintas presentaciones presentan discontinuidades respecto a ciertos elementos, representando un rompimiento con la familia nuclear tradicionalmente entendida:

- Discontinuidad entre función conyugal y función parental
- Discontinuidad entre roles familiares y roles de género
- Discontinuidad entre núcleo familiar y familia
- Discontinuidad entre cultura familiar y cultura del contexto social
- Discontinuidad entre parentalidad biológica y socio-afectiva

Estas discontinuidades marcan la existencia de nuevos tipos de configuraciones familiares, señaladas por Fruggeri:

- **Familias mono-parentales.** Aquellas familias compuestas por uno de los progenitores y sus hijos.

- **Familias post-separación.** La familia en que los cónyuges se han decidido separar aunque ambos están presentes.
- **Familias con padre o madre en viudez.** El padre o madre ha muerto pero su recuerdo permanece en la familia. Esta situación representa retos especialmente al cónyuge, pues su proyecto de vida cambia y su autoconcepto se pone en duda, así como la manera en que se conduce con sus hijos, modificando totalmente la dinámica familiar.
- **Familias recompuestas post-separación.** Familia en donde después de una separación conyugal uno de los dos progenitores se vincula con otra persona que se puede agregar con sus hijos y formar una nueva familia.
- **Familias recompuestas post-viudez.** Familias recompuestas de manera posterior al fallecimiento de uno de los progenitores.
- **Comunidades de familias.** Son núcleos compuestos por varias familias que comparten espacios al interior de una misma casa o comunidad y en donde son de bien común los bienes, tiempo, etc.

Cualquier clasificación que se pudiera hacer sobre lo que es una familia se ve rebasada por la realidad. El contexto actual demanda un continuo cuestionamiento y reconfiguración de los marcos de referencia sobre el estudio de las familias para no reproducir estereotipos, así como apertura hacia nuevas y diversas formas de configuraciones familiares.

1.1 Principales problemáticas que presentan las familias en México

Desde el México prehispánico se observaba la presencia de estructuras familiares grandes y complejas. En esa época, la concepción más cercana a lo que hoy se llama familia lo constituía el *cemihualtin* o patios en los que cohabitaban varios conjuntos de pobladores. Prevalecía entonces una estructura familiar extensa, en donde había una integración con la comunidad, cuya voz influía sobre la vida familiar. Los enlaces conyugales eran arreglados con base en los intereses de la comunidad y la recién formada pareja residía en casa de los padres, sometidos a la voluntad del padre; en un momento dado podían acceder a vivir en un espacio distinto separado de la autoridad de los padres en el momento en que la sociedad

así lo decidiera. Hacia la conquista, con el ingreso de la Iglesia Católica, se introdujo el matrimonio y toda su reglamentación consigo, entre lo que se encontraba la libre asociación en matrimonio, limitando así la participación de la comunidad en las decisiones de la pareja que existía hasta ese entonces e introduciendo una tendencia individualizadora, que fungió como catalizador en la época de la Colonia hacia una progresiva nuclearización de la familia (Esteinou, 2004).

Sin embargo, aún en el periodo colonial, los matrimonios tendían a ser arreglados, aunque en 1857, con las Leyes de Reforma, el matrimonio se sancionó mediante un contrato civil y poco a poco se fue enraizando la libertad de elección de pareja. Además, con la Ley de Relaciones Familiares en 1917, se estableció igualdad ante la ley entre hombres y mujeres en el matrimonio, aunque esto no supuso una paridad de roles dentro de la familia, ya que principalmente en la primera mitad del XX la gradual industrialización del país favoreció el empleo masculino y el rol de las mujeres se limitó a la esfera de lo privado. Hacia la década de 1970, la moral católica y la baja de la tasa de mortalidad en el país fueron factores que contribuyeron al desarrollo de la afectividad dentro de la familia y se fortalecieron los roles genéricos que ya existían. A partir de la misma década y hacia el siglo XXI el país se encaminó hacia la globalización y la modernidad y se crearon campañas de planificación familiar que resultaron en un descenso de la tasa de fecundidad. Otros cambios que comenzarían a generarse fueron la transición hacia estilos de crianza menos autoritarios, el aumento de la tasa de divorcios, las familias homoparentales y la flexibilización de los roles de género con la expansión de la incursión de las mujeres al mercado laboral (Esteinou, 2008).

Los retos de la sociedad mexicana son los retos de las familias mexicanas. Después de la dominación de un partido político en la mayor parte del siglo XX, y a casi 20 años de las esperanzas que con la alternancia llegaron y se fueron, la coyuntura actual del país presenta retos de suma complejidad para las familias mexicanas.

Un punto de partida para abordar las problemáticas de las familias es el de la desigualdad. La pobreza y la distribución inequitativa de la riqueza están

estrechamente relacionadas. Desde distintas organizaciones se deja claro que la pobreza y la desigualdad van más allá de solamente el ingreso económico de las personas y realzan la necesidad de considerar otros factores como el acceso a servicios de salud, educativos, vivienda, alimentación y la cohesión social (CONEVAL, s.f.; El Colegio de México, 2018).

Dicho lo anterior, para la misma organización (Diario Oficial de la Federación, 2010) la pobreza es la situación en que el ingreso de las personas no es suficiente para cubrir sus necesidades y que tienen déficits en el ámbito de la educación, acceso a servicios de salud, de seguridad social, de vivienda o alimentación. Como se observa en las cifras del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) (2017), en el año 2016 el 43.6% de la población mexicana (53.4 millones de personas) viven en pobreza y 7.6%, en pobreza extrema (9.4 millones de personas), los estados en donde se observa mayor prevalencia de personas en situación de pobreza son Chiapas (77.1%), Oaxaca (70.4%) y Guerrero (64.4%).

El mismo reporte hace un seguimiento desde 2010 a 2016 de la pobreza en México y muestra que el porcentaje de personas en situación de pobreza se redujo en 2016 (43.6%) respecto a 2014 (46.2%), 2012 (45.5%) y 2010 (46.1%). No obstante, el número de personas en esta situación en 2016 (53.4 millones) superó a las cifras observadas en los años 2012 (53.3 millones) y 2010 (52.8 millones). En cuanto a la pobreza extrema tanto en porcentajes como en cifras absolutas se observa una disminución en 2016 (7.6% que equivale a 9.4 millones) respecto a 2014 (9.5% que equivale a 11.4 millones), 2012 (9.8% que equivale a 11.5 millones) y 2010 (11.3% que equivale a 13.0 millones).

Sin embargo, como El Colegio de México (2018) menciona, el crecimiento económico suele beneficiar en mayor medida a las personas con mayores ingresos económicos, por tanto, es necesario analizar la distribución inequitativa de las riquezas. El estudio de las desigualdades permite comprender esta distribución inequitativa de las riquezas, así como al acceso a las oportunidades, subrayando su carácter relacional, la interseccionalidad de las disparidades, cómo las asimetrías

se van encadenando unas con otras a lo largo del ciclo vital de las personas y cómo los cambios sociales afectan de manera diferenciada a los grupos sociales, algunas veces incluso acrecentado brechas.

Asimismo CONEVAL destaca que es necesario propiciar un crecimiento económico elevado y sostenido, garantizar los derechos sociales y terminar con las desigualdades regionales (Diario Oficial de la Federación, 2010).

Además, existe una marcada precariedad laboral en México, como constata el Banco Interamericano de Desarrollo de acuerdo a su puntuación en el Índice de mejores trabajos que lleva a cabo en la región, del cual de los 17 países participantes, se ubica en el lugar 13 en materia de condiciones laborales. La puntuación máxima de dicho índice es de 100 puntos, sin embargo México obtuvo una de 50.3 puntos, siendo el promedio de 57.1. Destacan en rubros a mejorar la ocupación de la décima posición en formalidad laboral, la catorceava en trabajos con salario suficiente para superar la pobreza y su posición en el cuarto lugar en la brecha de género en el Índice de Mejores Trabajos (Animal Político, 2017).

Las pobres condiciones laborales y económicas interactúan con las dinámicas familiares. Cifras de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo muestran que de 2015 a 2017 renunciaron alrededor de 50 millones de personas a sus trabajos, de las cuales 21 millones 103 mil llegaron a tal decisión por asuntos relacionados con la familia. Se observa un importante componente de género ya que el 80% de estas renunciadas son de mujeres, quienes suelen conceder mayor importancia a un trabajo en el que puedan compaginar el cuidado de su familia, mientras que los hombres procuran empleos en los que tengan mayores ingresos (Higareda, 2017). Lo anterior se explica porque, como menciona Pederzini (2015) a pesar de los avances en el país materia de igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres, aún existe mucho trabajo por hacer, pues las mujeres siguen dedicando a las labores del hogar una cantidad mucho mayor de tiempo que los hombres, a pesar de contar con un trabajo remunerado; además estos esquemas de creencias y representaciones sociales de la división de tareas en la familia se

ven fortalecidos por las ventajas comparativas que tienen los hombres en el mercado laboral.

Además, gran parte de la población económicamente activa no cuenta con acceso a las instituciones de salud en México. Según datos del INEGI en 2017 62.2% de las personas que trabajan no tenían acceso a la salud, además de que 13.5 millones carecían de prestaciones (Miguel, 2017).

Las enfermedades crónico-degenerativas se vislumbran como el principal reto actual del Sistema Nacional de Salud. Condiciones como el cáncer, la diabetes, padecimientos cardiacos y asociados como la obesidad y el sobrepeso representan la causa del 50% de fallecimientos en México. La problemática que suponen estas condiciones es que implican mayores gastos para los servicios de salud que las afecciones gastrointestinales, que predominaban en la década de 1990 (Agencia EFE, 2018; Vergara, 2018).

Además de la gran incidencia de estas enfermedades y de su directa conexión con la muerte prematura de millones de mexicanos, éstas condicionan las vidas de las personas al deteriorar su calidad de vida y, en ocasiones, incapacitarles. Muchas de estas condiciones están asociadas a hábitos de vida poco saludables, por lo que una transición de la curación hacia un énfasis en la prevención y promoción de estos hábitos podría resultar útil (Coronel, 2017).

Educación

El acceso a la educación es uno de los puntos en los que OXFAM declara es necesario incidir para combatir la desigualdad en el país. Según esta asociación el rezago educativo en el país se ha reducido del 20.7% de población al 17.9%. Sin embargo, el panorama presenta aún obstáculos, ya que en 2016, el 53% de jóvenes entre 25 y 34 años tenía un nivel por debajo del medio superior, asimismo, en el mismo año solamente el 17% de las personas entre 25 y 64 años había cursado la universidad, lo que corresponde al porcentaje más bajo de los países de la OCDE (World Economic Forum, 2017).

Además, la educación en México es deficiente comparada con la de otros países, como aparece en un reporte de la asociación Mexicanos Primero (2017) que muestra que aún los niños de familias pobres en países como Vietnam, Canadá y Reino Unido aprenden más que los de las familias más ricas de nuestro país y que en una comparación entre los hijos de 15 años de las familias más ricas del país y los de las más pobres, éstos últimos presentan un rezago de 3.9 años de aprendizaje respecto a los primeros.

Uno de los objetivos respecto a la educación es que para el año 2030 se tenga una educación de calidad y que los alumnos cumplan sus ciclos escolares, pues en la actualidad, de acuerdo con OXFAM se reportan carencias en los planteles como falta de drenaje en el 48% de las escuelas, 31% sin agua potable, 12.8% sin sanitarios y 11.2% sin energía eléctrica. Además, otro de los retos de la educación en México es la deserción escolar, motivada por causas como problemas económicos, embarazos adolescentes, violencia o falta de interés. Según la SEP un 80% de los niños que ingresaron a primaria en 1999 en el país, abandonaron sus estudios en algún punto, 10 durante la primaria, 5 en el ingreso a la secundaria, 18 durante la secundaria, 2 al ingresar a bachillerato o carrera técnica, 21 durante el bachillerato, 4 dejaron inconclusas sus carreras técnicas, 6 en la transición hacia la universidad y 9 no terminaron su licenciatura. Lo anterior tiene también notables repercusiones en la economía, pues mientras más bajo sea el nivel educativo, menor la remuneración que recibirán estas personas en sus trabajos (Conde, 2017; De la Peña, 2014; Moreno, 2017).

Violencia, inseguridad y discriminación: Un escenario hostil para la población

Actualmente el país representa un contexto de hostilidad generalizado hacia la ciudadanía, como resultado de un cruce entre estructuras gubernamentales corruptas, el crimen organizado y la violencia social. El clima de inseguridad que se vive en México es atestiguado por datos como los que proporciona el Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública (SESNSP) en donde muestra que enero de 2018 fue el mes más violento desde el año 2011, con un conteo de 2 mil 545 homicidios dolosos durante ese mes, 82 asesinatos por día, con los estados

de Colima, Baja California y Guerrero encabezando la tasa de homicidios. Asimismo, datos del INEGI de 2017 reportan que el 75.9% de los mexicanos mayores de 18 años no se sienten seguros en su ciudad (Miranda, 2018).

La estrategia de seguridad contra el crimen organizado del gobierno de Felipe Calderón, que consistió en enviar al ejército a las calles a un combate frontal contra grupos armados, fuertemente cuestionada por la población, provocó un despunte en la violencia con consecuencias como alrededor de 150 000 muertes relacionadas con el crimen organizado y más de 30 000 desaparecidos (Expansión, 2018). La fundación Insight Crime (2014) reporta que los grupos del crimen organizado corrompen las instancias gubernamentales para infiltrarse en estas y enriquecer su poder, siendo la policía la organización prioritaria para esto. Según un análisis del año 2014 de la misma organización con el objetivo de evaluar en los países de Latinoamérica el poder de los grupos del crimen organizado para infiltrarse en el Estado, México aparece en primer lugar en el listado, citando a grupos criminales en contubernio con las autoridades.

Los actores individuales y a su vez, víctimas también, son los jóvenes faltos de oportunidades, de entornos desfavorecidos quienes ante un panorama poco alentador se ven cobijados por las garras del crimen organizado entre promesas de lujos, poder y en general de mejores condiciones de vida, valores pregonados por el neoliberalismo desde su incursión en México (Mestries, 2014).

En este escenario, donde la violencia abunda, se convierte en algo cotidiano, se normaliza y permea a la población en general. La discriminación implica también una forma de violencia, la cual está presente no sólo en los ámbitos laborales, familiares y escolares, sino también en las políticas públicas y en los organismos de gobierno (SIPE, 2016). Además de las desigualdades entre hombres y mujeres en México, según la UNICEF (2017) 2 de cada 3 mujeres en México son víctimas de violencia de cualquier tipo y al menos 7 mujeres son asesinadas al día, hechos perpetuados en distintos sectores por estereotipos machistas, la normalización de la violencia y la discriminación. Además, según datos del CONAPRED (2010) otras minorías como las personas homosexuales, lesbianas y bisexuales reportan tratos

injustos, pues uno de cada dos individuos pertenecientes a este colectivo piensa que la discriminación es el principal problema que enfrentan, al igual que lo reportan las minorías étnicas de nuestro país.

Vejez en México

De acuerdo con cifras del INGER (2018) en nuestro país el 9% de la población son personas mayores de 60 años y para el año 2050 está previsto que este porcentaje ronde el 20%.

Los adultos mayores están insertos en el contexto de precariedad económica y social del país con la condición añadida de que pertenecen a la tercera edad, esto resulta en un agravante más en un sistema que de por sí plantea retos para la ciudadanía. Una de las principales dificultades radica en que les es más difícil conseguir un empleo, pues no son valorados o son considerados inútiles para desempeñar labores. La Encuesta Nacional sobre Discriminación 2010 muestra que los principales problemas para esta población son económicos, de enfermedad y acceso a la salud y laborales. Según cifras de 2017 de la CONEVAL (citado en CONAPRED, s.f.), el 41.1% de personas adultas mayores en el país viven en condiciones de pobreza. Existen programas sociales como el Programa Pensión Para Adultos Mayores, que otorga 1060 pesos cada dos meses a sus cuentahabientes, así como el Programa de Vinculación Laboral para Personas Adultas Mayores; sin embargo, estos apoyos resultan insuficientes y cuentan con requisitos que, a veces, excluyen a quienes más lo necesitan, como personas de comunidades marginadas.

Muchas personas mayores a los 60 años en México tienen problemas de salud, pues solamente 4 de cada 10 hombres y 3 de cada 10 mujeres tienen buena o muy buena salud. En su mayoría, se presentan enfermedades crónicas, asociadas con estilos de vida poco saludables, siendo la diabetes la principal causa de discapacidad en personas mayores a 70 años, por lo que su condición está comprometida y suelen vivir bajo el cuidado de otras personas. En relación con esto, y probablemente por ser una sociedad colectivista, a diferencia de otras como la de Estados Unidos o Alemania, en México existe una tendencia a considerar que el

cuidado de las personas adultas mayores debe llevarlo a cabo la familia (INGER, 2016).

La OMS (2018) señala que durante la vejez se desarrollan estados o condiciones que se presentan de manera conjunta, que reciben el nombre de síndromes geriátricos. A pesar de que el envejecimiento es inevitable y existen factores como los genéticos que no se pueden cambiar, los hábitos saludables de vida pueden contribuir a un envejecimiento saludable, objetivo que forma parte de la *Estrategia y Plan de acción mundiales y la salud* de la OMS que marca cinco puntos de acción:

- Compromiso con el envejecimiento saludable
- Adaptación de los sistemas de salud a las necesidades de la población y sus preferencias, así como el reforzamiento de sus capacidades
- Instalación sistemas de atención crónica para los adultos mayores
- Impulsar la adaptación y la inclusión de personas adultas mayores así como combatir la discriminación y apoyar la autonomía
- Mejora de los sistemas de medición, control y análisis de los procesos de envejecimiento

El INGER (2018) señala que es importante combatir el estereotipo de que las personas adultas mayores son incapaces y dependientes y que estos estigmas influyen en el trato que estas personas reciben, a veces incluso siendo víctimas de maltrato por parte de su familia. Una perspectiva de envejecimiento saludable que motive y proporcione objetivos de vida a las personas adultas mayores es necesaria y la psicogerontología y las terapias psicológicas destacan como herramientas valiosas en este campo.

Además de la condición de persona adulta mayor, se debe prestar atención a cómo ésta interactúa con otras como el género, estatus social, etnia, religión, orientación sexual, entre otras, pues un análisis interseccional permite dar cuenta de los focos rojos donde es necesaria la atención, así como de los procesos de exclusión de las personas adultas mayores que ocurren en la sociedad.

1.2 Descripción de las sedes donde se realizó la experiencia clínica

La formación práctica de la Residencia en Terapia Familiar de la Maestría en Psicología en la FES Iztacala se desarrolla en tres sedes distintas. Se trabaja en equipos terapéuticos, en concordancia con el modelo de trabajo de la Escuela de Milán, descrito por Palazzoli (1978) de tal forma que mientras el o la terapeuta está con la familia en sesión, en un cuarto contiguo, separados por un espejo unidireccional, se encuentra el resto del equipo terapéutico, conformado por los demás compañeros en formación y el supervisor, observando la sesión.

La formación se lleva a cabo en tres escenarios distintos: la Clínica de Medicina Familiar Tlalnepantla del ISSSTE, en Valle Ceylán, el Colegio de Ciencias y Humanidades Azcapotzalco, de la UNAM y la Clínica de Terapia Familiar de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

Clínica de Medicina Familiar Tlalnepantla del ISSSTE, Valle Ceylán

Esta clínica ofrece servicios de salud a los cuentahabientes del ISSSTE.

Al igual que todos los servicios que se ofrecen, el servicio de Terapia Familiar es completamente gratuito.

El escenario en el que se desarrolla no cuenta con un espejo unidireccional que separe al equipo terapéutico de las familias y el terapeuta, por tanto se hace uso de un pizarrón para sugerir vías de intervención durante la terapia.

La población es mayoritariamente de la tercera edad y son frecuentes las dificultades asociadas con enfermedades, ya sea las propias o las de un ser querido.

Colegio de Ciencias y Humanidades Azcapotzalco

Durante la década de 1970, ante la alta demanda de estudiantes de nivel medio superior se propuso la creación de un proyecto educativo de calidad y con metodologías de enseñanza de vanguardia, es así que se creó el Colegio de Ciencias y Humanidades, cuyo primeros planteles ubicados en Azcapotzalco, Naucalpan y Vallejo fueron inaugurados en 1971. Actualmente existen cinco planteles (4 en Ciudad de México y 1 en Estado de México) que ofrecen educación

a 56 mil alumnos y cuentan con alrededor de 3 mil profesores (Colegio de Ciencias y Humanidades, s.f.).

CCH Azcapotzalco se localiza en Av. Aquiles Serdán No. 2060, en la colonia Ex-hacienda El Rosario, en la delegación Azcapotzalco, Ciudad de México.

El servicio de terapia familiar se ofrece a todos los alumnos y sus familias de manera gratuita, gestionado por el servicio de Psicopedagogía del propio plantel.

El espacio terapéutico no cuenta con espejo unidireccional, por lo que por medio de un pizarrón se hacen sugerencias durante el proceso terapéutico.

La población que solicita el servicio es mayormente adolescente y las problemáticas más comunes son deserción escolar, bajo rendimiento académico, problemas de conducta, dificultades familiares, depresión y violencia.

Clínica de Terapia Familiar FES Iztacala

La Facultad de Estudios Superiores Iztacala fue inaugurada en 1975 con el fin de ampliar la oferta educativa universitaria de la UNAM. Cuenta con 14 mil 500 alumnos inscritos en las licenciaturas ofertadas (Biología, Cirujano Dentista, Enfermería, Médico Cirujano, Optometría y Psicología) y alrededor de 300 en posgrado. Asimismo cuenta con clínicas de distintas especialidades que dan atención a la comunidad (Dávila & López, 2014).

La Clínica de Terapia Familiar forma parte de la Residencia de Terapia Familiar, de la Maestría en Psicología y está ubicada en el segundo piso del edificio de endoperiodontología. Se ofrece el servicio de terapia familiar, de pareja o individual a todo aquél que esté interesado con un costo de 50 pesos por sesión.

El espacio de la Clínica de Terapia Familiar cuenta con un espejo unidireccional, micrófono y una consola de audio, lo que le permite al equipo terapéutico detrás del espejo escuchar lo que acontece en sesión.

La población que suele acudir a esta clínica es variada, sin embargo es común que alumnos de la FES Iztacala asistan, así como personas de la propia comunidad de Los Reyes Iztacala.

1.3 Cuadro de familias atendidas

A continuación se muestra la Tabla 1, en la cual se presentan las familias atendidas por el equipo terapéutico en los distintos escenarios de la Residencia en Terapia Familiar, especificando el semestre en que fueron atendidas, el terapeuta, supervisor, motivo de consulta, modelo utilizado y el número total de sesiones.

Tabla 1. Familias atendidas

2° Semestre Sede	Terapeuta/Supervisor	Motivo de Consulta	Modelo/s	Número total de Sesiones y Conclusión del Caso
Clínica de Terapia Familiar FES Iztacala	Terapeuta Rodrigo Murguía Rodríguez Coterapeuta Berenice Lilia González Valderrama Supervisoras Dra. Iris Xóchitl Galicia Moyeda y Mtra. Ligia E. Torres Burgos	Cambio de conducta del hijo (no asistía a clases y adeudaba materias).	Modelo estructural	Sesión única Los padres comentaron que ya no iban a asistir a sesión y el padre reveló que solamente había solicitado el servicio utilizando a su hijo para volver con su esposa. Se conversó sobre las implicaciones que esto tendría en su hijo.
Clínica de Terapia Familiar FES Iztacala	Terapeuta Rodrigo Murguía Rodríguez Supervisoras Dra. Iris Xóchitl Galicia Moyeda y Mtra. Ligia E. Torres Burgos,	Problemas familiares (agresividad de la hija de la consultante hacia sus hijos).	Modelo estratégico	6 sesiones durante el semestre, el proceso continuó el siguiente semestre.
Clínica de Terapia Familiar FES	Terapeuta Nohemi Jacqueline Cruz Santiago	La usuaria de 40 años de edad reportó tener problemas en la relación con su hija. Se encontraba	Modelo de terapia breve centrada en soluciones y	Alta El proceso duró 4 sesiones de Febrero-Marzo del 2017.

Iztacala	Supervisoras Dra. Iris Xóchitl Galicia Moyeda y la Mtra. Ligia E. Torres Burgos y	muy preocupada por su hija de 21 años, debido a que no trabajaba, no estudiaba, tenía crisis de ansiedad y casi no quería salir. La usuaria tenía miedo que su hija se pudiera suicidar.	algunas preguntas narrativas	La usuaria reportó mejoría ante el motivo de consulta e identificó sus recursos.
Clínica de Terapia Familiar FES Iztacala	Terapeuta Ana Valdés Santiago Supervisoras Dra. Iris Xóchitl García Moyeda, Mtra. Ligia Torres Burgos, Dra. Nérida Padilla Gámez	Problemas con una relación sentimental.	Terapia narrativa	Alta 8 sesiones, 3 sesiones durante el semestre 2017 –2 y continuó durante el siguiente semestre. El consultante fue dado de alta por la conclusión de su objetivo terapéutico.
Clínica de Terapia Familiar FES Iztacala	Terapeuta Berenice Lilia González Valderrama Supervisoras Dra. Iris Xóchitl Galicia Moyeda y Mtra. Ligia E. Torres Burgos	Se solicitó el servicio por problemas de pareja. Él decidió continuar el proceso de forma individual para tomar una decisión en cuanto a seguir su relación con su esposa actual o intentar una relación con su exesposa.	Modelo de MRI	Alta 8 sesiones Decidió permanecer soltero y continuar con sus responsabilidades como padre con sus hijos con sus exparejas.
Clínica de Terapia Familiar FES Iztacala	Terapeuta Janer Manuel Balam Aguilar Supervisoras Ligia Torres Burgos	Problemas de conducta del hijo.	Modelo estratégico	Alta 8 sesiones Se reportaron cambios en la conducta del hijo, así como en la forma en cómo la madre lo trataba. No obstante, aún existían ciertos conflictos respecto a reglas y límites que debían reforzarse con la madre para mantener los cambios en el hijo.
CCH-Azcapotzalco	Terapeuta Nohemi	El joven de 17 años, fue referido al servicio por abuso de sustancias y	Perspectiva posmoderna Terapia narrativa	Terminó el proceso terapéutico de 9 sesiones. El joven reportó: “voy por buen camino”, “cada vez me siento

	Jacqueline Cruz Santiago Supervisor Dr. Alexis Ibarra Martínez	mezclar alcohol con clonodiazepam.	usando algunas técnicas del Modelo de terapia breve centrada en soluciones	más fuerte más capaz de conseguir mis metas” “eso me da fuerza de voluntad”.
CCH- Azcapotz alco	Terapeuta Rodrigo Murguía Rodríguez Supervisor Dr. Alexis Ibarra Martínez	Problema de relación con su esposo debido a una infidelidad	Terapia narrativa con algunos principios del Modelo de terapia breve centrada en soluciones	Alta 9 sesiones Comentó que en un principio se encontraba en una escala del 1 al 10 en un 4 y en la sesión de cierre en un 9 respecto a su situación.
CCH- Azcapotz alco	Terapeuta Ana Valdés Santiago Supervisor Dr. Alexis Ibarra Martínez	Problemas derivados de abuso sexual. Intento de suicidio. Problemas en la relación madre-hijas	Entrevista circular de Karl Tomm	Alta 8 sesiones La consultante resolvió con éxito la situación derivada del abuso, hubo algunas mejoras en la relación madre- hija. Posteriormente, la hija decidió no acudir y la madre continuó trabajando en la relación con sus hijas.
CCH- Azcapotz alco	Terapeuta Berenice Lilia González Valderrama Supervisor Dr. Alexis Ibarra Martínez	El usuario solicitó terapia familiar debido a problemas con su hija por uso de drogas y alcohol, también por bajo rendimiento escolar. Su hija comentó que había violencia por parte de todos en la familia.	Modelo de MRI	Se cerró el proceso. 11 sesiones 2 sesiones de seguimiento Durante el proceso terapéutico se citó a la familia y sólo acudieron el padre, la madre y su hija. Se cerró el proceso terapéutico por el término del semestre pero se les pidió que continuaron el proceso el siguiente semestre.
CCH- Azcapotz alco	Terapeuta Janer Manuel Balam Aguilar Supervisor Dr. Alexis	Problemas de conducta de la hija dentro de la escuela. Ausentismo y agresividad.	Modelo de MRI	Baja 4 sesiones Asistieron a cuatro sesiones. El padre a tres, de las cuales, se trabajó la relación que llevaba

	Ibarra Martínez			con su hija; al igual que en la sesión que se trabajó con la madre. La hija no asistió a ninguna sesión, lo cual, fue una limitante dentro del proceso.
3° Semestre Sede	Terapeuta/Supervisor	Motivo de Consulta y Miembros que acuden a sesión	Modelo/s	Número total de Sesiones y Conclusión del Caso
Clínica de Terapia Familiar FES Iztacala	Terapeuta Rodrigo Murguía Rodríguez Supervisoras Dra. Nélica Padilla Gámez	Problemas familiares (agresividad de su hija hacia sus hijos).	Terapia estratégica	Se cerró el proceso por periodo vacacional. 11 sesiones continuación de un proceso que comenzó el semestre anterior) La consultante se sintió un poco menos preocupada respecto a anhelar que su hija se hiciera cargo de sus nietos, aunque vio que necesitaba ayuda.
Clínica de Terapia Familiar FES Iztacala	Terapeuta Rodrigo Murguía Rodríguez Supervisoras Mtra. Ofelia Desatnik Miechimsky, Dra. Nélica Padilla Gámez	Hijo mayor expresaba miedo a que madre muera y presentaba problemas de conducta en la escuela.	Modelo estructural y Modelo de terapia breve centrada en soluciones	Se cerró el proceso. 6 sesiones La consultante refirió que se dio cuenta de que el problema era de la maestra, ya que otros padres y madres de la familia de la misma escuela reportaron problemas similares y se organizaron para quejarse ante la dirección. Comentó además que su hijo se mostraba más tranquilo, a raíz de la terapia y de lo antes mencionado.
Clínica de Terapia Familiar FES Iztacala	Terapeuta Nohemi Jacqueline Cruz Santiago Supervisora Mtra. Ofelia Desatnik Miechimsk	La hija del consultante hizo la cita porque debido a una "infidelidad" se fue de la casa. Su esposa e hija tenían interés en que el fuera a terapia.	Entrevista circular de Karl Tomm	Sesión única Para el usuarios está situación ya no era un problema y ya estaba solucionándolo.
Clínica de Terapia Familiar FES Iztacala	Terapeuta Nohemi Jacqueline Cruz Santiago	La usuaria reportó que estaba muy enojada, decepcionada y triste, ya que su hijo dejó la escuela	Terapia narrativa y preguntas circulares	Sesión única A la usuaria se le complicó acudir al servicio por cuestiones de horario.

	Supervisora Dr. Nelida Padilla Gamez	porque no le gustaba y su novia estaba embarazada. Además, quería trabajar en ella y su proyecto de vida.		
Clínica de Terapia Familiar FES Iztacala	Terapeuta Nohemi Jacqueline Cruz Santiago Supervisora Mtra. Ofelia Desatnik Miechimsk y Dr. Nelida Padilla Gamez	A raíz del sismo, el usuario se sentía “encerrado, atrapado” y consideraba que “no estaba donde quería estar”. Buscaba sentirse tranquilo y relajado. Problemas con el alcohol.	Terapia narrativa	Se cerró el proceso. 6 sesiones El motivo de consulta principal se cumplió, el consultante reportó sentirse tranquilo ante la situación que lo llevó.
Clínica de Terapia Familiar FES Iztacala	Terapeuta Ana Valdes Santiago Supervisora Mtra. Ofelia Desatnik Miechimsk y Dr. Nelida Padilla Gamez	Problemas con la educación de su hijo por diagnóstico de inmadurez. Problemas de pareja.	Entrevista circular de Karl Tomm	4 sesiones Se logró una mejor comunicación y disminución en las discusiones. Se concluyó el proceso por motivo del periodo vacacional. No se estableció contacto posteriormente.
Clínica de Terapia Familiar FES Iztacala	Terapeuta Ana Valdés Santiago Supervisora Mtra. Ofelia Desatnik Miechimsk y Dr. Nelida Padilla Gamez	Violencia en relación extramatrimonial y separación	Terapia estratégica	Alta 5 sesiones La consultante logró los objetivos establecidos: mejora en su relación matrimonial y fortalecimiento de identidad y autoestima.
Clínica de Terapia Familiar FES Iztacala	Terapeuta Berenice Lilia González Valderrama Supervisora Mtra. Ofelia Desatnik Miechimsk	El usuario solicitó terapia para superar su separación de pareja.	Entrevista circular de Karl Tomm	Alta 4 sesiones Se reflexionó sobre varias creencias acerca de su relación de pareja y se hizo consciente de su papel en la relación, formó redes de apoyo y creó un proyecto de vida. Al cabo de 4 sesiones, notificó que su problemática había sido resuelta y que había decidido intentarlo una vez más con su esposa.

Clínica de Terapia Familiar FES Iztacala	Terapeuta Berenice Lilia González Valderrama Coterapeuta Nohemí Jacqueline Cruz Santiago Supervisora Dr. Nélica Padilla Gámez Mtra. Susana González Montoya.	Solicitó la terapia familiar debido a la adicción a la marihuana por parte de su hermano y a problemas familiares a raíz de ello.	Modelo estructural	Se cerró el proceso. 4 sesiones 5 sesiones de seguimiento La familia analizó el papel que cada uno tenía de forma individual y como parte de la familia respecto a la adicción. Expusieron sus puntos de vista, emociones, preocupaciones y posibles soluciones. La familia mejoró su comunicación y asumieron nuevas formas de comportarse de acuerdo a la etapa que vivían de padres con hijos adolescentes. Por motivos familiares dejaron de asistir y se les sugirió que continuaran con su proceso terapéutico.
Clínica de Terapia Familiar FES Iztacala	Terapeuta Janer Manuel Balam Aguilar Supervisora Ofelia Desatnik Miemchinsky	Problemas de pareja: celos	Modelo del MRI	Alta 6 sesiones. Los consultantes reportaron cambios en la percepción de los problemas, generando una relación más sostenible para ambos.
ISSSTE Tlalnepan tla	Terapeuta Janer Manuel Balam Aguilar Supervisora Nélica Padilla Gamez	Reforzamiento a tratamiento de adicción de un hijo	Modelo estructural	Baja Asistieron a una sesión. No se pudo concertar otra cita debido a problemas de horarios entre los miembros de la familia.
ISSSTE Tlalnepan tla	Terapeuta Rodrigo Murguía Rodríguez Supervisoras Mtra. Roxana	“Desprendimiento de su hijo”	Terapia narrativa y Modelo de terapia breve centrada en soluciones	Alta 5 sesiones La consultante refirió sentirse más segura respecto a la situación con su hijo e identificó situaciones de violencia en las que incurría antes, y en las cuales decidió ya no volver a incidir.
ISSSTE Tlalnepan tla	Terapeuta Rodrigo Murguía Rodríguez Supervisoras Mtra. Susana	“Diagnóstico de cáncer”	Modelo de terapia breve centrada en soluciones	Sesión única La consultante no regresó a sesión debido a que las quimioterapias no se lo permitieron. Se dio seguimiento vía telefónica y se

	González Montoya			proporcionaron contactos de asociaciones cercanas donde podía recibir más ayuda. Falleció en enero de 2018. En paz descanse.
ISSSTE Tlalnepan tla	Terapeuta Nohemi Jacqueline Cruz Santiago Supervisora Mtra. Susana González Montoya	Ruptura de una relación de aproximadamente 14 años.	Modelo de terapia breve centrada en soluciones, se usó un ritual terapéutico de la escuela de Milán	Alta 5 sesiones La usuaria reportó mejoría, refiriendo que ya estaba avanzando y que se sentía mejor. Añadió la terapia le ayudó a aceptar que su expareja ya no iba a volver con ella, a quererse y hacer cosas por ella misma.
ISSSTE Tlalnepan tla	Terapeuta Nohemi Jacqueline Cruz Santiago Supervisora Mtra. Roxana González Sotomayor	La usuaria se estaba divorciando, le preocupaba la reacción de sus hijos mayores, ya que consideraba que ellos estaban de lado de su padre y ella no tenía contacto con ellos.	Terapia narrativa	Sesión Única Se recibió a finales de semestre, por lo que se atendió solo una sesión y se anotó en lista de espera para siguiente semestre.
ISSSTE Tlalnepan tla	Terapeuta Ana Valdés Santiago Supervisora Mtra. Susana González Montoya	Duelo por fallecimiento del padre por suicidio.	Modelo de terapia breve centrada en soluciones	Alta 4 sesiones Las consultantes concluyeron su duelo y reportaron mejoría. Plantearon otro tema a tratar y pidieron iniciar un nuevo proceso.
ISSSTE Tlalnepan tla	Coterapia Berenice Lilia González Valderrama y Janer Balam Aguilar Supervisora Mtra. Susana González Montoya	Solicitó terapia psicología debido a insomnio que él atribuía a problemas con su esposa.	Modelo de terapia breve centrada en soluciones	Alta 6 sesiones Se reflexionó acerca de sus creencias sobre el sexo y su esposa expresó como se sentía respecto a ese tema. Ambos llegaron a un acuerdo respecto a la frecuencia y el modo en que llevarían su vida íntima.
ISSSTE Tlalnepan tla	Terapeuta Berenice Lilia González	La consultante solicitó terapia para superar su divorcio ya que le estaba	Modelo de terapia breve	Alta 3 sesiones Se conversó sobre los

	Valderrama Supervisora Mta. Roxana González Sotomayor	afectando en su salud y en la relación con sus hijos.	centrada en soluciones	aprendizajes que le dejó esa relación, estableció límites con su exesposo y su familia, identificó las habilidades y personas con las que contaba como apoyo y se dio la oportunidad de conocer otra pareja.
4° Semestre Sede	Terapeuta/Supervisor	Motivo de Consulta y Miembros que acuden a sesión	Modelo/s	Número total de Sesiones y Conclusión del Caso
Clínica de Terapia Familiar FES Iztacala	Terapeuta Rodrigo Murguía Supervisora Mtra. Laura Edith Pérez Laborde	Deserción escolar de hijo	Modelo de Milán	8 sesiones La familia refirió algunas mejoras en sus relaciones aunque comentaron que iban a continuar con su proceso terapéutico el siguiente semestre.
Clínica de Terapia Familiar FES Iztacala	Terapeuta Berenice Lilia González Valderrama Supervisora Mtra. Laura Edith Pérez Laborde	Solicitó terapia porque comentaba que su hijo era muy inquieto.	Terapia narrativa	Se cerró el proceso. 3 sesiones Durante las sesiones se tocaron varios temas como el rendimiento académico del hijo, la separación de ella con el padre de sus hijos, su historia como familia, estilos de crianza, comportamiento de los integrantes de la familia, necesidades de cada uno de los integrantes y redes de apoyo. Al cabo de 3 sesiones, dejaron de asistir, se les llamó por teléfono y no hubo respuesta, por lo que se dio por terminado el proceso terapéutico.
Clínica de Terapia Familiar FES Iztacala	Coterapia Rodrigo Murguía y Berenice González Supervisora Mtra. Susana González Montoya	La consultante solicitó terapia para su hijo mayor ya que refiere era rebelde.	Modelo de terapia breve centrada en soluciones	Se cerró el proceso. 3 sesiones Durante las sesiones se abordaron temas como problemas en la escuela y en casa, falta de redes de apoyo, el hecho de ser cuidadores de familiares enfermos, falta de comunicación familiar y estilos de crianza. Dejaron de asistir a causa de sus

				familiares enfermos y comentaron que las sesiones a las que asistieron les fueron de mucha ayuda ya que hubo cambios en su forma de percibirse y comunicarse como madre-hijo. Se les sugirió continuar en terapia psicológica.
Clínica de Terapia Familiar FES Iztacala	Terapeuta Nohemi Jacqueline Cruz Santiago Supervisora Mtra. Laura Edith Pérez Laborde	El consultante comentó que quería recuperarse, superar una relación de pareja con la que vivió en unión libre 20 años, donde había “dependencia emocional” “apego” “codependencia”.	Entrevista circular de Karl Tomm	Sesión Única Por cuestiones laborales e incompatibilidad de horarios no pudo acudir al servicio.
Clínica de Terapia Familiar FES Iztacala	Coterapia Nohemi Jacqueline Cruz Santiago y Berenice Lilia Gonzáles Valderrama Supervisora Mtra. Laura Edith Pérez Laborde	La hija de la usuaria solicitó el servicio. Buscaba aceptar que su pareja extramarital ya había perdido el interés en ella. Quería dar por finalizada esa relación que duró 11 años.	Rituales del modelo de Milán y Modelo de terapia breve centrada en soluciones	3 sesiones Refirió mejoría, sin embargo debido al periodo vacacional se suspendieron las sesiones, el caso quedó en lista de espera para seguimiento.
Clínica de Terapia Familiar FES Iztacala	Terapeuta Ana Valdés Santiago Supervisora Mtra. Laura Edith Pérez Laborde	Problemas en relaciones interpersonales. Ideas de suicidio.	Terapia colaborativa	4 sesiones La consultante reportó una mejoría significativa. Por motivo del periodo vacacional, se suspendió el proceso y la consultante pidió retomarlo el siguiente semestre.
Clínica de Terapia Familiar FES Iztacala	Coterapia Ana Valdés Santiago y Janer Balam Aguilar Supervisora Mtra. Susana González Montoya	Problemas en la relación de pareja. Manejo de diagnóstico de autismo y discapacidad auditiva de su hijo.	Modelo de terapia breve centrada en soluciones	Alta 5 sesiones La pareja refirió mejoría hasta antes de recibir el segundo diagnóstico. Reconocieron que en periodos de dificultad, sus problemas aumentaban pero ubicaron qué podían hacer en dichos momentos.

Clínica de Terapia Familiar FES Iztacala	Terapeuta Janer Manuel Balam Aguilar Supervisora Mtra. Susana González Montoya	Problemas de ansiedad y socialización con sus compañeros de trabajo.	Terapia colaborativa	Se cerró el proceso. 4 sesiones. Reportó mejoría en su control de la ansiedad, pasando a un motivo de mejora en la relación con su pareja.
CCH Azcapotz alco	Terapeuta Rodrigo Murguía Supervisor Dr. Alexis Ibarra	Aislamiento en la escuela, “timidez”, “depresión”.	Terapia narrativa	3 sesiones Refirió sentirse un poco mejor y comentó que le fue mucho de ayuda que otras personas lo conocieran como es, refiriéndose al equipo terapéutico.
CCH Azcapotz alco	Terapeuta Rodrigo Murguía Supervisor Dr. Alexis Ibarra	Problemas para socializar debido a una cicatriz causada por un accidente en la infancia	Terapia narrativa	3 sesiones El consultante refirió que se sentía “más seguro, menos tímido”.
CCH Azcapotz alco	Terapeuta Nohemi Jacqueline Cruz Santiago Supervisor Dr. Alexis Ibarra	Ruptura de su relación de pareja. “dependencia”	Terapia narrativa y Equipos Reflexivos	6 sesiones La consultante comenzó a notar cambios. Encontró un trabajo y por cuestiones de tiempo, ya no pudo acudir al servicio. Sin embargo, reportó mejoría.
CCH Azcapotz alco	Terapeuta Ana Valdés Santiago Supervisor Dr. Alexis Ibarra	Manejo de estrés debido a presiones escolares y situaciones familiares.	Terapia colaborativa	Alta 6 sesiones El consultante reportó mejoría y adquisición de nuevas herramientas para enfrentar las dificultades en su vida.
CCH Azcapotz alco	Terapeuta Berenice Lilia González Valderrama	Solicitó terapia familiar ya que su hija tenía pobre rendimiento académico y	Terapia colaborativa	Se cerró el proceso. 11 sesiones Durante las sesiones se conversó sobre temas como bajo

	Supervisor Dr. Alexis Ibarra Martínez	tenía comportamientos agresivos en casa.		rendimiento escolar, conductas de riesgo, violencia familiar, estilos de crianza, problemas de comunicación, historia familiar, Refirieron que mejoró la comunicación, empatía, respeto, acuerdos y pudieron ser conscientes de su papel como integrantes de una familia. En la pregunta de escala se ubicaron en un dos al llegar a terapia y en un 8 al terminar las sesiones. Se recomendó continuar en terapia psicológica.
CCH Azcapotz alco	Terapeuta Janer Manuel Balam Aguilar Supervisor Dr. Alexis Ibarra Martínez	Bajo rendimiento en su hijo debido a alcoholismo del padre.	Terapia colaborativa	Se cerró el proceso. 6 sesiones Se trabajaron los motivos de consulta de cada miembro de la familia, concordando en que la comunicación y la aceptación de la orientación sexual de su hija eran temas por trabajar.

Capítulo 2. Marco teórico

2.1 Análisis y discusión de los temas que sustentan los casos clínicos

“Reloj detén tu camino

porque mi vida se apaga

ella es la estrella que alumbra mi ser

yo sin su amor no soy nada.”

Roberto Cantoral, El reloj (1956).

El tiempo ha existido y seguirá existiendo por siempre. Solemos pelear con el reloj porque nos falta tiempo o porque nos sobra y no queremos envejecer pero, así como el mapa no es el territorio, el reloj no es el tiempo, sino sólo la tecnología que hemos creado los humanos para pautar el paso del tiempo. El tiempo es solo la sucesión natural de eventos. Y así como creamos el reloj para pautar el tiempo, pautamos el tiempo en los cuerpos, festejando cumpleaños, bodas, primeras comuniones, quince años, bar mitzvás y demás eventos que marcan que no somos los mismos de ayer y que nuestro cuerpo cambia, envejece. Y así como creamos el reloj para pautar el tiempo, la psicología ha creado teorías del envejecimiento y del desarrollo, que pautan el paso del tiempo en los cuerpos. Y de esa manera pretendemos desaparecer el caos, la aleatoriedad de los eventos en el universo, de los cambios en el cuerpo y las incertidumbres con una falsa sensación de seguridad, de control sobre lo que va a pasar. Para Beauvoir (2016) la vejez provoca que el tiempo corra más deprisa para la persona. Se estrecha su futuro, mientras su pasado se ensancha y pareciera que no queda nada más por hacer. Como en general, para las personas, su tiempo, el tiempo que ubican como el suyo, es aquél en el que llevaron a cabo sus proyectos y mayores hazañas, y ahora viejos en que no queda más de eso, se consideran en un tiempo ajeno, por lo que tienen

constantes ensoñaciones con el pasado, el que es “su tiempo”, la muerte se vuelve un destino aceptable e inminente.

La Organización Mundial de la Salud ha emitido su dictamen: “la población mundial está envejeciendo a pasos acelerados”, dice. Según sus cifras, en el rango de tiempo comprendido entre el año 2000 y 2050 se duplicará de un 11% a un 22% el número de habitantes que exceden los 60 años, esto es, se pasará de 605 a 2000 millones de ancianos. Según la misma organización, todo aquél que es mayor de 60 años es una persona de la tercera edad, más específicamente considera de edad avanzada quienes tienen entre 60 y 74 años, ancianos entre 75 y 90 y grandes viejos o longevos los que sobrepasan los 90 (OMS, s.f.).

2.1.1 Una mirada hacia la vejez

Como Marin (2007) enuncia, la vejez es un fenómeno complejo, marcado por una amplia diversidad de factores. Al fin de cuentas, dice, estamos sujetos a las leyes del universo; esto conlleva a que los seres vivos tengamos una duración definida. Muchos modelos y teorías han sido creadas en un afán de explicarla, aunque no han tenido éxito. En la maraña de contradicciones en torno a ella se encuentra el rol del oxígeno, elemento que, por un lado es vital para la obtención del ATP, la sustancia que hace posible la producción de energía en las células. Sin embargo, por otro lado es el mismo oxígeno el que produce la oxidación de las células, que lleva a su proceso de deterioro y descomposición.

Se ha barajado la posibilidad de que así como el cuerpo humano cuenta con relojes de oscilación, como el que regula los ritmos circadianos, ciclos de procesos biológicos de acuerdo con estímulos ambientales ligados al proceso día-noche, cuenta también con relojes de acumulación, que determinarían el tiempo de funcionamiento y los cursos de vida de los seres vivos, aunque esta teoría es poco aceptada (Marin, 2007).

Por otro lado, recientemente, a partir de la manipulación genética, se ha encontrado que a través de ésta se puede modificar la longevidad de los seres vivos,

no obstante no queda claro si son los propios genes los que determinan la longevidad o si éstos a su vez afectan procesos biológicos determinantes para ésta.

Asimismo, estudios sobre el envejecimiento (Alberts, Dewey, Lewis, Bray, Raff, Roberts, 1983) muestran una tendencia de una mayor longevidad en mujeres que en hombres. Dentro de este rubro, se ha considerado la relación entre fertilidad y longevidad, pues en la mosca de la fruta se ha descubierto que aquéllas que no se reproducen son más longevas, así como en una muestra compuesta de 33.000 aristócratas británicos de la cual se encontró que en general las mujeres con niveles más altos de infertilidad o que posponían su primer embarazo morían a edades más avanzadas.

El daño celular, molecular y de los tejidos juega un rol importante en el envejecimiento, como lo enuncia el concepto del *soma desechable* (Martínez, 1998) que describe las formas en que los cuerpos distribuyen sus recursos para mantener y corregir los daños a sus estructuras, con el fin de sobrevivir y reproducirse, en tanto que una vez que el individuo se reproduce, dicha optimización deja de ser necesaria.

Como se mencionó antes, el proceso de daño oxidativo es central al envejecimiento biológico y éste a su vez puede estar ligado a factores ambientales como a una ingesta calórica exagerada, uso de tabaco y drogas y el uso masivo de combustibles fósiles, que incrementarían este tipo de “daño”.

Asimismo, la edad avanzada está ligada con el desarrollo del cáncer pues en seres humanos se ha encontrado que con ella aumenta la presencia de esta enfermedad, a consecuencia de un aumento en la formación de carcinomas epiteliales entre los 40 y 80 años.

Sobre el envejecimiento se puede afirmar que es universal, irreversible, heterogéneo e intrínseco, que conlleva una mayor prevalencia de enfermedades que en otras etapas de la vida y un desgaste fisiológico, lo cual ha de conducir a la muerte del individuo.

En el estudio de los centenarios, personas que han alcanzado cien años de vida, han sido clasificadas como casos de envejecimiento exitoso. En ellos se ha observado que manejan, en general, mejor el estrés que otras personas, son calmados, y no tan proclives a la ansiedad. A pesar de todo, el consenso es que alrededor de un 30% del envejecimiento está dado por variables genéticas y del 70% por variables ambientales, lo cual hace pensar en estilos de vida saludables, que permitan un envejecimiento “exitoso”.

Sin embargo, una caracterización puramente biológica de la vejez resulta insuficiente. Beauvoir (2016) en su recuento de la vejez a través de los tiempos especifica que la condición actual de precariedad en que viven los viejos responde a la manera en que la civilización conceptualiza no sólo al viejo en sí, sino al individuo, poniendo de relieve la necesidad de situar a la vejez como un fenómeno que bebe y a su vez adquiere su condición precaria a partir de una situación social que valora al individuo sólo mientras resulte productivo.

Es por eso que la vejez, en esta época y cultura, resulta tan decadente, por el trato que la sociedad tiene en sí hacia el individuo, negándole la posibilidad de renovarse a aquél que deja de ser “útil”. Cita como un ejemplo del lugar devaluado que ocupa la vejez el hecho de que no existan rituales de transición hacia esta etapa, a diferencia de lo que ocurre con la transición hacia la edad adulta, además de señalar el escándalo que resulta por el hecho de que los viejos asuman actitudes que generalmente se atribuyen a los jóvenes, como en el caso de que tengan una sexualidad florida, el amor o la violencia. Menciona que no es lo mismo la vejez para los hombres que para las mujeres, pues en el caso de éstas siempre viven bajo un estatus de eternas menores de edad, subordinadas siempre a lo masculino, mientras que los hombres experimentan cambios en su condición de poder conforme envejecen. Además, el viejo adquiere un estatus de otredad, temido y respetado por ser un cúmulo de memorias pero excluido a la vez. Por tanto, su tesis pone de manifiesto que analizar la condición de los viejos remite a analizar la situación que el propio individuo ocupa en la sociedad, la condición de la vejez,

pues, es dada por la comunidad, la cual los trata no como sujetos, sino como objetos.

2.1.2 La vejez a través de la historia

Se puede trazar la influencia de concepciones de la vejez que aún permean a nuestras sociedades desde un texto procedente de Egipto, de aproximadamente 2500 años antes de Cristo en el que se enumeraban los achaques de la vejez y se posicionaba como una desgracia, de las peores que pueden ocurrir al hombre. Ya desde la antigua Grecia, la visión de la vejez no estaba exenta de contradicciones. Platón, en la *República*, la describe como una edad de máxima prudencia y juicio, atribuyéndoles a los ancianos importantes funciones en la sociedad como cargos administrativos o en la política, deseando una gerontocracia: gobierno por viejos, además describe cómo prepararse para la vejez. Hipócrates determinaba el inicio de esta etapa a los 56 años y la atribuía a un desequilibrio en los humores del cuerpo. Por otra parte, Aristóteles asociaba a la vejez con enfermedad y la ubica como una etapa de cinismo e inutilidad social, contrastando con la visión de Platón, dista de ser lo ideal que los ancianos gobiernen, pues están disminuidos. En las historias de los dioses griegos se observa que cuando envejecen se vuelven malévolos y mesiánicos, lo que provoca que sean derrocados por los jóvenes insurrectos. En China, según la tradición taoísta y sus principios universales de “el yin y el yang”, al estar en desequilibrio se tenía como consecuencia el envejecimiento (Beauvoir, 2016; Polo y Martínez, 2001).

En América, en la civilización Inca existía el trabajo completo, lo que significa que a partir de los 5 años de edad y hasta el final de sus días tanto hombres como mujeres trabajaban, distribuidos en distintas categorías. A partir de los 50 años los hombres dejaban de desempeñar trabajo como guerreros pero seguían laborando en la casa de sus jefes o en el campo, asimismo daban consejo e instrucción a los jóvenes por medio de azotes y la enseñanza oral (Beauvoir, 2016).

Durante la Edad Media, San Agustín la enfoca como una etapa de equilibrio emocional y de liberación de los deleites mundanos. No así, Santo Tomás de Aquino, quien enfatizaba la decadencia física y moral, así como la actitud egoísta

de quienes habitan esta edad. En general, durante esta época se demerita al anciano, pues se muestra pasivo e inútil frente a un joven activo y dinámico que puede luchar en las guerras. Además, durante estos años se marcaría el inicio del aislamiento social de los ancianos, quienes en gran parte vivían recluidos en monasterios. Hacia el renacimiento, la figura del anciano se torna melancólica y se le atribuyen toda clase de artimañas, como la brujería y se torna importante la búsqueda de medios para prolongar la juventud: filosofía, religión, alquimia. La mujer anciana, como puede observarse en la poesía y demás textos de la época, es percibida como doblemente agraviada, pues ha perdido su belleza con la edad y ahora se asemeja a una bruja. Asimismo, cobra fuerza la equiparación del cuerpo con la máquina, donde la vejez resulta propia del desgaste de un cuerpo, así como en las máquinas ocurre el desgaste de las ruedas y los mecanismos. Hacia el final de la Edad Media surgen empresas familiares con ancianos a la cabeza, lo que les otorga un status de poder; además, en Venecia con la aparición de los contratos que regulan la propiedad, se vuelve posible almacenar pertenencias y dinero, con lo que los ancianos pueden llegar a acumular las riquezas a lo largo de toda su vida y, con ello, obtener una posición de poder (Beauvoir, 2016; Carbajo, 2008).

La Revolución Industrial pone fin al capitalismo familiar y da inicio a las sociedades anónimas y el proletariado, hecho que suscita que el hombre mayor pierda poder, aunado a que se valora la mano de obra joven, pues el joven es capaz de trabajar de manera más eficiente. Esto tiene un efecto devaluatorio sobre el anciano. El teatro francés del siglo XVIII y XIX había retratado al anciano como una figura cálida en su familia, digna de respeto y de cariño, configurándose la visión del anciano que conmueve y además se respeta doblemente si es abuelo, pues se convierte en un compañero de juegos de sus nietos. Sin embargo, con el ascenso de la burguesía, se concede a los ancianos un papel importante en la instauración del capitalismo y la formación de la familia nuclear más semejante a la actual, pues el individuo acumula riquezas para su familia, que se ostenta como base de la sociedad. Se prolonga la expectativa de vida gracias a los avances en medicina y se dispara un incremento de la población anciana, saliendo a relucir la vejez como

un “problema social” en el que el Estado debe intervenir (Beauvoir, 2016; Carbajo, 2008; Martínez, Polo, Carrasco, 2002).

Beauvoir (2016) menciona que en la sociedad de artesanos y campesinos de épocas anteriores, el oficio tenía lugar en el hogar/taller y conforme las personas envejecían su trabajo se iba amoldando a sus capacidades. En la sociedad capitalista de hoy día, la familia es totalmente ajena al trabajo, herencia de la Revolución Industrial, y el ritmo acelerado de la sociedad clama mayor eficiencia y eficacia, así como mayores exigencias, ante las cuales los ancianos, disminuidos de sus capacidades, no pueden abrirse paso. Cuando llega la vejez, su trabajo no se ajusta a sus capacidades, como ocurría en la sociedad de artesanos y campesinos, y el anciano es hecho a un lado, por lo que con ello la colectividad es quien debe preocuparse por él. De esta manera surgen las pensiones, lo que resultó también en una carga para la sociedad.

La fluctuación en las actitudes de la sociedad hacia la vejez hace evidente la necesidad de situarla en el contexto histórico y político, pues como se puede apreciar, la valoración positiva o negativa de ésta varía a través del tiempo. Se vislumbra la necesidad de asumir una perspectiva crítica.

2.1.3 Narraciones sobre la vejez, geriatría y gerontología

Cohen (1994) realizó un análisis de diversas investigaciones y bibliografía referidas al estudio de la vejez y distingue en ellas tres narraciones o maneras en que se aborda; la de la explosión demográfica, la misionaria y la de la ambigüedad.

La de la explosión demográfica, mediante un tono alarmista, alude a cifras señalando la vejez como un fenómeno que va en aumento, por tanto, enfoca a la vejez como si se tratase de un problema u obstáculo que se debe sortear.

La narración de la ambigüedad se refiere a aquella que hace un recuento de las actitudes hacia la vejez a lo largo de la historia e identifica la ambigüedad como parte de la naturaleza oposicional de la vejez, una etapa marcada por pérdidas en algunas esferas de la vida de la persona y ganancias en otras. Al respecto, Cohen comenta que un peligro de esta visión es que el marcado énfasis que hace en esta

condición puede hacer a un lado la importancia de las políticas generacionales o políticas de edad.

Por otro lado, según este autor, hay un dejo de enojo e indignación por parte de quienes actúan desde disciplinas como la gerontología y la geriatría, como si se hiciese un alarde de misionero, en donde los investigadores pretenden “salvar” a los ancianos del oscurantismo en el que han caído, posicionándose cual fuertes y capaces misioneros que han descubierto una tierra inhóspita y salvaje la cual han de salvar.

En 1909, el médico pediatra norteamericano Ignatz Leo Nascher introduce el término “Geriatría” en su obra “Geriatrics: the diseases of old age and their treatments” (1914). Explica él que, así como “Pediatria” hace referencia a la rama de la medicina encargada del estudio de los niños, Geriatría lo haría para referirse al estudio de los adultos mayores desde la medicina. Parte de su intención era la de distinguir la enfermedad de los procesos propios del envejecimiento. Actualmente, los pilares de esta disciplina son la inclusión del paciente y el cuidador principal, la utilización de una valoración geriátrica integral y el trabajo con equipos de profesionales de distintas áreas (Marin, 2007; Carbajo, 2008).

La Geriatría, desde su condición como rama de la medicina describe que los ancianos comúnmente presentan varias patologías, muchas de las cuales no han sido informadas, pueden presentar interacciones medicamentosas debido a la gran cantidad de medicamentos que consumen, además de que sus enfermedades los incapacitan o limitan sus funciones físicas y/o mentales y que es importante tomar en cuenta que dificultades económicas pueden dificultar el seguimientos de ellos (Marin, 2007).

Presenta una diferencia de paradigma respecto a otras ramas de la medicina en que no supone una curación de las enfermedades, sino un restablecimiento de algunas funciones y de la mejora de la calidad de vida de los adultos mayores, a partir de equipos de múltiples profesionales en diferentes niveles asistenciales y de una valoración geriátrica integral. Su noción es, pues, la de una disciplina con un carácter asistencial. De gran importancia son las enfermedades no diagnosticadas,

el gran uso de fármacos por parte de los adultos mayores y el cuidado de las enfermedades crónicas del anciano.

Su fin no es curar las enfermedades, sino minimizar su avance. Además, presta especial cuidado a no equiparar enfermedad con vejez, así como reconocer el carácter universal del proceso de envejecimiento pero a la vez destaca que existen también diferencias. Un eje rector de esta disciplina es el de no hacer más ni menos por el paciente, teniendo cuidado de no sobretratar a quien no necesita del cuidado ni de incurrir en negligencias y se visualiza como una necesidad, no como un lujo la atención que la geriatría ofrece al adulto mayor (Marin, 2007).

Sobre la Gerontología, cabe mencionar a Ilya Metchnikoff, un médico ruso interesado en el envejecimiento que atribuyó como causante de ésta la acción de microorganismos que actuaban sobre el cuerpo humano y lo conducían a estados de putrefacción; él mismo introdujo el término Gerontología en 1901 (Marin, 2007). Posteriormente, Rybnikov en 1929 introduce el término Gerontología mientras realizaba una investigación sobre el envejecimiento (Carbajo 2008). Según Moragas (1995) y Salvarezza (1998) “es un enfoque científico interdisciplinario que busca desde distintas dimensiones estudiar la ancianidad, la vejez, el envejecimiento humano y la situación de las personas adultas mayores”, además de que se “utilizan las técnicas y herramientas de las ciencias naturales y sociales para alcanzar, a través de acciones concretas una mejor satisfacción de la vida, el bienestar, la felicidad, mantener la vitalidad y una mejor calidad de vida” (Consejo Especial de Población del Estado de Guanajuato, 2005, p. 20).

La Gerontología y Geriatría, a pesar de poder parecer lo mismo, se diferencian una de la otra en que la gerontología además de abordar el proceso fisiológico del envejecimiento y la enfermedad observa sus implicaciones en el ámbito social (Consejo Especial de Población del Estado de Guanajuato, 2005).

Estes (1993) describe una paradoja inherente a estas disciplinas en que están dedicadas a salvaguardar la independencia y la normalidad de los ancianos y sin embargo requieren de la dependencia y marginación de ellos para sobrevivir, fundando industrias enteras alrededor de esto (Cohen, 1994).

Beauvoir (2016) menciona que la Gerontología no es ajena al prejuicio positivista que es el de describir de la manera más exacta posible los fenómenos pero no por qué ocurren. Cuestiona la voluntad de esta disciplina también al recurrir a la psicometría, alejada de la realidad cotidiana y enfrascada en lo artificial y en abstracciones.

Por otro lado Iacub (2002) propone una nueva disciplina, la “postgerontología” a la que describe como “un estudio político, cultural y ético del envejecimiento y la vejez”. Inserta en el postestructuralismo y posmodernismo esta disciplina que tiene como foco la “política de edades”, la forma en que se norma el comportamiento de los individuos según se edad, además del cuestionamiento de la gerontología y su carácter normativo, visto desde la concepción del poder planteada por Michel Foucault. Esta propuesta surge como un intento por reconocer el carácter político e histórico de la vejez, a diferencia reconocerla como un hecho invariable.

Muchas de las concepciones en las que se basan la geriatría y gerontología como disciplinas dedicadas a la vejez están fundadas en la noción de que existe una forma casi única de envejecer, dictada por etapas del desarrollo psicológico o biológico, además de la noción de que la identidad se mantiene estática y se cristaliza. Estas nociones pueden identificarse como una corriente del pensamiento con gran arraigo aún en nuestros días: el estructuralismo.

2.1.4 Estructuralismo

Ekeh (1982) lo define como la búsqueda de “las leyes universales e invariantes de la humanidad que operan en todos los niveles de la vida humana, tanto en los más primitivos como en los más avanzados” (Universidad de Chile, s.f., p. 329). Este tiene su origen en la lingüística, más específicamente en la obra de Ferdinand de Saussure, que describía que la lengua se regía por leyes. Asimismo, la semiótica como disciplina que aborda el estudio de los sistemas de signos, más allá del lenguaje, también concedió importancia a la estructura, así como el marxismo, las artes plásticas, psiquiatría y antropología lo hicieron (Universidad de Chile, s.f.).

Los eventos acontecidos durante la Segunda Guerra Mundial provocaron un descontento con la ideología, especialmente el Marxismo y Existencialismo. En Francia, hacia los años 50's se vendría gestando un renovado interés en su lugar, por las bondades del método científico (Lundy, 2013).

El antropólogo Claude Lévi-Strauss, influenciado por la obra de Saussure tuvo gran injerencia en la tradición estructuralista. Lévi Strauss propone que las estructuras fundamentales de todas las sociedades, primitivas o modernas, son similares. Dicha estructura aparece en el análisis de la interrelación de distintos productos humanos, como los mitos. Discierne un primer tipo de estructuras que son las estructuras e instituciones del mundo social; un segundo tipo, los propios modelos que el investigador social construye para captar las estructuras del mundo social; esto nos conduce al tercer tipo y el más importante: la estructura de la mente humana, la última estructura a partir de la cual se constituyen todas las demás y la cual es inconsciente, influencia obvia de Sigmund Freud y su concepción del aparato psíquico. (Lundy, 2013; Universidad de Chile, s.f.).

Así, Lévi Strauss pretendía, desde el acercamiento a las estructuras y no a las personas, lo subjetivo, lograr un ejercicio científico de la ciencia social. (Lundy, 2013).

Por tanto, el fin último del estructuralismo era dilucidar por medio del estudio de las diversas estructuras la más importante de todas, para ellos, la estructura de la mente. Debido a que las estructuras que busca son permanentes e invariables, sus análisis son ahistóricos y desprovistos de contexto (Palmer, 1997).

Sin embargo, desde las propias entrañas del estructuralismo se comenzaría a gestar su sucesor: el postestructuralismo. Antes de exponer los supuestos básicos de éste resulta útil abordar el concepto de hegemonía, enraizado en la tradición marxista, acuñado por el teórico italiano Antonio Gramsci, quien lo utiliza para nombrar al acto de dominación de las clases dominantes sobre otras, especialmente en aquellas instancias en que los dominados aceptan de manera deliberada esta condición. Esta dominación, fuera de ser mantenida por la violencia o formas explícitamente coercitivas, sucede en el evento de la aceptación de las ideas del

grupo dominante, que son acogidas y pasan a ser vistas como el “sentido común” (Aguirre, 2009).

2.1.5 Postestructuralismo

La gradual transformación que sufrió el Estructuralismo condujo al Postestructuralismo, nombrado así por Jacques Derrida en 1966, al proclamar que se vislumbraba una transición hacia una era postestructuralista. El objetivismo que perseguía el estructuralismo quedó reemplazado por una orientación subjetivista, así como el análisis del incipiente mundo posmoderno y sus visciditudes, principalmente en el ámbito social. Lo caracterizan un renovado interés por el lenguaje como generador del mundo social y una dura crítica al positivismo, considerado como portador de discursos totalizadores por medio del conocimiento objetivo del que hace gala (Thomas, 2004; Universidad de Chile, s.f.).

El mundo es visto entonces como una serie de textos en interrelación, los cuales remiten a pensar en las interpretaciones tan diversas que se hacen de ellos, y en las diferencias existentes entre los textos que lo habitan, en lugar de la unidad tan asediada por el positivismo y la tradición estructuralista. La importancia de la diferencia como tal, hace que surja como bandera política un interés hacia aquello que es diferente, como los grupos minoritarios compuestos por los homosexuales, negros y mujeres. El foco no está entonces en el actor individual, sino en la sociedad como portadora de diversos textos (Universidad de Chile, s.f.).

Uno de los autores comúnmente asociados con el postestructuralismo es Michel Foucault. Si bien parte de su obra, sobretodo la más temprana, puede clasificarse dentro de la tradición estructuralista, no existe un sustento que justifique su clasificación como tal, mostrando más afinidad con el postestructuralismo. Sus investigaciones y disertaciones sobre el poder, la sexualidad, las ciencias, especialmente la medicina, el nacimiento de la psiquiatría y las cárceles constituyen la amplia gama de ámbitos que su trabajo abarca. Su obra, sin ser catalogada como feminista ha influido enormemente en este campo, en el trabajo de autoras como Judith Butler, en los estudios de género y en la Teoría Queer. Un eje rector que se

podría encontrar es el de responder la pregunta ¿De qué manera se constituye el sujeto? (Cerruti, 2012; Pelayo & Moro, 2003; Universidad de Chile, s.f.)

Según él mismo, identificaba tres etapas en su trabajo, en tres terrenos de los cuales desentrañaba su genealogía: en un primer momento el de la verdad, enseguida el poder y por último el de la moral (Universidad de Chile, s.f.; Moro & Pelayo, 2003; Pelayo & Moro, 2003).

. El análisis del poder y la identidad, abarca gran parte de su obra. Moro y Pelayo (2003) utilizan el término *expansión*, para definir la manera en que Foucault transita en distintos abordajes del mismo en torno a tres vertientes: la del poder represivo, que oprime, de carácter jurídico; el poder positivo, que produce, moldea, constituye a los individuos; y el poder que el mismo individuo ejerce sobre sí mismo para subjetivarse.

A su vez Moro y Pelayo (2003) señalan que el análisis del poder que hace Foucault procede por expansión, como si se tratase de un mapa, del cual cada pliegue representaría una de estas distintas acepciones del poder y las cuales no se contraponen ni son consecutivas, sino que se complementan. Dichos pliegues convergen en un *dispositivo del poder*, entendido éste como una red o rejilla de discursos interrelacionados que se empalman, situados en determinada época, que tienen el propósito de responder a problemas propios de ese contexto y que determinan la manera en que se habrá de actuar ante tales. Esta rejilla es casi invisible para el individuo, sin embargo actúa sobre él (Cerruti, 2012).

La hipótesis represiva del poder a la que Foucault hace referencia en un primer momento alude a éste pensado como prohibición, soportado por las leyes, la represión y la exclusión. Es en este periodo en que desarrolla su tesis sobre el nacimiento de la locura y la psiquiatría como proceso de exclusión de ésta. Debe el asentamiento a esta visión del poder a las monarquías occidentales que, soportadas por el Derecho, se instauraron (Moro & Pelayo, 2003).

Las protestas estudiantiles acontecidas en Francia y alrededor del mundo a finales de los años 60, propiciaron un viraje en la obra de Foucault, pues consideró

que había que retomarlo de manera distinta, tomando en cuenta la importancia de las ideologías y de los espacios que ocupa el poder y de resistencia a él en lo cotidiano, en las prácticas, además de pasar a pensarlo como un conjunto de técnicas y estrategias y es aquí donde alude a la figura de dispositivo (Moro & Pelayo, 2003).

Entonces, es cuando Foucault anuncia la naturaleza productiva del poder: el bio-poder. Es aquí donde ya no se habla de éste como un ente casi tangible, que se posee o se ejerce de arriba hacia abajo, sino de uno omnipresente encarnado en relaciones de poder, como fuerzas yuxtapuestas en tensión constante y en múltiples direcciones: el poder está en todos lados. Además, el poder es productivo y opera de manera conjunto con el saber, por lo cual no es posible que existan relaciones de poder sin saber ni viceversa. Foucault ofrece como ejemplo de esto la sexualidad y su creación en la sociedad victoriana, de la cual habría que desprenderse, desplegarse en otras sexualidades posibles en el ejercicio de revisión histórica y creación que llamó genealogía (Moro & Pelayo, 2003; Pelayo & Moro, 2003).

Además, el poder se inscribe en los cuerpos, por medio de la utilización de la taxonomía científica y mediante prácticas que lo adiestran, como la medicina, convirtiéndolos en cuerpos dóciles a la usanza de este poder. El poder actúa en forma de una sociedad disciplinaria, un conjunto de normas, instituciones, ideologías y estrategias que operan no solamente excluyendo y reprimiendo, sino también normalizando, produciendo saberes, conocimientos discursos y sujetos que a su vez reproducen el poder (Moro y Pelayo, 2003; Giraldo, 2006).

La sociedad disciplinaria se hace presente además en estrategias de vigilancia y examen de los individuos. Mediante éstos, se divide entre lo que es normal y lo que no, los individuos se someten a estos procesos que tienen como consecuencia el control de su voluntad y sus cuerpos, en conformidad con lo establecido y el asentamiento de determinadas formas de vida (Giraldo, 2006).

Foucault ofrece como modelo para entender la sociedad disciplinaria, el del panóptico, edificación que consiste en un anillo conformada por celdas aisladas unas de otras, con grandes ventanales que permiten ver hacia su interior desde una

torre de control situada en la parte central, desde donde aquéllos que se encuentren en las celdas son sujetos a vigilancia. La disposición del anillo y de la torre central no admite puntos ciegos al interior de las celdas, además de que resulta imposible discernir en qué momentos se está siendo vigilado desde la torre central. Estas condiciones hacen posible un sistema en el cual quienes son los propios presos quienes regulan y vigilan su conducta permanentemente ante la imposibilidad de saber si se está siendo vigilado. Asimismo, el aislamiento de cada celda respecto a las demás no hace posible que quienes se encuentren dentro de éstas se reúnan y subleven. De esta manera esquematiza cómo la individualización, el examen permanente y la vigilancia absoluta son, para Foucault, condiciones del esquema disciplinario ideal, materializadas en saberes, conocimientos, ideologías e instituciones que se asumen como portadoras de la verdad y producen individualidades (Foucault, 2008; Giraldo, 2006).

Sin embargo, siempre existen espacios para la resistencia al bio-poder. Estos espacios se encuentran en el mismo entramado de las relaciones de poder y entre las tensiones que le dan fuerza. Existen no como mera manera de escapar a él, pues éste se encuentra en todos lados, sino de, a partir de la capacidad creativa y de transformación, optar por nuevos modos de vida dentro de la propia red tejida por el poder. Ésta constituye entonces una oportunidad para extenderse hacia nuevos horizontes expandiendo nuevas posibilidades de subjetivación dentro del mismo entramado en el que siempre se está inmerso (Pelayo & Moro, 2003; Giraldo, 2006).

Ligado con lo anterior, Foucault comenta sobre una tercera concepción del poder: la del poder que los individuos ejercen sobre sí mismos. Revisa a lo largo de la historia incidencias como en la Grecia clásica, en que por medio de ciertas prácticas los individuos logran el dominio de su propia persona, el ejercicio de poder sobre sí mismos, constituyéndose en individuos libres, sujetos, y con esta noción de libertad estrechamente vinculada a la de poder. De esta forma, demarca así posibilidades de escapar a las “verdades” que cristalizan determinados modos de existir, mediante la resistencia como catalizadora de la creatividad y manera de

acceder a otras identidades posibles o formas de vida. (Moro & Pelayo; 2003; Pelayo & Moro, 2003).

2.1.6 Complejidad

El pensamiento simplificador, la búsqueda de la completud, el orden y la coherencia en las ciencias han sido características de ellas. El conocimiento es la clasificación, la focalización y la discriminación de datos, por lo que hace falta hacer evidente este hecho. Morin (2007) propone, basado en la Teoría de la Información, la Cibernética y la Teoría General de Sistemas, un método que supere éstas nociones, más a manera de epistemología o postura filosófica que de enunciación sistemática de principios, ya que según él, la ciencia y el abuso de la razón han provocado una ceguera e ignorancia, una suerte de falsa ilusión.

El pensamiento moderno, declara, se ha convertido en uno simplificador, que parcela el conocimiento y evita la incertidumbre y el caos, se trata de un pensamiento reductor de la realidad. Huelga entonces encontrar una nueva manera de conocer que supere estas constricciones en donde los sistemas de conocimientos sean concebidos como sistemas abiertos, y que, en tanto las incertidumbres que se presentan, presentan aperturas, en las que es posible incorporar a otros sistemas, dialogar con otras nociones aparentemente contradictorias, alejándose de un estado homeostático que tradicionalmente reclamaría de ciertos paradigmas la expulsión de la diferencia, lo que contradice lo establecido (Acevedo, 2013; Morin, 2007).

La especialización, producto de la modernidad ha separado al conocimiento en disciplinas bien delimitadas; sin embargo, a partir de la teoría sistémica se puede visualizar tanto al conocimiento como a los fenómenos como entidades complejas de relaciones, en donde lo físico, lo biológico y lo social se entrelazan. Pensar en la complejidad implica considerar este entramado y superar la noción de todo como suma de las partes hacia una donde también el todo está incluido en cada parte; los sistemas se relacionan en bucles, en lugar de secuencias lineales causa-efecto, se recomienda así asumir la coexistencia de nociones contradictorias sin que esto signifique la exclusión de una de ellas. Entonces, la complejidad implica cuestionar

el pensamiento totalizador y unitario, lo simple, la certidumbre y necesidad imperante de congruencia total (Pereira, 2010).

2.1.7 Perspectiva de género y feminismo

El género es una construcción social sobre la forma en que se deben de comportar los individuos según su sexo. Tradicionalmente, se ha adscrito lo masculino al ámbito de lo público, la calle, en roles productivos y lo femenino a lo privado, el hogar, en roles de cuidadoras. La perspectiva de género parte del mismo como categoría de análisis y se enfoca en cómo esta diferenciación ha sido utilizada para organizar la sociedad con base en presuntas diferencias biológicas. La perspectiva de género no niega las diferencias entre hombres y mujeres, pero si denuncia la desigualdad en la que se encuentran ante la sociedad (Dorantes, Torres, Robles, 2011).

Las relaciones de poder establecidas entre los géneros y las implicaciones de éstas a nivel social son motivo de análisis de la perspectiva de género, que nace a partir del movimiento feminista (Dorantes, Torres, Robles, 2011). Imber Black (1991) describe cómo incluso los sistemas al nivel macro en que está inserta la familia, como la seguridad social, educación y sistemas de salud reproducen estereotipos de género al localizar la responsabilidad y/o culpa de los problemas que surgen en la mujer e incluso puede notarse que en la jerarquía de estos sistemas las mujeres ocupan posiciones operativas y generalmente los cargos directivos son asumidos por hombres.

La investigación que realizaron Belenky, Clinchy, Goldberger, Tarule (1986) en donde entrevistaron a mujeres estadounidenses de contextos urbanos y rurales, de distintas edades, orígenes étnicos y clases sociales preguntando qué era importante para ellas sobre la vida y sobre el aprendizaje, con el propósito de conocer las razones por las cuales las mujeres han sido excluidas de las instituciones académicas y subestimadas en la sociedad patriarcal. Basadas en el trabajo de Carol Gilligan (1983) y William Perry (1970) analizaron las entrevistas e identificaron distintas “categorías epistemológicas” en las que se ubican las mujeres y según las cuales se construyen sus concepciones sobre la identidad, las

relaciones y el mundo en general. Hipotetizan sobre cómo las instituciones académicas y profesionales de hoy en día, ubicadas en una sociedad patriarcal favorecen formas de conocer el mundo propiamente “masculinas”, por lo que los hombres tienden a desempeñarse mejor que las mujeres y estas últimas terminan dudando de sus capacidades. Citando a Gilligan (1983), describen que se subestima entonces la ética del cuidado, que se sirve de atributos como la intuición, intimidad, contextualidad, responsabilidad y empatía, en algunos casos incluso valorándose como atributos deficitarios de las personas, en favor de una ética de la justicia que valora el conocimiento científico objetivo, la independencia, la autonomía, la utilización de principios abstractos generales sobre el funcionamiento del mundo y “lo justo”.

Las categorías epistemológicas que definieron, informan las concepciones del mundo que las mujeres han desarrollado y sus maneras de conocerlo y están descritas a partir de la metáfora de la voz y el silencio, haciendo alusión a cómo comúnmente las opiniones, ideas, pensamientos de las mujeres son poco valoradas y/o ignoradas, desconfiando de sus propia voz y hacia un descubrimiento y revaloración de ella. Estas categorías demarcan un transcurso a lo largo de varias posiciones transitando desde una visión del conocimiento como objetivo, universal y adquirido por parte de una autoridad, a una donde el conocimiento es construido, contextual, subjetivo, encarnado en lo cotidiano y en las relaciones personales.

En una primera posición ubican la categoría de *silencio*, en aquellas mujeres que se visualizan como ajenas y distantes del conocimiento que es dado por una autoridad a la que deben escuchar (obedecer). Conciben cuestiones como la moral y la vida en términos polares, sin apreciar matices y se describen a sí mismas a partir de las descripciones que otros hacen de ellas, no valoran su voz y comúnmente se conciben de manera devaluada.

En la segunda categoría, *el conocimiento adquirido*, se ven capaces de adquirir el conocimiento que viene de una autoridad e incluso reproducirlo, pero no de generarlo, además de que equiparan el aprendizaje con escuchar a los expertos. Asimismo, en muchos casos la mujer se ve obligada a buscar en su interior el

conocimiento, su propia voz, precipitadas por sucesos que dan fin a la dependencia que tenían de otros, como la esposa y madre abnegada que no desarrolló una profesión y que experimenta un divorcio o fallecimiento del esposo, como lo describen Hicks y Anderson (1991). Experiencias como éstas, que representan el colapso de una autoridad masculina, cimbran la identidad de estas mujeres a la vez que pueden impulsarlas hacia nuevos descubrimientos en sus vidas.

Comúnmente precipitadas por el colapso de la autoridad masculina se desplazan hacia el *conocimiento subjetivo*, categoría que describen como el momento en que caen en cuenta del carácter personal y subjetivo del conocimiento y de su capacidad para construirlo a partir de su propia experiencia, distanciándose de una confianza ciega en las autoridades y valorando ahora a todo el conocimiento como válido en relación con su contexto, donde surge ahora una multiplicidad de opciones posibles. Además, suelen mostrar inconformidad ante las autoridades y privilegian su intuición, volteando su mirada hacia su interior, proceso en el cual pueden aislarse.

En ocasiones las mujeres encuentran en el conocimiento subjetivo autoridades benignas y confiables, punto en que reconocen y utilizan los grandes procedimientos de obtención de conocimiento como la observación, al cual las autoras denominan *conocimiento procedimental*. Entonces, el conocimiento experto es capaz de convivir con la intuición y existe la posibilidad de comunicar el conocimiento que encuentran, tornándose en este proceso, en personas más pragmáticas. Las autoras describen aquí dos formas de conocer, inspiradas por las concepciones del self de Gilligan (1983): la del *conocer separado*, donde la persona se distancia de aquello que está conociendo: el objeto, y el *conocer en contacto*, en donde la persona se relaciona con aquello que quiere conocer, proceso en el cual se construye el conocimiento.

La última posición que plantean las autoras es la del *conocimiento construido*; cuando se reconoce en éste su carácter subjetivo, contextual y construido, se reconocen a sí mismas como capaces de generarlo y valoran por igual su razón e intuición.

El trabajo de Belenky, Clinchy, Goldberger, Tarule (1986) traza un mapa por medio del cual se puede abordar las maneras posibles que las mujeres han desarrollado para acercarse al conocimiento, monopolizado por los hombres y formas eminentemente “masculinas” en la sociedad patriarcal y cómo se posicionan respecto al mismo, a la vez que inserta la perspectiva temporal, permitiendo enfocar los sucesos importantes en la vida de las mujeres y los efectos que tienen en sus historias de vida.

Beauvoir (2016) menciona que la vejez es aún más desfavorecedora para las mujeres, pues describe que el tabú impuesto sobre la sexualidad en los viejos es más fuerte en el caso de ellas y marca una diferencia general sobre lo que sucede cuando los hombres llegan a la vejez de lo que les sucede a las mujeres. Los primeros, al verse obligados a retirarse de sus labores, alrededor de las cuales formaron gran parte de su identidad, experimentan una ruptura, deben pues adaptarse por completo a un nuevo estilo de vida. Las mujeres que tradicionalmente han dedicado su vida al hogar no experimentan tal ruptura y este periodo acarrea incluso algunas ventajas, ostentándose incluso como superiores al hombre en su trinchera: el hogar. Evidentemente las mujeres a las que hacía referencia Simone de Beauvoir son aquéllas que dedican su vida al hogar, hecho cada vez menos común hoy en día, pero que probablemente representa en la actualidad un gran sector de la población en adultez mayor. Asimismo, el ideal impuesto a los hombres de masculinidad no se contradice con el status de vejez, mientras que el de feminidad se contrapone al de belleza, dulzura y frescura que se exige de las mujeres.

Para McGoldrick (1991) la visión del desarrollo psicológico había sido relegada a lo masculino, con la mujer cumpliendo un papel complementario, de madre, cuidadora, procuradora de las relaciones, mientras que la mayoría de teorías referidas al desarrollo, favorecían atributos como la autonomía y la individualidad, asociados generalmente con lo masculino, como sinónimos de madurez, relegando la expresividad, cercanía con otros y el cariño. Además describe que la teoría del desarrollo de Erick Erikson enfatiza sólo en las etapas tempranas del desarrollo la

relación con otros, mientras que hacia la adultez las cuestiones relacionales ceden en favor de la individualidad, en general una definición de la identidad separada de los demás. La mujer, comúnmente cede en la realización de sus necesidades personales en favor de un proyecto: la familia y las demandas que los hijos requieren, su identidad se limita a su quehacer como madre/cuidadora. La autora aboga en favor de una visión del desarrollo que ubique el desarrollo del individuo en el contexto psicosocial y multigeneracional en el que está inserta la familia, así como la reivindicación del hombre como un padre presente; no como mero apoyo de la madre en los cuidados de los hijos, sino como parte fundamental de esto, lo cual pasaría a formar parte de su propio desarrollo. Asimismo, Braverman (1991) analiza el mito de la maternidad, con origen en la Revolución Industrial, mediante el cual este hecho se había entendido como algo instintivo y propio de las mujeres, y que, de esta forma, se ha delegado exclusivamente el cuidado de los hijos. Añade que este mito ha permeado incluso la Psicología y que la culpa opera en favor de la perpetuación del mismo, pues opera como mecanismo para alinear a las mujeres a un estándar de madre ideal. Incluso, como relata Imber-Black (1991) se reporta que muchas veces las mujeres en la familia son quienes la llevan a los sistemas sociales de atención como los de salud.

2.1.8 El yo saturado, construccionismo social y la construcción social de la vejez

Gergen (2006) relata que los avances tecnológicos han dado pie a lo que él llama una *eliminación posmoderna del yo y multifrenia*. Destaca cómo las tecnologías, específicamente las de comunicación, propician un estado de *saturación social*, una apertura a relacionarnos de manera directa o indirecta con más personas que nunca antes, a escuchar más voces que informan nuestras vidas, lo cual está resultando en una transformación del self.

Se refiere a las concepciones del yo en el romanticismo y el modernismo, las cuales, aunque han permanecido, cada vez están siendo más erosionadas por la saturación social y por el posmodernismo que ha puesto en tela de juicio las certezas. Traza el origen de la concepción del yo individual que prima en la

actualidad a finales del siglo XVIII y señala un espiral en el que los individuos parten de las concepciones que tienen de la vida para describir sus estados, exigiendo profesionales, para tratar sus condiciones de vida, lo que lleva a los profesionales a ampliar su vocabulario a uno aún más especializado. Este ciclo explica el cada vez más amplio catálogo de enfermedades y trastornos disponibles para describir la vida de las personas (Gergen, 2006).

La concepción romántica del yo surge en los siglos XVIII y XIX, en donde se hicieron a un lado los valores de la Ilustración como el culto a la razón, y se revaloraron los estados interiores ocultos, lo misterioso, lo fantástico y las pasiones como grandes impulsos de la acción humana y del genio de algunos cuantos. El psicoanálisis Freudiano fungió como puente entre la concepción romántica y modernista del yo, retomando la importancia de los impulsos internos, más allá de la conciencia, pero haciéndolo desde un lenguaje especializado más propio del modernismo, como forma de dilucidación de una personalidad que permanece oculta (Gergen, 2006).

A finales del siglo XIX surgió un renovado interés por la razón y con ello, una conciencia modernista. El desarrollo de las ciencias y la promesa del creciente progreso inaugurarían una etapa de cambios políticos, económicos y sociales en que las tecnologías abrazaban la razón y la observación, herramientas de las ciencias, como maneras de acceder al progreso. La primacía de lo observable, medible y cuantificable expandió los métodos de las ciencias naturales a los de las ciencias sociales y con ello surge la Psicología. La producción en masa, el positivismo y las máquinas se mostraron como evidencias del progreso, utilizándose como metáforas para referirse al funcionamiento humano y a la búsqueda de su esencia por medio de la observación. El yo ya no se define en ese momento como pasional, irracional y oculto, sino como ordenado, racional, autónomo, coherente y accesible por medio de la observación, tarea de la recién fundada Psicología. El Cognoscitivismo equiparó al ser humano con la computadora y las teorías del desarrollo, como la de Erik Erikson, validaron un desarrollo normal del ser humano, con una identidad fija, estable y coherente. Se valora la autonomía y la

independencia como muestras de un carácter deseable y la acción razonada por encima de la emoción; además, se concibe como una educación adecuada a la modelación por medio de técnicas de modificación de la conducta como forma de producir al ciudadano modelo que se alejará del camino incorrecto (Gergen, 2006).

Las tecnologías de saturación social dan pie al surgimiento de una era posmoderna, en donde se ponen en tela de juicio las verdades e incluso el carácter neutral del lenguaje. Gergen utiliza la imagen de un pizarrón en blanco como superficie sobre la que el individuo puede recrear su identidad y reformarla en la medida de lo posible. Asimismo, no descarta la utilidad de los discursos románticos y modernos, pues valora que presentan algunos convenientes pero también valora las posibilidades infinitas que el posmodernismo trae a colación y el cuestionamiento perpetuo que los otros dos no ofrecen. El posmodernismo ofrece la posibilidad de cuestionar el progreso y de deconstruirlo, volteando la mirada a los efectos colaterales de éste, como la hambruna, las guerras y la pobreza o el deterioro ambiental. Además, el individualismo pasa a segundo plano, pues se destacan las relaciones en las que entra en contacto el individuo, cuestionando la posibilidad de un aislamiento total de la sociedad, pues, simbólicamente, siempre nos encontramos en relación con otras voces que informan nuestras vidas. Los conceptos de personalidad yacen como discursos y no como verdades imborrables en tinta y como tal son posibles formas de existir en una vasta gama de redes posibles. De esta manera, la terapia posmoderna permite posibilitar nuevas formas de vivir a través de metáforas y discursos inexplorados para entender la vida propia de manera distinta y las anomalías son vistos como recovecos a explorar, no como vacíos o errores a erradicar. Así, el totalitarismo queda socavado, ya que cada discurso contiene en sí mismo la posibilidad de ser deconstruido. Las concepciones modernas y románticas del yo se erosionan con el cuestionamiento del yo individual, las certezas y la razón, en favor de una multifrenia, un estado en donde la saturación de voces es lo que prima y el yo transita hacia un estado relacional (Gergen, 2006).

Gergen (1985) describe que a lo largo de la historia el pensamiento ha discurrido entre una vertiente exógena, encabezada por pensadores como Locke o

Hume, que sitúa el conocimiento en el mundo real y que es sujeto a ser conocido por medio de la experiencia, y una endógena, a la que se adscriben Nietzsche, Spinoza y Kant, quienes postulaban de que el conocimiento es innato en los organismos. Es en la posición exógena en la que la ciencia ha fundado su tradición y de la cual la psicología está mayormente permeada. Con el Interaccionismo Simbólico, la Etnometodología y el trabajo de Berger y Luckmann como antecedentes, el autor propone el construccionismo social como una metateoría que supere la dialéctica objeto-sujeto presente en el quehacer actual de las ciencias y dirija la mirada hacia la comprensión social del mundo; hablando de cómo los entendimientos que tenemos del mundo nacen de las relaciones que tenemos con otras personas y con el contexto histórico y social. De esta forma, lo que las personas entienden como verdades lo son solamente en un sentido figurado, pues son valores acordes con el quehacer político, económico y social del momento y, como tales, no están exentos de ser cuestionados. En este punto el conocimiento se coloca como algo que se hace en comunidad, no como algo que se posee y el lenguaje forma parte vital de la creación de estos entendimientos. La ciencia, antes impenetrable, está ahora sujeta a críticas sobre la marginalización que su quehacer ha supuesto para ciertos grupos y adquiere un carácter político y moral (Gergen, 1985; Iñiguez, 2003).

El construccionismo social no pretende deshacerse de las ciencias, la objetividad y el self, sino cuestionarse sobre cómo han sido entendidas históricamente, de tal forma que cuando nos referimos a la validez de ciertas ideas o su carácter como verdadero, a lo que nos estamos refiriendo es a su adecuación a convenciones dentro de una comunidad de entendimiento en específico. Es posible hablar de una “verdad”, aludiendo al grado de adecuación que ésta tiene a entendimientos suscitados dentro de determinado grupo y éstos consisten en relaciones entre personas. La invitación que abre el construccionismo social es a buscar nuevas formas del lenguaje y de reinterpretar el mundo que ofrezcan nuevas posibilidades de acción (Gergen, 1999).

Desde esta posición Gergen y Gergen (2000) plantean que la vejez, por lo menos en Estados Unidos, se ha encontrado en una era oscura, en donde los adultos mayores resultan marginados y menospreciados, como consecuencia de valores abrazados por la cultura de aquel país como el individualismo y la productividad, que terminan por mermar la agencia personal de los ancianos al volverse éstos dependientes de otros, mientras que aquéllos que aún son capaces de cuidarse a sí mismos se exilian, permaneciendo alejados de su familia para no ser una “carga”.

Sin embargo, en el seno de estos acontecimientos se está gestando una nueva era, un nuevo envejecer en que la población de la tercera edad puede crear sus propios valores a partir de la multiplicidad de voces en el contexto actual, así como de la erosión de la noción del ciclo vital, que plantea la existencia de un curso de vida universal y que va de la mano con los estándares de productividad y la visión individualista que las tradiciones positivistas en las ciencias biológicas y sociales han abrazado a lo largo de muchos años y que el construccionismo social pone en tela de juicio.

Gergen atribuye al desarrollo de esta nueva era en Estados Unidos la explosión demográfica de la población mayor a 60 años, su creciente poder económico y el desarrollo de tecnologías de información o de saturación social, que les permiten organizarse de manera más efectiva y alcanzar visibilidad. Algunas manifestaciones de este nuevo envejecer facilitado son la de prácticas que “borran” la marca del tiempo en los cuerpos, como los gimnasios y sus rutinas para la quema de grasa, las farmacéuticas y sus productos para “frenar” el deterioro del cuerpo, el auge de la cirugía plástica, los odontólogos y los centros de belleza, la medicina, todos ellos parte de una industria con el compromiso de mantener “jóvenes” a las personas, lo cual también acarrea desventajas, al ejercer una autoexigencia sobre los cuerpos que deben permanecer jóvenes y la ansiedad que se genera en torno a esto.

Otra expresión del nuevo envejecer está ligada al poderío económico en aumento de esta población, que reclama formas de ejercer control sobre su proceso

de envejecimiento en forma de prácticas como la voluntad anticipada, la muerte asistida y la eutanasia, que garantizan un grado de agencia a la persona alrededor del final de su vida. Asimismo, existe una creciente revalorización del anciano como portador de sabiduría, noción que no es nueva, pues se remonta el arquetipo del “viejo sabio”, pero que a la luz de los tiempos actuales ha cobrado relevancia en la forma de figuras públicas de edad avanzada que son veneradas como sabios consejeros. Además, la continua representación del pasado en los medios en forma de retransmisiones de antiguos programas de televisión, alusiones a hechos históricos relevantes y de la cultura popular en general posibilita que los viejos emerjan, asumiendo el rol de testigos históricos de un pasado del que se vanaglorian de haber presenciado. Por otro lado, una reconfiguración de la productividad está sucediendo en que el halo de culpa que recubría al tiempo de ocio desaparece, así los ancianos se dedican, libres de toda culpa, a actividades de recreación como viajar, ejercitarse o llevar a cabo prácticas como yoga, entregándose al gozo sibarita.

Sin embargo, al considerar la situación de nuestro país se presentan particularidades que marcan diferencias respecto a lo que expresa Gergen que sucede en Estados Unidos; e incluso, en el caso de Estados Unidos, probablemente las condiciones a las que Gergen se refiere aplican a un sector de la población predominantemente blanco, heterosexual de clase media.

Las dificultades económicas y sociales que existen en México dibujan un panorama poco favorable para los adultos mayores, pues los mecanismos del Estado para procurar su bienestar son insuficientes. Para solventar esa carencia, surgen redes de apoyo informal como la familia, que proporcionan al adulto mayor cuidados que el Estado no puede otorgar. Lo anterior, ligado con el aumento de la expectativa de vida, resulta en una mayor prevalencia de familias en que múltiples generaciones viven bajo el mismo techo. Así, existen familias en que cohabitan hasta tres generaciones, donde el concepto de reciprocidad juega un papel importante, pues se conforma un sistema en el que los adultos mayores apoyan a la familia a la vez que reciben atenciones de ella. Además, existe una marcada

diferencia de género en este proceso, pues la mujer adulta mayor tiende a ser más incluida en este tipo de configuración familiar que el hombre, ya que su rol hegemónico es el de cuidar de otros y desempeñar labores como el de los menesteres del hogar; mientras que el hecho de que el hombre no se adhiera tradicionalmente a este tipo de tareas y su menor expectativa de vida hace menos probable que forme parte de este tipo de arreglos familiares (Gomes y Montes de Oca, 2004).

Además, las políticas públicas en México han enfocado la explosión demográfica de adultos mayores como un problema social, adoptando políticas asistencialistas que los sitúan como un grupo vulnerable, ocultando que se trata de un problema estructural, a la vez que alimentan el estigma que existe sobre la vejez como un déficit. Sin embargo es importante destacar que a pesar de que es un grupo que requiere de ayuda, sigue contribuyendo con la sociedad; por ejemplo, el papel de la mujer que ha sido invisibilizado en el mantenimiento de sus comunidades (Montes de Oca, 2001).

Por su parte Arroyo (2011) realizó una investigación cualitativa con personas adultas mayores en el estado de Durango, en torno a la sensación que las personas adultas mayores describen como “ser una carga” y plantea que esta noción está fuertemente influida por la alta valoración que se tiene del trabajo y la productividad. Así, las personas adultas mayores al dejar de desempeñar un empleo, ya sea remunerado o no (en el caso del lugar tradicionalmente otorgado a las mujeres en el hogar) experimentan una pérdida de lo que anteriormente conformaba una parte importante de su identidad. A partir de lo anterior, la autora enfatiza la necesidad de aprovechar el cambio social hacia el envejecimiento productivo para hacer a un lado la visión deficitaria de la vejez.

Se hallan entonces en esta nueva sociedad de los avances tecnológicos y la saturación de voces, retos, pero también formas de resistencia en la construcción del self. La vejez no existe como tal, sino que es producto de una serie de discursos y relaciones que le dan forma en un dado momento, como la literatura científica sobre el envejecimiento, y de ciertos valores acogidos por un contexto en que una

emergente concepción de vejez contribuye con cambios en la sociedad en general y en las políticas de identidad.

2.1.9 Miradas desde la terapia sistémica y posmoderna como resistencia

La teoría sistémica enfoca el carácter relacional de la vida de las personas y enfatiza que una autonomía y aislamiento absolutos son prácticamente imposibles (McGoldrick, 1991).

Beauvoir (2016) comenta que la vejez no acontece solamente en los individuos propiamente, sino en una dialéctica con la sociedad; es a partir de la mirada de los otros de que se define la persona como vieja. Así pues, comenta ella, no basta con sentirse joven para serlo, pues eso sería ignorar la complejidad. Para el otro es más clara la vejez que para el individuo mismo que la vive, y se nos revela nuestra vejez a partir del comentario y la mirada de los otros. Sin embargo, pese a la imagen pesimista que dibuja sobre la vejez, resalta que no necesariamente debe ser así y para ello indica mantener el ejercicio de las pasiones y de acciones que den sentido a la vida de la persona. También comenta que la manera en que el sujeto afronte su situación puede ser de más importancia que las propias condiciones en que se encuentra el cuerpo, concediendo así un espacio para que la propia persona determine su estatus de viejo.

El feminismo se sumó a la terapia familiar como una visión crítica de ella que generaría transformaciones en los supuestos básicos que ésta tenía. El poder en la familia había sido abordado por Minuchin (1974) y Haley (1980), organizado a partir de la categoría generacional, de tal manera que se procuraba una jerarquía en donde los padres ocuparan un lugar por encima de los hijos, pero en esta consideración se dejaba fuera la enorme importancia del género como organizador del poder en la familia y con ello la autoridad masculina establecida por la cultura patriarcal quedaba intacta. Las publicaciones de Rachel Hare Mustin y El Proyecto Femenino en Terapia Familiar, conformado por Betty Carter, Peggy Papp, Olga Silverstein y Marianne Walters cimbraron algunos supuestos de la terapia familiar a partir de la teorías feministas que habían criticado desarrollos en psicología como las teorías del desarrollo y escalas de adaptación, las cuales tenían un tono

predominantemente masculino. Particularmente en el caso de la terapia familiar, la visión de neutralidad en la teoría de sistemas concebía a todos los miembros de la familia como unidades intercambiables, oscureciendo las relaciones de poder, especialmente aquéllas con base en el género, dentro de la familia, las cuales este grupo consideraba era necesario cuestionar a la par que examinar el papel del género y demás inequidades en la familia y la cultura patriarcal y el papel de la mujer, que comúnmente ha construido su identidad alrededor de su rol como madre de familia y muchas veces era señalada como la culpable de los problemas que acontecían. En este sentido Hicks y Anderson (1991) comentan que la terapia debería de reforzar la idea de que una mujer soltera puede llevar una vida plena, llena de metas y productiva y que el o la terapeuta debe de estar consciente de su propia postura hacia el matrimonio, para no perpetuar creencias de la cultura patriarcal en terapia. Asimismo, Hare-Mustin (1991) menciona que mientras la terapia familiar siguiera viendo el género como un asunto periférico no podía dar un salto epistemológico (Goldner, 1991; Walters, Carter, Papp, Silverstein, 1991).

Lynn Hoffman, quien fue pionera en el movimiento sistémico discute sobre su transición desde la Cibernética e ideas modernas de la terapia sistémica hacia la terapia posmoderna, colaborativa, postestructuralista y socioconstruccionista, haciendo una crítica de las “cinco vacas sagradas de la psicología”: la investigación social objetiva, el self, la psicología del desarrollo, las emociones y los niveles jerárquicos en las estructuras del ser humano. Específicamente, sobre las etapas del desarrollo, describe que el construccionismo social tiene una visión crítica sobre estas teorías y su carácter normativo y cita a Gergen, quien habla sobre la gran variabilidad de las trayectorias de vida y cómo una gran parte del trabajo en psicoterapia se ha apoyado en estas ideas (Como se cita en Hoffman, 1991, p. 7.)

Bertrando (2011) alude a la noción de tecnologías del self, de Michel Foucault, que define a prácticas por medio de las cuales el sujeto se construye a sí mismo, se sujeta a ciertos discursos y se desengancha de otros para, por medio de ya sea una auto observación, vigilancia u operaciones que realiza sobre su cuerpo y de ciertos modos de problematizar su experiencia subjetiva se constituye para

alcanzar cierto estado de plenitud, sabiduría o bienestar. Con base en lo anterior Bertrando describe los efectos de la terapia sistémica en el self, como lo son el incremento de la capacidad para visibilizar las relaciones en el contexto de la persona y su red relacional, así como en la habilidad para pensar diferentes escenarios posibles y alejarse de una interpretación única y determinista de sus experiencias.

La narrativa ligada a las historias de vida, ha probado ser una forma útil de historiar la vida de las personas con el fin de rehistoriar significados. Laird (1991) comenta que en una sociedad en que el positivismo y la ciencia han sido abrazados como los máximos regidores, la injerencia de las historias y del género narrativo en la vida de las personas ha sido minimizada, sobretodo de las narrativas socioculturales.

Es necesario también poner atención en las políticas de autoría, pues no todas las historias son iguales, ya que grupos minoritarios o en baja jerarquía, como las mujeres, han sido marginados de contar historias o relegados a la periferia de éstas, con roles que los ridiculizan o estereotipan, como Belenky et al. (1986) explican respecto a la resonancia que las voces de las mujeres tienen en la sociedad patriarcal.

En concordancia con lo anterior, Marilyn Metta (2010) hizo una indagación en su propia biografía y la de sus padres como manera de hacer investigación etnográfica con carácter feminista y postestructuralista y a su vez reapropiarse de su pasado y el de su familia. Un ejercicio en el que, como ella describe, mediante la imaginación y memoria, y las contradicciones que de ellas surgen, emerge un lugar de re-negociación que da pie al surgimiento y la reafirmación de múltiples identidades, siempre en relación con otras personas y su cultura; una oportunidad de problematizar su propia etnicidad y su historia, narrativas que se abren al cambio, y que son actos contestatarios al self único y encapsulado, permitiendo contemplarlo en cambio como un flujo de ideas en constante movimiento. Añade que, cuando las mujeres emprenden la descripción de una autobiografía están desafiando el

statu quo al situarse al centro de las narrativas y de la autoría, espacios de los cual la cultura patriarcal comúnmente las ha excluido.

Por otro lado, de gran relevancia para la terapia sistémica y posmoderna ha sido la noción de “ceremonia de definición”, de la antropóloga estadounidense Barbara Myerhoff, surgida del trabajo sobre etnicidad y envejecimiento que desarrolló en un centro para adultos mayores en California habitado por judíos emigrados de Europa del Este. Los habitantes de este lugar organizaron una marcha con todo tipo de elementos alusivos a su historia en la comunidad donde estaba situado el centro, para mostrar su inconformidad ante una serie de situaciones que se habían estado presentando y que consideraban injustas. La relevancia del trabajo de Myerhoff radicó en evidenciar la existencia de instancias como las que les permitieron a estas personas que vivían invisibilizadas y en condiciones de marginación reafirmar sus historias de vida y sus experiencias por medio de actos simbólicos. Asimismo, destaca el carácter performativo, de estos actos, es decir, la oportunidad que ofrecen a las personas para darse a conocer ante la sociedad y reafirmarse de la manera en que lo prefieran (Myerhoff, 1982; Myerhoff, 1986).

2.2 Modelos que guiaron los casos clínicos

2.2.1 Prácticas narrativas

Michael White, trabajador social australiano y David Epston, antropólogo neozelandés, convergieron en sus prácticas terapéuticas, en lo que ahora se conoce como el movimiento de terapia narrativa. Informados por ideas de Gregory Bateson, el antropólogo Clifford Geertz, el Postestructuralismo, el Construccinismo social, feminismo, Michel Foucault y los psicólogos Jerome Bruner y Lev Vygotsky acuñaron una práctica terapéutica que cuestiona a la Psicología, la Psiquiatría y sus postulados individualistas y que se mantiene crítica de los efectos normalizadores que tienen estas disciplinas sobre la vida de las personas (Madigan, 2010; White, 2009).

Michael White ejercía la práctica de la terapia familiar pero en cierto momento se interesó específicamente por las ideas que le habían dado vida a este campo, específicamente el trabajo de Gregory Bateson. Además se interesó en el trabajo del pensador francés Michel Foucault. Sus renovados intereses lo llevaron a desarrollar nuevas formas de hacer terapia que aplicó en problemas de encopresis en niños (White, 2002; Madigan, 2010).

Por su parte, David Epston, fascinado por las ideas de las ceremonias de definición, ritos de pasaje, y de la antropología cultural, exploraba las posibilidades que ofrecían la metáfora literaria en la terapia y la narrativa, para que la gente se distanciara de sus problemas a través de entrevistas etnográficas que realizaba a las personas que lo consultaban (Madigan, 2010).

Hacia finales de la década de los 70's ambos ya conocían el trabajo del otro y en 1981, en una conferencia de terapia familiar en Australia se conocieron, en lo que marcaría el inicio de una fructífera colaboración que dio lugar a lo que hoy se conocen como prácticas narrativas (White, 2009).

El punto de partida de las prácticas narrativas son las ideas de Michel Foucault, principalmente su análisis sobre el poder y la relación entre éste y el conocimiento y la manera en que las prácticas de poder han moldeado las vidas de las personas (White & Epston, 1993).

Foucault deconstruyó las ideas o discursos presentes a lo largo de la historia en distintas disciplinas como el derecho, la medicina y la psiquiatría y la manera en que se han convertido en medios de control social, entrelazándose conocimiento y poder y configurando lo que conocemos como "normal". En este proceso identificó ciertas teorías o ideas, que mediante sus prácticas convierten a los sujetos en objetos, al darles forma a sus identidades. Discernió así "modos de objetivación" como lo son las prácticas de división, la clasificación científica y la subjetivación (Madigan, 2010).

En las prácticas de división describió que existe un aspecto social y uno espacial; social porque formas de objetivación son inscritas en ciertos grupos

sociales que son “diferentes” y espacial porque son físicamente separados al mostrarse diferentes. Como ejemplo de estas prácticas se cita el confinamiento de los pobres y vagabundos en el Hospital General de París en el siglo XVII, el surgimiento de la psiquiatría y su entrada en instituciones de salud, así como las prisiones y la marginalización de personas con VIH, más recientemente (Madigan, 1998).

La clasificación científica es otro modo de objetivación que describe Foucault por medio del cual los conocimientos de las ciencias son inscritos en los cuerpos por medio del examen, evaluando la adecuación de los cuerpos a estos conocimientos, que a su vez están ligados a ciertas normas sociales. Se determina entonces, la normalidad o anormalidad del sujeto mediante estas técnicas, atribuyéndole un estatus al mismo. Asimismo, los documentos ejercen una función de consolidar la descripción hecha del individuo y facilitar una comprensión global y unitaria de los cuerpos, en lo que constituye otro medio de control social. (Madigan, 1998).

La subjetivación es la tercera manera de objetivación que describe Foucault, sin embargo es distinta a las dos anteriores, pues ésta consiste no en operaciones en las que el sujeto es pasivo, sino en las que participa activamente al adherirse a ciertas normas sociales o estándares o al decidir convertirse en seguidor de ciertas figuras políticas o religiosas. Por medio de estas acciones, la identidad de la persona se configura, de manera “performativa”, pues constantemente el individuo ejecuta operaciones que dan forma a su identidad, sin embargo la importancia de esto reside en que de ninguna manera es posible situarse fuera del discurso, sino que la persona se halla constantemente en una modalidad de auto-vigilancia, una auto-observación en relación a un diálogo interno que se establece en todo momento con normas sociales y discursos (Madigan, 2010).

Las técnicas de las prácticas narrativas responden a estas operaciones descritas por Foucault al deconstruir discursos dominantes y rastrear sus efectos en la vida cotidiana de las personas.

Asimismo, las prácticas narrativas conciben a las personas como seres interpretativos, lo que quiere decir que interpretan de manera activa sus sucesos de vida. En este punto es importante no confundir esto con el representacionismo, ya que no se trata de que a través del lenguaje se representa a la vida, sino que, como el construccionismo social lo describe, el propio lenguaje es la experiencia vivida. Además, las prácticas narrativas parten de la analogía del texto para entender la vida de las personas, lo que quiere decir que la experiencia de las personas es equiparada a la relación que establecen los lectores con el texto y con cualidades de esta misma como el acto interpretativo que supone la lectura del mismo, en que con cada lectura nueva emerge una interpretación distinta y que se interpretan los nuevos textos o experiencias a la luz de las anteriores, constituyéndose una especie de línea o tema general que determina las interpretaciones de los textos subsecuentes (White & Epston, 1993; White, 2002).

En este punto es importante la distinción del psicólogo estadounidense Jerome Bruner que señala que el pensamiento lógico o científico valora la creación de teorías, conceptos y sistemas formales matemáticos de descripción que sean abstractos y universales, enormemente promovidos por el positivismo. Bruner propone, por otro lado, que sería más adecuado para las ciencias humanas el pensamiento narrativo, que adquiere su valor a través de la verosimilitud de las historias y su capacidad para describir las particularidades de la experiencia, dejando la puerta abierta a la incertidumbre (White & Epston, 1993).

Es a partir de esta incertidumbre de la que el antropólogo Clifford Geertz comenta que la indeterminación en los textos permite que las personas interpreten los mismos de distintas maneras, poniendo en marcha su imaginación y la apertura a nuevas posibilidades. Se deduce entonces que las personas que acuden a terapia lo hacen porque el relato que han hecho de experiencia no representa de manera fidedigna sus vivencias, sin embargo debido a que es imposible que los relatos abarquen la totalidad de la experiencia, gran parte de ésta queda sin relatar, por lo que las prácticas narrativas buscan encontrar relatos alternativos, encontrando acontecimientos extraordinarios, aquéllos que no han sido relatados y que

posibilitan nuevas formas de entenderse y de actuar a las personas, que son multihistoriadas (White & Epston, 1993).

Las prácticas narrativas conciben a la identidad como relacional, distribuida, performativa y fluida. La persona está construida por sus relaciones con otras personas que determinan sus historias y sus experiencias. Por otro lado, estas historias y descripciones que construyen a las personas están distribuidas en distintos lugares, ya sea en personas, documentos, textos, medios de comunicación, etc. y en cada momento a través de las acciones y la manera en que se significan éstas, las personas se están constituyendo, como si se tratase de un *performance* que se lleva a cabo ante una audiencia. La identidad está en constante cambio, devenir, a través de todo tipo de procesos; cada ruta tomada por las personas determina las subsecuentes y las prácticas narrativas ayudan a que elijan las relaciones, decisiones, valores, compromisos y sus formas de ser preferidas (Combs & Freedman, 2016).

Concebir la identidad de esta manera implica una orientación hacia “estados intencionales de identidad”, en lugar de “estados internos de identidad”, lo cual significa referirse a los sueños, esperanzas, valores, principios, compromisos y creencias de las personas y no a cualidades internas inherentes a la persona como recursos o fortalezas que emanan de un self. Esto enlaza inmediatamente con acontecimientos significativos preferidos en la vida de las personas, personas importantes, responsabilidades y futuros deseados y facilita el proceso de re-autoría en que la persona se visualice en el “asiento delantero del coche, al volante, de sus vidas” (Carey & Russell, 2003).

Las prácticas narrativas en acción

Desde las prácticas narrativas se concibe a las personas como expertas en sus propias vidas. La posición del terapeuta es descentralizada porque el terapeuta no asume el mando de las posturas que las personas tienen ante los problemas, pero a la vez influyente, al abrir espacios por medio de preguntas para que las personas se posicionen respecto a sus dilemas y a su voz. Existe una marcada postura ética, pero no en un sentido moderno, que enumera reglas en torno a ciertos

comportamientos, sino una ética desde la posmodernidad, que invita a las y los terapeutas a valorar el conocimiento local que tienen las personas sobre sus vidas, examinar y responsabilizarse de los efectos de sus prácticas, que pueden correr el riesgo de perpetuar discursos dominantes, lo que lleva a un constante cuestionamiento de su propio quehacer (Freedman & Combs, 1996; White, 2007).

Es importante resaltar que una de las más grandes virtudes de las prácticas narrativas es que ofrecen una oportunidad para la deconstrucción, esto es, un espacio para discutir sobre las realidades asumidas como verdades pero que en realidad surgieron en un contexto específico. Surge la posibilidad de cuestionar estas verdades y, como dice Bourdieu, “hacer exótico lo doméstico”, una apertura a que las personas se den cuenta de que ciertos modos de vida y formas de pensar modelan sus identidades y asuman una postura respecto a éstos (White, 1994).

White (2007) describe el proceso de las conversaciones de las prácticas narrativas como un viaje lleno de territorios inexplorados y utiliza la metáfora del mapa para designar a una serie de guías que detalló y que pueden ser de utilidad al aventurarse a estos territorios nuevos y desarrollar este tipo de conversaciones. Aclara que no para todo terapeuta son útiles estos mapas y que no deberían de ser entendidos de manera rígida, pues aunque se presentan como entidades bien delimitadas, las conversaciones narrativas son impredecibles.

Conversaciones de externalización

Tomm (citado en White & Epston, 1993) declara que en su opinión las prácticas narrativas han ampliado los horizontes de la terapia y que de las contribuciones más importantes de ésta es la "externalización del problema". La externalización del problema permite contrarrestar la objetivación de las personas a la que se refería Foucault que sucede cuando internalizan discursos en sus propios cuerpos, visibilizándose como individualmente responsables de sus problemas y cómo que estos forman parte de su identidad. La externalización consiste en la separación del problema de la persona, permitiendo que tome distancia del mismo al identificar acontecimientos que no coincidan con las descripciones que las personas hacen de sus vidas que están saturadas por el problema y que emerjan

formas de mitigarlo sin que esto suponga luchar contra sí mismas (Freedman & Combs, 1996; White & Epston, 1993; White, 2007).

White (2007) describe el mapa de la declaración de posición. Recibe este nombre ya que mediante las conversaciones de externalización se invita a las personas a tomar una postura respecto al problema de acuerdo a lo que valoran en sus vidas. Se detallan cuatro categorías de interrogatorio para desarrollar este tipo de conversaciones:

1. **Negociación de una definición del problema que sea particular y cercana a la experiencia de la persona.** Se busca de manera conjunta una definición de los predicamentos o problema por los que la persona acude a terapia. Se busca que esta definición parta de la propia experiencia de la persona para que la caracterice de la manera más rica posible y se personifique al problema. Las definiciones que parten de los propios conocimientos y de la voz de la persona permiten que salgan a flote las habilidades y estrategias de afrontar el problema que tiene la gente. Un ejemplo de esto lo constituye un niño que consultó junto con sus padres a Michael White, quienes acudieron a terapia con la etiqueta de “encopresis”, sin embargo, una definición más coherente del problema con la visión del pequeño surgió al nombrarse éste como “Sr. Travesura”.
2. **Mapear los efectos del problema.** Se indagan los efectos que el problema tiene en la vida de la persona, ya sea en sus sueños, metas, valores, planes, relaciones, así como en los distintos contextos en que se desenvuelve. Es en este punto de preguntar por la influencia que el problema tiene en la vida de las y los consultantes, donde se vuelve más evidente la externalización, pues se contrarrestan los discursos internalizados al introducir una distancia entre la persona y el problema.
3. **Evaluar los efectos de las acciones del problema.** En este punto, es preferible primero hacer un breve resumen de los efectos del problema que fueron anteriormente discutidos para poder proceder con preguntas que inviten a que la persona evalúe los efectos del problema en su vida, esto es,

que se posicione respecto a lo que ha significado y si está de acuerdo o no con ellos. Esto resulta importante también porque muchas veces las personas no tienen la oportunidad de realizar esta evaluación, sino que son las evaluaciones hechas por terceras personas como padres, amigos, maestros, especialistas, las voces que se escuchan. Es importante no aventurarse a asumir que la evaluación que se haga será negativa y apreciar la complejidad de la experiencia de la persona, ya que en ocasiones hay aspectos que le pueden resultar útiles a la persona. Algunas preguntas que se pueden utilizar son ¿Estás de acuerdo con esto que hace el problema? ¿Qué significan para ti las consecuencias de lo que hace el problema en tu vida?

4. **Justificación de la evaluación.** Hace referencia a los porqués de las evaluaciones anteriormente. Se pregunta ¿Por qué? En referencia a las conclusiones a las que llegan las y los consultantes de estas evaluaciones. Estas preguntas no van dirigidas a elucidar entendimientos internos sobre la conducta humana, pues estos aluden a la existencia de un self interno con cualidades específicas, tal vez por esta razón muchas veces en terapia las personas no saben qué responder cuando se les preguntan los porqués. Las preguntas en esta etapa hacen referencia a estados intencionales de identidad, haciendo posible que emerjan en la conversación los sueños, compromisos y valores de las personas.

Asimismo, se utilizan preguntas de influencia relativa, llamadas así ya que indagan sobre los efectos que tiene el problema sobre la familia o persona y los que tiene la persona o familia sobre el problema. Éstas soportan el proceso de externalización ayudando a separar a la persona del problema, además de servir como vía de entrada a acontecimientos extraordinarios y fortalecer la agencia personal de las y los consultantes (White & Epston, 1993; Madigan, 2010).

El proceso de externalización se asemeja al de una investigación que hace un periodista al acercarse a un escándalo de corrupción, indagando sobre los mecanismos que hicieron posible que sucediera el acontecimiento, de la misma

forma, el o la terapeuta, mediante preguntas invitan a las personas a indagar sobre las operaciones o mecanismos que dan vida al problema. White explica que no en todos los casos lleva a cabo la externalización del problema ya que hay ocasiones en las que la identidad de las personas no está totalizada por el problema y se pueden tener otro tipo de conversaciones directamente (White, 2007).

Conversaciones de reautoría y acontecimientos extraordinarios

La analogía del texto hace posible asumir la existencia de distintas interpretaciones, así como situarnos en un marco sociopolítico. La experiencia de las personas está influenciada por discursos dominantes de verdad, a través de distintas técnicas de poder, que les llevan a considerar relatos que no representan su experiencia de la mejor manera, lo que les lleva a experimentar problemas. Estos relatos a menudo conllevan conclusiones negativas sobre la identidad de las personas y enlazan secuencias de acontecimientos de fracasos y pérdidas en su vida. Las conversaciones de reautoría permiten abrir espacios para rehistoriar las vidas de las personas, enlazando historias de éxitos, victorias, posturas éticas, valores, compromisos y sueños, hechos que han sido marginalizados de su experiencia por el relato dominante. Además, este proceso de reautoría invita a que las personas desarrollen y visualicen a futuro estos estados intencionales de identidad en sus vidas (White & Epston, 1993; White, 2007).

A partir del sociólogo Erving Goffman (citado en White, 2007) White retoma el concepto de acontecimientos extraordinarios, que define a eventos que son invisibilizados de la experiencia en favor de otros que son comunes entre sí y que crean una trama coherente. A pesar de que la experiencia es rica, son pocos aspectos de ésta que son significados por las personas, y estos pocos son aquéllos que coinciden con la trama de la historia dominante, existiendo acontecimientos extraordinarios que son dejados fuera de la misma e invisibilizados porque representan una ruptura respecto a ella, sin embargo pueden representar aspectos positivos para las personas y para el desarrollo de historias más acordes con su experiencia y sus modos preferidos de vivir.

White (2007) presenta dos mapas distintos para conversaciones de reautoría y las conversaciones que señalan acontecimientos extraordinarios, sin embargo también menciona que éstos sirven como base para la realización de las conversaciones de reautoría, por lo que aquí se analizan de manera conjunta ambos mapas.

Para las conversaciones que señalan acontecimientos extraordinarios White (2007) presenta la segunda versión del mapa de declaración de posición, presentado para las conversaciones externalizantes. Si bien existen similitudes, en este caso en lugar de enfocarse en el proceso de externalización del problema se persiguen los relatos alternativos a los dominantes a partir de la identificación de acontecimientos extraordinarios. White comenta que varios terapeutas han comentado que este mapa les ha sido de utilidad para no limitarse únicamente a señalar ellos mismos aspectos positivos de la persona como si debieran de convencerlos de éstos, asumiendo la autoría de sus historias, sino que les ha permitido mantener la postura descentralizada pero influyente que se busca en terapia narrativa. A continuación se presenta el mapa:

1. **Negociación de una definición del acontecimiento extraordinario que sea particular y cercana a la experiencia de la persona.** El terapeuta busca por medio de preguntas una descripción detallada de los acontecimientos extraordinarios, ya sea en el pasado o en el futuro. Algunas preguntas que puede hacer son ¿Hay algún momento en que hayas podido hacerle frente a esta situación? ¿Qué piensas que te ayudó a mantenerte firme ante esto que se te presentó?
2. **Mapear los efectos del acontecimiento extraordinario.** El terapeuta pregunta por los efectos o consecuencias que el acontecimiento extraordinario tuvo en distintos ámbitos de la vida de la persona, esto además puede ayudar a que emerjan historias alternativas distintas a las saturadas en el problema y a visualizar otros acontecimientos extraordinarios.
3. **Evaluar el acontecimiento extraordinario y sus efectos.** Es de utilidad que el terapeuta haga un breve resumen de lo comentado para después

comenzar a preguntar sobre lo que supone para la persona el acontecimiento extraordinario y si sus conclusiones son positivas o negativas, dejando abierta la puerta a que no siempre serán positivas. Algunos ejemplos de preguntas en esta categoría pueden ser ¿Esto que me comentas es algo positivo para ti? ¿Qué opinas de lo que sucedió?

4. **Justificación de la evaluación.** Ligada a la categoría anterior, el terapeuta pregunta los porqués de las conclusiones que expresó la persona. Algunas preguntas como ¿Por qué opinas esto sobre esto que hiciste? ¿Por qué está mal/bien para ti? pueden ser de ayuda.

Como se mencionó antes, los acontecimientos extraordinarios representan la base para conversaciones de reautoría en donde emerjan relatos alternativos más acordes con la experiencia de las personas y sus estados intencionales de identidad. A partir de la analogía del texto, de la metáfora literaria y la revisión de autores sobre lo que constituyen buenos textos, así como la relación que se establece entre éstos y los lectores, White retoma para el mapa de conversaciones de reautoría los conceptos de Jerome Bruner de panorama de acción y panorama de identidad, dos categorías que guían las preguntas de estas conversaciones (White, 2007).

El panorama de acción está compuesto por los eventos y descripciones de estos en términos de lugar, tiempo y modo (¿Qué? ¿Dónde? ¿Cuándo? ¿Quiénes? ¿Cómo?) que forman una trama a lo largo del tiempo. Por otro lado, el panorama de identidad lo conforman los estados intencionales de identidad de las personas, las conclusiones que las personas extraen de lo relatado en el panorama de acción, que pueden ser valores, metas, aprendizajes, reflexiones. Ambos panoramas se van entrelazando a lo largo de distintas preguntas en la conversación, dando pie al desarrollo de historias alternativas a la historia dominante saturada del problema. Asimismo, se cuestionan los discursos dominantes y aspectos de éstos que han mantenido una identidad problemática para la persona, dando lugar a posibilidades para encontrar discursos diferentes que le permitan verse de manera distinta y espacios de resistencia al identificar historias subordinadas (Madigan, 2010).

Andamiaje y agencia personal

Los conceptos de Lev Vigotsky (citado en White, 2007) de zona de desarrollo proximal y de andamiaje permiten comprender lo que sucede en terapia narrativa. Vigotsky consideraba que el aprendizaje no se suscitaba de manera individual, sino que se construía en la colaboración social, y que en este proceso existía una zona, a la que llamó *zona de desarrollo proximal*, la cual determinaba lo que era posible por conocer y que, con la colaboración de otras personas, ésta se puede extender, formándose así un andamiaje hacia territorios inexplorados (White, 2007).

En las prácticas narrativas las personas transitan de lo conocido, el actuar en consonancia con sus historias dominantes, hacia lo posible por conocer, sus estados intencionales de identidad. Esto les permite posicionarse respecto la situación en la que están y tomar decisiones desde una postura de agencia personal. White explica que la concepción dominante en occidente de agencia personal es una individual, proveniente de un self interno, y de la presunción de la existencia de un curso de desarrollo en el cual se surgen recursos internos; sin embargo cuando la persona se enfrenta a situaciones que no puede resolver, se le responsabiliza de su incapacidad y se le etiqueta de incompetente. En cambio, White parte del trabajo de Vigotsky para visualizar a la agencia personal y a la acción responsable no como nociones individuales que parten de un self interno, sino como construidas a partir de la colaboración social, de un entramado que las hace posibles. Es entonces que las conversaciones en terapia narrativa proveen un andamiaje para que las personas transiten hacia otros territorios (White, 2007).

White (2007) detalla el mapa de conversaciones de andamiaje, detallando cinco tipos de tareas de aprendizaje en donde la persona comienza desde una distancia corta de sus experiencias de la persona hacia lo que le es posible de conocer, distanciándose progresivamente hacia nuevos estados intencionales de identidad:

1. **Tareas de distanciamiento de bajo nivel.** Soportan el desarrollo desde lo familiar y que es bien conocido por la persona por medio de preguntas que inviten a atribuir significados a eventos poco familiares o que han pasado desapercibidos.

2. **Tareas de distanciamiento de medio nivel.** Estas tareas proveen el terreno para que las personas establezcan cadenas de asociación, esto es relaciones, o establezcan comparaciones entre eventos que les son familiares o conocidos.
3. **Tareas de distanciamiento de medio-alto nivel.** Estas tareas invitan a las personas a evaluar o reflexionar a partir de cadenas de asociación entre eventos familiares establecidas antes.
4. **Tareas de distanciamiento de alto nivel.** Tareas que invitan a las personas a extraer conclusiones o principios de vida a partir de los aprendizajes extraídos de las cadenas de asociación.
5. **Tareas de distanciamiento de muy alto nivel.** Estas tareas invitan a la persona a desarrollar modos preferidos de dirigir su vida en un futuro y de planear acciones futuras.

Este mapa permite comprender de manera general el proceder en terapia narrativa, pues es posible observar, por ejemplo, cómo White detalla, el trayecto recorrido en las conversaciones de reautoría y las conversaciones externalizantes (White, 2007).

Otras preguntas

En la Tabla 2 se detallan otros tipos de preguntas empleadas por Madigan (2010).

Tabla 2. Preguntas empleadas por Madigan (2010).

Tipo de pregunta	Descripción	Ejemplos
De re-descripción única	Desarrollan significados a partir de una redesccripción que las personas hacen de sí mismas y/o sus relaciones en vista de los acontecimientos extraordinarios.	¿Qué dice esto sobre ti que de otra manera no hubieras sabido? ¿Qué persona en tu vida crees que note esto primero? ¿Al permitirte hacer esto crees que eso te acerca

		a ser la persona que quieres ser?
De posibilidades únicas	Invitan a las personas a especular sobre su futuro a partir de acontecimientos extraordinarios y re-descripciones únicas.	¿Cuál crees que va a ser el siguiente paso en tu vida ahora que te diste cuenta de esto? ¿Es una dirección que te gustaría seguir tomando en el futuro?
De circulación única	Abren la posibilidad de que la nueva historia sea compartida con otras personas significativas.	¿Hay alguien a quien te gustaría contarle sobre este nuevo rumbo que has tomado? ¿Quién crees que esté más emocionado cuando se entere de esto que me dices?
De la experiencia de la experiencia	Invitan a las personas a mirar su propia historia desde la mirada de otros.	¿Qué crees que aprecio de ti ahora que escucho que has dejado a un lado eso atrás? ¿Qué crees que piense tu amigo sobre estas decisiones que me comentas que vas a tomar?

Documentos terapéuticos

Los documentos son valorados en la cultura como medios de descripción de las personas y han sido utilizados para dejar por escrito los resultados de las evaluaciones a las que son sometidas las personas, por tanto, consisten en parte fundamental de lo que Foucault llamó prácticas de división. Harre planteó que los expedientes psiquiátricos funcionan como prácticas de exclusión a los que solamente los profesionales tienen acceso. Por otro lado, existen galardones, que funcionan como prácticas de inclusión, pues plasman conocimientos locales a los que se les confiere un valor y pueden ser vistos por la comunidad de la que forman parte (White & Epston, 1993).

En la terapia narrativa se puede hacer uso del poder conferido a éstos, realizando documentos terapéuticos como certificados, declaraciones de principios y cartas antes, durante y al finalizar el proceso terapéutico, con el fin de consolidar los modos preferidos de vivir de las personas, así como los significados que asignan a sus acciones, sus valores, principios y conocimientos. Los documentos deberán ser redactados en el lenguaje del consultante y dejar en claro que se trata de conocimientos locales, particulares a la experiencia del consultante, pues si no se hace esto se corre el riesgo de ser reproducido como normas universales. Adicionalmente, se pueden poner en circulación estos documentos ante una audiencia para legitimar estas experiencias (Newman, 2008).

Innovaciones en la práctica narrativa: mirando hacia el futuro

Las prácticas narrativas están en constante innovación y abiertas a la influencia de otras disciplinas y quehaceres. Prueba de esto son las ceremonias de definición con testigos externos, práctica desarrollada por White e influenciada por la propuesta de equipos de reflexión de Tom Andersen, así como la noción de las ceremonias de definición, de Barbara Myerhoff (1982), la cual es retomada en las prácticas narrativas como la realización de sesiones con la participación de una audiencia, con la finalidad de que ésta sirva como testigo a las conclusiones que los consultantes han llegado sobre su vida y legitimar sus relatos alternativos (Zavala, 2014).

Otros ejemplos de desarrollos más recientes que dan cuenta la flexibilidad de las prácticas narrativas y el provecho que se puede sacar a la creatividad de las y los terapeutas son el árbol de la vida (Denborough, 2008), una dinámica utilizada con personas que han vivido experiencias difíciles; el equipo de la vida (Denborough, 2012) para trabajar sobre lo que es importante para las personas y celebrar de manera colectiva los logros y su identidad; el relato sobre el trabajo con personas que consumen drogas y sus prácticas de autocuidado que hace Butterworth (1999); el uso de cómics para apoyar la externalización descrito por Latorre-Gentoso y Morales (2017) y el trabajo con hombres que han recurrido a la violencia en sus relaciones íntimas de Todd Augusta-Scott (citado en Denborough, 2006).

2.2.2 Terapia breve centrada en soluciones

La terapia breve centrada en soluciones surge en Milwaukee, en el Centro de Terapia Familiar Breve (BFTC) enormemente influenciado por el trabajo realizado en el Mental Research Institute, en Palo Alto, California, el cual a su vez había sido influido por las ideas de Gregory Bateson, la Teoría General de Sistemas y por la terapia que Milton Erickson ejercía. El equipo de trabajo del BFTC, conformado por los esposos Steve de Shazer e Insoo Kim Berg, Michelle Weiner-Davis, Bill O'Hanlon, Scott Miller y Eve Lipchik inicialmente seguía la terapia desarrollada por el MRI, aunque con el paso del tiempo su abordaje se modificó al centrarse en amplificar las pautas de soluciones que contribuyen a desaparecer el problema en lugar de interrumpir las pautas que lo mantenían. Fue así entonces como surgió el Modelo de Terapia Breve Centrada en Soluciones (García, 2013; O'Hanlon, 1990).

La Teoría General de Sistemas fue creada por Ludwig Von Bertalanffy en un intento por explicar la manera en que los sistemas se organizan. Alrededor de esta teoría, especialistas de distintos ámbitos se reunirían para analizar en los sistemas procesos de organización como las jerarquías y el equilibrio y cambio de los sistemas, impulsados por procesos de retroalimentación dentro de los mismos (Arnold & Osorio, 1998; Eguiluz, 2004; Gray & Rizzo, 1969).

Asimismo, como producto de las Conferencias Macys organizadas en Estados Unidos por el biólogo Gregory Bateson y la antropóloga Margaret Mead junto con otros intelectuales, alcanza notoriedad la Cibernética, término acuñado por el matemático Norbert Wiener para referirse al estudio de la comunicación y el control en los sistemas. Al igual que la TGS, la Cibernética aborda los conceptos de información, entropía, neguentropía y retroalimentación, introduciendo además un desafío a la noción newtoniana y lineal de causa-efecto con la noción de circularidad, manera de designar al hecho de que una causa es a la vez efecto, creándose un rizo entre estos dos (Bertrando & Toffanetti, 2000; Ceberio y Watzlawick, 1998).

Por otro lado, es importante mencionar el trabajo del psiquiatra Milton Erickson, considerado pionero de la terapia breve. La terapia que él desarrolló no partía de teoría alguna y desconcertaba a más de uno, ya que mostraba poco interés por las causas de las patologías que las personas presentaban, pero una gran pericia para incitar el cambio en ellas, mediante procedimientos que podrían ser extravagantes. Llamaba enfoque de la utilización al provecho que sacaba de todo tipo de creencias, habilidades o incluso aspectos que podrían ser considerados en algunos casos como déficits en favor del desbloqueo de las problemáticas que presentaban los consultantes. Confiaba en que las personas podían salir adelante rápidamente, ya que su supuesto principal era que las personas tenían un impulso básico hacia el cambio y el mejoramiento y que lo único que había que hacer era desbloquear esos recursos en favor de ello. Además, prestaba una gran importancia a la comunicación, sobre todo a la indirecta, la cual establecía por medio del uso de metáforas y procedimientos como la hipnosis (O'Hanlon, 1990).

En 1959, un psiquiatra llamado Don Jackson funda el Centro de Investigación Mental, MRI, por sus siglas en inglés, en el cual se llevaron a cabo investigaciones sobre la interacción en los sistemas humanos a partir de la Cibernética, Teoría General de Sistemas el estudio del trabajo de Milton Erickson y la observación de la comunicación en las familias con un miembro con diagnóstico de esquizofrenia en psicoterapia. Dichas investigaciones eran llevadas a cabo por profesionales de

distintas disciplinas, entre los cuales se encontraba Gregory Bateson. A partir de las ideas desarrolladas en este grupo en 1966 se funda como parte de esta institución el Centro de Terapia Breve, con el fin de crear una terapia de corte más breve que las que existían, centrada en los problemas del consultante, en lugar de las causas profundas de su malestar. El grupo que encabezaba este proyecto estaba conformado por el psiquiatra Richard Fisch, Paul Watzlawick, psicólogo de origen austriaco y el químico John Weakland. El modelo que surgió parte del supuesto de que los problemas se forman y mantienen debido a que ante dificultades normales propias de la vida las personas a veces emprenden iniciativas de solución que no funcionan, persistiendo en las mismas e incrementando la intensidad de éstas, lo cual conduce a un círculo vicioso en que las soluciones intentadas dan vida y mantienen al problema, y en donde los sistemas sociales en que interactúa la persona también pueden formar parte de este círculo. De esta forma, los problemas son mantenidos cuando se enfocan de manera ineficaz las soluciones (O'Hanlon, 1990; Fisch & Schanlanger, 2002).

Sin embargo, De Shazer (1991) usa la analogía de la ganzúa para definir la esencia de la TBCS, ya que, según él, no es necesario entender la cerradura, sino la llave que abre la puerta, y si se tiene una ganzúa, ésta se puede ajustar a muchas cerraduras distintas. Análogamente, no es necesario entonces conocer la pauta que da vida o mantiene al problema, sino identificar las secuencias de solución y ampliarlas. De esta manera, la Terapia Breve Centrada en Soluciones se aleja de la ruta seguida por el modelo del MRI, aunque no niega su utilidad en ciertos casos. Además, apuesta por una mirada no patologizante de las personas, valora los factores extraterapéuticos de cambio, comúnmente mencionados en estudios sobre los factores comunes de las terapias que son efectivas y opta por una concepción del lenguaje como una realidad social, y ya no como un mero vehículo para representar la realidad. La importancia del lenguaje es abordada por De Shazer además (1991) al retomar el concepto de Wittgenstein de "juegos del lenguaje", que designa que los significados existen dentro de ciertas formas estructuradas de hablar sobre algo y señala que la psicoterapia es uno de estos juegos. En sintonía con la mirada de Wittgenstein, menciona además que la TBCS hace uso de

preguntas para elicitación de significados sobre la experiencia de las personas y que en este proceso de significar es donde aparece la distinción entre lo que se comúnmente se denomina emoción, pensamiento y cognición.

La TBCS en acción

En términos generales, el proceso terapéutico consiste en describir el problema, indagar y amplificar lo que ya está sucediendo en la vida del consultante que resulta positivo y las excepciones a la queja, ofrecer retroalimentación y medir y amplificar los cambios que se suscitan respecto al problema (De Jong & Kim Berg, 2002).

Selekman (1996) basado en la TBCS y en las contribuciones que hicieron O'Hanlon y Weiner-Davis resume en diez postulados los fundamentos de la TBCS:

1. **La resistencia no es un concepto útil.** La resistencia parte del supuesto de que el terapeuta se mantiene inmóvil y son los consultantes los que tienen que cambiar. Lo que es necesario es que el o la terapeuta encuentre las formas de cooperar con el consultante y se adapte a éstas en beneficio del cambio.
2. **La cooperación es inevitable.** El o la terapeuta debe estar atento a la idiosincrasia del consultante para así atender a la mejor manera de cooperar con él o ella.
3. **El cambio es inevitable.** Según los budistas el cambio es un proceso que ocurre en todo momento. Si el o la terapeuta tienen y crean expectativas sobre el mismo esto influirá positivamente en los resultados de la terapia.
4. **Sólo se necesita un cambio pequeño.** Pequeños cambios llevan consigo otros más grandes. De la misma forma, aunque a terapia familiar acudan sólo algunos miembros de la familia estos cambios repercuten en toda la familia.
5. **Los pacientes cuentan con las fuerzas y los recursos necesarios para cambiar.** Los consultantes cuentan con historias de victorias y lados fuertes que les han ayudado a salir adelante en otras ocasiones y es más útil en psicoterapia enfatizar éstos que los aspectos del problema.

6. **Los problemas son intentos fallidos de resolver los conflictos.** Los problemas son mantenidos por intentos de solución ineficaces en los que la gente se esfuerza intentando lo mismo pero con mayor intensidad. Intentar más de lo mismo no resulta útil, ya que mantiene la pauta del problema, lo que hace falta en esas situaciones es intentar hacer algo diferente, que rompa con la pauta.
7. **No es necesario saber mucho sobre el problema para resolverlo.** Selekman menciona investigaciones en que consultantes reportan cambios aún antes de iniciar la terapia. Los consultantes son expertos en su vida y pueden salir adelante y el terapeuta en este proceso debe resaltar esto mediante preguntas o lenguaje presuposicional.
8. **Los pacientes fijan los objetivos del tratamiento.** Los objetivos de la terapia se negocian con los consultantes y deben ser definidos claramente y alcanzables. Si el motivo de consulta supone un objetivo muy grande éste se puede descomponer en pequeños objetivos más fácilmente alcanzables.
9. **La realidad es definida por el observador y el terapeuta participa en la cocreación de la realidad del sistema terapéutico.** Los terapeutas y consultantes forman el sistema terapéutico, y se convierten en coautores de una nueva realidad más funcional para el consultante, introduciendo diferencias lo suficientemente distintas para generar cambios pero no tan grandes que sean extrañas al consultante.
10. **Existen muchas maneras de enfocar una situación pero ninguna es más “correcta” que las otras.** Los terapeutas deben aceptar que no existe una visión de las cosas que sea la correcta o verdadera, ya que existen muchas realidades y es importante ser flexible y recordar que ningún modelo terapéutico es la panacea.

De Shazer menciona (1991) que el término “breve” no alude a un número determinado de sesiones, como es el caso de la terapia breve del MRI, que buscaba que el proceso tuviera como máximo 10 sesiones. En el caso de la TBCS se refiere a la extensión del proceso como “el menor tiempo posible”.

Como García comenta (2013) en la TBCS la alianza terapéutica es muy importante para construir el contexto de relación necesaria para que se generen cambios en los consultantes. Debido a que no se concibe que las o los consultantes presentan resistencia sino que siempre están dispuestos a cooperar y que la tarea del terapeuta es averiguar cuál es el mejor estilo de cooperación según los consultantes es de utilidad ubicar primero el grado de motivación que tienen en el proceso terapéutico las personas. De Shazer (1991) describe tres tipos de consultante de acuerdo con esto:

1. **Visitante.** Cuando los consultantes comentan que no existe una queja o no ven razón alguna para estar en terapia se les denomina de esta manera. Es común este tipo de consultantes en situaciones en que por una autoridad externa como un juez o profesor solicita a las personas que acudan a terapia. Un ejemplo común de esto es cuando una familia acude a terapia debido a las conductas problemáticas que presenta un adolescente, en este caso el adolescente sería el visitante.
2. **Demandante.** Este tipo de consultantes pueden identificar una queja o situación problemática a tratar pero no se conciben como parte de la solución o que puedan contribuir en algo. En casos en que familias acuden por la conducta de los hijos, los padres que exigen al terapeuta que “arregle” a sus hijos son un ejemplo de este tipo de consultantes.
3. **Comprador.** Este tipo de cliente identifica una queja y también se ve como parte activa del proceso de solución, por lo que está motivado a emprender cambios.

García (2013) comenta que el tipo de relación entre cliente y terapeuta es dinámico y puede cambiar a lo largo del proceso, siendo la tarea del terapeuta encontrar la mejor manera de transitar hacia una relación marcada por la cooperación de comprador. Además, describe que la importancia de prestar atención a la relación es que constituye el segundo factor de eficacia terapéutica: la alianza terapéutica (30%), mientras que el primer factor son los factores extraterapéuticos (40%) los cuales son también de gran importancia para la TBCS.

El lenguaje es una realidad social en donde se crean las dificultades, es entonces que la utilización del lenguaje es vital para el desarrollo de la TBCS, pues se retoma de Erickson su uso como forma de crear expectativas de cambio en las personas mediante lenguaje presuposicional, que designa al uso de conjugaciones que suponen que las metas fijadas por los consultantes se van a cumplir. Esto influye en la motivación de las personas hacia la consecución de sus metas. Además del lenguaje presuposicional, respecto al lenguaje resulta importante adecuarse al consultante, usando sus propias palabras como medio para establecer un contacto más cercano, en beneficio de la alianza terapéutica (O'Hanlon, 1990; Selekman, 1996; Tarragona, 2006).

Lipchik (2004) declara sobre la relevancia del lenguaje que éste impulsa nuevas acciones y esfuerzos al visibilizar por medio de él excepciones y los lados fuertes de las personas. También distingue entre el proceso y el contenido en terapia, diciendo que la terapia sistémica se ha concentrado en el proceso, en las pautas de acciones, y que el viraje que se ha dado hacia el lenguaje como foco hace repensar en que por medio de éste se puede además de incidir en el contenido, en el proceso e incluso en los aspectos emocionales de éste.

El terapeuta debe negociar objetivos junto con los consultantes, éstos deben ser claros, pequeños, alcanzables e interaccionales, además de estar planteados en términos positivos. Gran parte del éxito de la terapia depende de este proceso de negociación (De Shazer, 1991).

Lipchik (2004) señala que no debe verse este como algo protocolario en que el terapeuta se desborde durante la primera sesión con la misión de delimitar metas, sino que la negociación de metas se trata de un proceso que se puede extender hasta el fin de la terapia y el objetivo es que el cliente defina qué es lo que quiere hacer en terapia. Si lo anterior no sucede, se puede correr el riesgo de desarrollar la terapia en un sentido que no es importante para el consultante, pues cabe recordar que lo importante es que la voz de la persona guíe el proceso.

De Shazer (1991) señala que ante toda queja que presentan los consultantes existen excepciones a la regla, instancias en las cuales se ha podido hacer frente a

la situación que constituye la queja pero que son invisibilizadas ya que la atención se ha centrado en los momentos en que se presenta el problema, totalizándolo. Es a través de investigar estas excepciones y ampliarlas como se puede encontrar la mejor manera de intervenir en la queja, ya que forman parte del propio repertorio de soluciones de los consultantes, al ampliar las excepciones éstas soluciones que ya forman parte del repertorio de la persona pasan a primer plano, por encima del problema.

Beyebach (1999) describe cinco pasos en torno a las excepciones:

1. **Elicitar.** El terapeuta pregunta por excepciones. A menudo los consultantes por su propia voluntad hablan de lo que ha ido mejor.
2. **Marcar.** El terapeuta muestra interés o asombro ante la excepción como forma de concederle importancia y llevarla a primer plano. La manera de hacer esto depende de la relación con el consultante y es a criterio del terapeuta.
3. **Ampliar.** Se busca que el consultante hable el mayor tiempo posible y proporcione la mayor cantidad de detalle sobre la excepción.
4. **Atribuir control.** Por medio de preguntas el terapeuta atribuye la excepción al comportamiento del consultante.
5. **Seguir.** Se pregunta por otras excepciones encadenándolas a las anteriores.

Además de las excepciones existen otros recursos que el terapeuta tiene para infundir expectativas de éxito y de soluciones en los consultantes.

Cambios pretratamiento

Weiner-Davis, De Shazer y Gingerich (1987) encontraron en una investigación que dos terceras partes de la muestra que analizó llevaron a cabo acciones que generaron cambios respecto a su problema después de la llamada para concertar terapia y antes de la primera sesión. Preguntar respecto a estos cambios es útil ya que permite visibilizar que las personas están emprendiendo acciones que han resultado efectivas y éstas se pueden ampliar mediante preguntas (Beyebach, 2013).

Preguntas de escala

El uso de escalas permite obtener una medida cuantificable respecto a distintos aspectos de la terapia. Resulta útil preguntar respecto a la queja de los consultantes que se ubiquen en una escala del 1 al 10, siendo 1 la mayor gravedad posible de la queja y 10 la resolución de la misma. A partir de la respuesta se puede preguntar qué podrían hacer para avanzar en la escala o qué es lo que han hecho para no estar en un número más bajo. Además, estas preguntas sirven como medida de evaluación de la terapia (De Shazer, 1991; Selekman, 1996; Lipchik, 2004).

Pregunta del milagro

Milton Erickson utilizaba lo que él llamaba pseudo-orientación espacial al enviar a sus consultantes ya sea al presente o al pasado con fines de búsqueda de habilidades o recursos o de crear una expectativa de cambio. Desarrolló una técnica que llamó “la bola de cristal” que consistía en que por medio de la hipnosis los enviaba a un futuro en el que habrían resuelto su problema y les pedía que describieran qué sucedía en ese futuro. Después, les inducía amnesia sobre esto y a los pocos días los consultantes referían haber superado su problema. Con base en esto, De Shazer ideó la “pregunta del milagro”, que consiste en situar a las personas en un futuro hipotético en el que ha sucedido un milagro y su problema ha quedado resuelto. Posteriormente se les pregunta ¿Cómo te darías cuenta de que esto sucedió? o ¿Qué sería diferente?. Hacer a las personas imaginar sobre un futuro en el que su problema está resuelto les induce expectativas de cambio y permite también desarrollar pautas para la solución con base en lo imaginado (O’Hanlon & Weiner-Davis, 1990).

Tareas

Pueden dejarse tareas a consultantes, a menos que sean visitantes, a quienes conviene más elogiar solamente. Estas tareas consisten en solicitar que hagan algo entre sesión o reflexionen sobre algún tema hablado. Existe una tarea que puede prescribirse de manera invariable: la “tarea de la primera sesión” que

consiste en solicitarle a los consultantes que observen lo que ocurre en el tiempo transcurrido entre la sesión en turno y hasta la siguiente las cosas que les gustan y que les gustaría que sigan sucediendo, para que la siguiente sesión se las describan al terapeuta. Esta tarea permite enfocar a los consultantes en las cosas buenas que ya están sucediendo para, a partir de esto, ampliar estas situaciones en pro del progreso hacia el objetivo terapéutico. Otra tarea que suele utilizarse es la de solicitar a los consultantes que actúen como si el milagro hubiese ocurrido (O'Hanlon & Weiner-Davis, 1990; Beyebach, 2013).

Sin embargo, Beyebach (2013) destaca que las técnicas por sí mismas no producen resultados, no se trata simplemente de hacer el tipo de preguntas anteriormente descritas y esperar que se susciten cambios, sino que con cada una de esas técnicas o preguntas el o la terapeuta continúan trabajando con más preguntas a partir de las respuestas de los consultantes, en un camino que favorezca una visión hacia el futuro y la generación de soluciones, de expectativas de cambio y de visibilizar los lados fuertes de los consultantes.

Capítulo 3. Casos clínicos

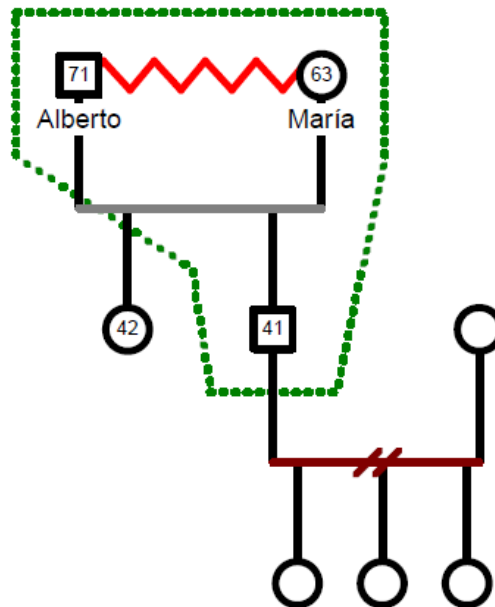
Como se mencionó anteriormente, las prácticas de la Residencia se llevaron a cabo en tres escenarios distintos: la Clínica de Terapia Familiar de FES Iztacala, la Clínica de Terapia Familiar del Colegio de Ciencias y Humanidades Azcapotzalco y la Clínica de Medicina Familiar Tlalnepantla, del ISSSTE. Cada sede tiene sus respectivas particularidades, sin embargo la forma de trabajo en los tres casos tuvo como común denominador la utilización de un equipo terapéutico, conformado por compañeros en formación y el o la supervisora, así como la estructura de sesiones que a continuación se describe:

- 1. Presesión.** El equipo terapéutico se reúne para analizar el caso y discutir posibles vías de acción. Según el modelo, se pueden plantear hipótesis sistémicas, que guiarán el curso de la sesión.
- 2. Sesión.** Se trata del desarrollo en sí de la sesión. Durante ésta, el equipo terapéutico puede hacer sugerencias y/u observaciones al terapeuta por medio de un equipo telefónico o un pizarrón, según el escenario.
- 3. Pausa.** Unos minutos antes del cierre, el terapeuta acude con el equipo terapéutico a comentar lo acontecido durante la sesión y se formula de manera conjunta con el equipo el cierre.
- 4. Cierre.** El terapeuta regresa a la sesión para comunicar las ideas que se compartieron con el equipo durante la pausa.
- 5. Postsesión.** El equipo se reúne para discutir la sesión y se pueden modificar las hipótesis o sugerir posibles vías de acción para posteriores sesiones.

Los dos casos analizados a continuación se desarrollaron bajo estas condiciones; con ellos participé como terapeuta, siempre contando con el apoyo del equipo terapéutico y la supervisión que esto supone. Los nombres de las consultantes han sido cambiados para mantener su anonimato.

3.1. Integración de dos expedientes de trabajo clínico

3.1.1. Descripción del caso 1 “María”



Sede clínica: CCH Azcapotzalco

Terapeuta: Rodrigo Murguía Rodríguez

Equipo terapéutico: Berenice González Valderrama, Ana Gabriel Valdés Santiago, Janer Manuel Balam Aguilar, Nohemí Jacqueline Cruz Santiago

Supervisor: Dr. Alexis Ibarra Martínez

Modelo terapéutico: Terapia narrativa y Modelo de Terapia Breve Centrada en Soluciones

Número de sesiones: 9

Motivo de consulta

María solicitó la atención ya que en 2010 se enteró que su marido Alberto tenía una amante, cuestión que él no admitió y desde entonces su relación había resultado afectada. Un año antes su hijo había regresado a vivir con ellos, debido a que se divorció y se salió de su casa, por lo que en ese momento su ex-nuera estaba viviendo con sus tres nietos en esa casa, que le pertenecía a María. Además, María

refería que le dolía que ya casi no veía a sus nietos y comentaba que le gustaría trabajar su desapego hacia ellos y hacia su hijo. Asimismo, describió que ya no tenía confianza hacia su marido y que había incertidumbre respecto a su relación. Decía que quería avanzar y disfrutar de su trabajo como antes lo hacía.

Antecedentes del problema

María y Alberto son ambos profesores de CCH Azcapotzalco, casados desde hace 38 años y tienen una hija de 42 años y un hijo de 41 años. Hacía unos años, María se percató de que su esposo salía con otra mujer, cuestión que ella no podía concebir que sucediera después de 38 años de matrimonio, pues comentaba que se creó un mundo ficticio al pensar que todo era feliz y que la infidelidad de su esposo atentó contra ésta. Al principio creyó que eran sus celos pero un día lo descubrió y lo confrontó, hasta que él lo aceptó; María le preguntó qué iba a pasar y él contestaba que no sabía, entonces ella le dijo que todo se había terminado y le dio 40 días para irse. María comenzó a buscar apoyo en libros, terapia y en sus amigas, a quienes comentaba que lo que más coraje le daba es que nunca le había dado gasto, ya que ella siempre trabajó desde el inicio del matrimonio y todo se repartía a la mitad. Al momento de la terapia, María no estaba segura si la relación extramarital de su marido seguía.

Creía que había sacado ventaja, pues a raíz de la infidelidad se atrevió a pedirle “el gasto” a su marido. Seguían viviendo juntos, pues María comentaba que no quería estar sola.

Además, María creía que estaba en una crisis de salud, pues olvidaba muchas cosas y estaba considerando jubilarse. Hablaba de que existía una crisis entre sus valores y su dignidad, ya que se sentía en desacuerdo consigo misma pues decía que sacó ventaja al aceptar que él le diera gasto. Él le pidió perdón y dijo que no quería terminar con su matrimonio, a lo cual ella aceptó con la condición de que se quedara a su nombre la casa. María pensó en sacarlo de la casa pero una psicóloga y un sacerdote le dijeron que no era la forma.

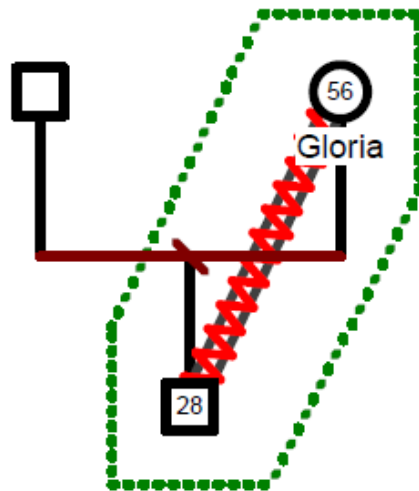
Describía que solían hacer viajes juntos al extranjero y que desde que ella se enteró de la infidelidad ella dejó de aportar dinero durante los viajes, como antes lo

hacía. A veces ella pensaba que si no lo había sacado de la casa era porque era ambiciosa, pues ella “ganaba muy bien”.

Fue a un curso para maestras donde hacían constelaciones y le ayudó mucho, además de que una psicóloga le dijo que tenía dos caminos: aceptarlo como era o dejarlo e irse. Pensaba que su marido no se había ido de la casa simplemente por comodidad, pues irse con su amante supondría un esfuerzo extra al tener que invertir de nuevo en una casa. María describía que el amor se había acabado pero el afecto seguía ahí.

María quería tomar una decisión respecto a si le pedía a su marido que saliera de la casa o si se quedaba y para ella era importante que su esposo aceptara que la había engañado. Quería sentirse bien consigo misma, además de que no sabía si el día que él muriera ella se iba a arrepentir de haberle sido indiferente.

3.1.2. Descripción del caso 2 “Gloria”



Sede clínica: Clínica de Medicina Familiar Tlalnepantla ISSSTE

Terapeuta: Rodrigo Murguía Rodríguez

Equipo terapéutico: Berenice González Valderrama, Ana Gabriel Valdés Santiago, Janer Manuel Balam Aguilar, Nohemí Jacqueline Cruz Santiago

Supervisora: Mtra. Roxana González Sotomayor

Modelo terapéutico: Terapia Breve Centrada en Soluciones y Terapia Narrativa

Número de sesiones: 5

Motivo de consulta

Gloria solicitó el servicio de terapia refiriendo que quería trabajar el “desprendimiento de su hijo” de 28 años, quien vivía en ese momento con ella y con quien frecuentemente tenía roces debido a situaciones como las salidas de él a centros nocturnos, que le preocupaban a ella o bien, las parejas de su hijo, de quienes sentía celos. Ella reconocía que lo trataba como un bebé y que tal vez era su miedo a estar sola lo que la hacía actuar de esa manera. Como consecuencia de estos tratos, la relación se había tornado difícil e incluso, en ocasiones, violenta.

Antecedentes del problema

Gloria vivía con su hijo de 28 años, quien era maestro. Describe que lo crió por sí misma, pues nunca tuvo una relación seria con el padre de él. Fue un camino difícil, en donde su oficio como florista hizo posible que salieran adelante. Desde hace unos cuantos años, su hijo se convirtió en el sostén económico y Gloria dejó de trabajar, por lo que ella quedó dependiendo de él, trabajando ya sólo de manera esporádica como florista. Hasta unos años antes ella y su hijo habían sido muy unidos pero la relación empezó cambiar y Gloria sentía celos de las parejas de él. Además, recientemente, su hijo le había insinuado que se quería casar.

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

3.2.1. Caso 1 “María”

María asistió sola a todas las sesiones, pues comentó que su marido no creía en los psicólogos.

Desde antes de la sesión, por lo que me había contado María en la llamada telefónica y por mi propia inclinación hacia las terapias de corte posmoderno, opté por la terapia narrativa, ya que yo ya conocía sobre ella en ese momento. No me agradaba la idea de ceñirme a los mapas descritos por White (2007) pues me

parecía que en ocasiones la terapia podría volverse rígida si se les considera como meros protocolos a seguir. En su lugar, prefería entenderla desde una perspectiva más general, desde sus influencias, para así entender el porqué de sus “métodos”, para desde esa posición “meta” desarrollar un estilo personal. Esto, me parecía, me permitía adoptar una posición crítica respecto a la propia terapia narrativa, en donde esta perspectiva no tuviera la “exclusividad” sobre el desarrollo del proceso terapéutico, al poder abordar el proceso desde una mirada compleja que ampliara posibilidades a otras perspectivas en lugar de ceñirme a una visión única.

Durante la primera sesión opté por escuchar lo que María tenía por decir sobre su situación, pues en terapia narrativa es importante dar espacio a lo que es importante para las personas (White, 2007), por eso, en ese momento conversé con ella sobre su situación de vida sin mayores directrices. Ella relató cómo había llegado al punto en el que estaba, donde destacaba la infidelidad de su esposo como tema central. Surgieron temas recurrentes, por ejemplo, lo que ella describía como una crisis entre sus valores y su dignidad, la experiencia de haber estado sometida a su marido en el matrimonio, sus inquietudes ante el envejecimiento y el no querer estar sola, así como su apertura a nuevas experiencias.

Como tarea se dejó en la primera sesión que visualizara el estado ideal en el que estaría a sus 65 años ¿Estaría con su marido? ¿Habría posibilidades de rescatar la relación? ¿De convivir de otra manera con él? María había comentado que a lo largo de los años había intentado escribir, pues era algo que quería ella lograr, por lo que se le sugirió llevar la tarea por escrito para la siguiente sesión.

Beyebach (2013) describe como estrategia de la Terapia Breve Centrada en Soluciones el pedir a los consultantes visualizar un futuro preferido para promover expectativas de cambio, además de que esto permite identificar los cambios y pasos hacia ese futuro preferido, facilitando el proceso de la terapia. Las preguntas que planteé a María abrían la posibilidad de que imaginara ese futuro, además, la adaptación a los propios recursos y/o gustos del consultante promueve una relación terapéutica, por lo cual le solicité la tarea por escrito al saber de su predilección por este medio.

La siguiente sesión fue importante ya que marcó la manera en que habría de proceder el curso de la terapia. María llegó con la tarea hecha a mano, en un escrito extenso, comentando que la tarea le había servido para pensar sobre algunas cosas y relatando que tenía algunos problemas para escribir, pues Alberto le revisaba sus textos y le decía que escribía muy mal. Sin embargo, después fue con otras personas que le decían que sus escritos tenían algunos problemas gramaticales pero que estaban en general bien. Este detalle era ilustrativo de la relación entre María y Alberto. La perspectiva de género permite entender la desigualdad que existe entre hombres y mujeres, y las relaciones de poder que existen entre ellos (Dorantes, Torres, Robles, 2011). En este caso, Alberto se posicionaba como superior a María en el desempeño de una tarea intelectual como la escritura y calificaba el desempeño de María en la misma como “pobre”.

El escrito aparentemente fue de mucha utilidad para María, pues describía metas y compromisos a seguir, pero también enlazaba con actos del pasado y dejaba entrever los valores de María. Esto está relacionado con lo que White llamó “estados intencionales de identidad”; las metas, compromisos, sueños y esperanzas que tiene la gente y que enlazan con acontecimientos significativos en sus vidas y que en las prácticas narrativas son importantes pues se pueden vincular con historias alternativas en sus vidas (Carey & Russell, 2003).

Además, María detalló en el escrito cuestiones referentes a su trabajo en el CCH con adolescentes, para lo cual debía cuidar su salud física y mental, por lo que quería organizar actividades didácticas con ellos e ir perfeccionándolas, además de hacer un simulacro de panteón para los trabajadores difuntos del CCH, pues últimamente no lo había hecho aunque antes sí lo hacía. Lo anterior le era importante porque creía que les ayudaría a los adolescentes a “tener en cuenta la identidad de su país”. También quería cursar un diplomado en bioética, ya que era una meta que quería alcanzar. Sobre su familia, explicó que quería que su hijo que vivía con ella se independizara y hablaba de que las visitas a su hija que vivía en Cancún le daban vida, lo que relacionaba con los viajes, que quería llevar a cabo, tanto dentro del territorio nacional como al extranjero. Respecto a Alberto, señaló

que no sabía lo que iba a pasar y que esa parte de su vida le dolía cada vez menos, pero que quería que fuera independiente. En una parte del texto además señalaba que hace 20 años descubrió la autosatisfacción erótica y desde entonces la practicaba. Este aspecto resulta importante porque fue “punta de lanza” para que María descubriera que su edad no era limitante para realizar actividades. Beauvoir (2016) destaca que el aspecto de la sexualidad en las personas adultas mayores es comúnmente negado, por lo que en María la masturbación representaba un quiebre o un acto de resistencia respecto a esa narrativa.

María comentó que el escribir sobre lo que se imaginaba que sería de ella en el futuro le ayudó, pues rara vez le habían pedido que viera al futuro, siempre se enfocaba al presente, pero que, a partir de lo que escribió, sintió un compromiso hacia eso que plasmó en el texto, además de destacar el cuidar de su salud y el mantenerse en pie, porque aún cuando estuviera vieja, quería seguir valiéndose por sí misma.

Ante los comentarios de María sobre la enorme utilidad que encontró en haber escrito lo anterior le sugerí que podría ser útil que escribiera sobre los temas que ella quería abordar en terapia para después revisarlos en sesión, por lo que a partir de ese momento ésa fue la forma de proceder. Asimismo, lo que plasmaba en sus escritos comenzó a ser la guía de las sesiones subsecuentes.

La escritura había representado para María hasta ese momento un acto significativo pero, hasta cierto punto, fallido, pues se encontraba siempre supeditada a su marido, de quien ella decía “escribía muy bien”. Desde ese momento en adelante, María se convertía en quien contara su historia, desde su propia voz, de una forma de la que había sido marginada: la palabra escrita, como un acto disidente en una sociedad patriarcal. Metta (2010) explica que cuando las mujeres emprenden una autobiografía, se sitúan en el centro de sus narrativas y de la autoría, lo que representa un desafío al status quo, pues el patriarcado comúnmente las ha alejado a la periferia de éstas.

Una cuestión que constantemente mencionaba María era la del constante debate entre su dignidad y sus valores, referido a la disyuntiva entre cuidar de su

marido que estaba envejeciendo, no dejarlo a la deriva, y el “no ponerse de tapete” y reclamar cuando ella se sentía incómoda o inconforme. Este mismo dilema se presentaba en la relación con su hijo que vivía con ella y del que decía que quería que fuera independiente de nuevo, pues ella se cansaba de servir a los dos varones de la casa. María comentaba que antes era “abnegada” y “se ponía de tapete” pero que en ese momento ya ponía límites poco a poco y le daba gracias a la mujer que era, porque a ella le enseñaron mediante la religión a ser sumisa pero la infidelidad la hizo reaccionar. Belenky et. al (1986) comentan que el colapso de una autoridad masculina suscita cambios en la identidad de las mujeres, cuyas voces habían estado silenciadas hasta ese momento. En el caso de María el evento precipitador podría ser la infidelidad de su esposo, que la llevó a revalorarse y cuestionar los discursos en que había sido educada.

Puede notarse en el aspecto anterior la emergencia de una historia alternativa en la que María había cuestionado el rol hegemónico de la mujer en la sociedad, con varios acontecimientos significativos como el reclamarle a su hijo que hiciera su parte del quehacer en la casa, alejándose del rol de madre abnegada o bien, el hablar sobre el tema del dinero con su esposo, lo que antes no hubiera hecho. Estos eventos representaban parte de una historia alternativa que por medio de preguntas en la conversación iría emergiendo, en la que María poseía agencia personal. Además, conforme avanzaba el proceso terapéutico, el tema del envejecimiento, tanto el propio, como el de su marido, comenzaba a hacerse más presente. Durante una sesión, María comentó que había visto un programa de televisión sobre la artritis reumatoide y se preocupó porque creyó que podía padecerla; a partir de ahí se desencadenó el hablar sobre su salud y cómo le gustaría envejecer.

En uno de sus escritos, María describía el cariño y amor por Alberto, añorando los años que habían pasado juntos pero enlistando sus defectos y cómo se dio cuenta de que tenía que valerse por sí misma, relatando que incluso se inscribió en un diplomado de bioética en el que quería participar. Comentaba también que exigía aún afecto de su esposo aunque quería dejarlo, reconociendo

que se trataba de algo contradictorio. En ese punto destacó su experiencia con la masturbación como manera de procurarse experiencias sexuales placenteras sin depender de Alberto, aunque aún añoraba los cariños de él.

En otro momento, relataba que por fin le dijo a su marido que ya no quería ser “la esposa”, en el sentido de que ya no quería encargarse de hacerle de comer y arreglarle sus cosas. Me pareció un acto relevante que enlazaba con su historia alternativa de empoderamiento y pregunté más sobre cómo sucedió esto. Ella respondió que los escritos que le habíamos solicitado que hiciera la habían hecho reflexionar y que era algo que no se hubiera atrevido a hacer años atrás. Ante aspectos como el anterior, la conversación zigzagueaba entre preguntas de panorama de acción y de panorama de identidad; las primeras indagan sobre los aspectos prácticos de los acontecimientos significativos y las segundas, sobre los estados intencionales detrás de ellos, esto es, las metas, valores, sueños, significados atribuidos a estos hechos. White (2007) plantea que estas preguntas fungan como la base de las conversaciones de reautoría en terapia narrativa, enlazando eventos aislados en una trama o historia alternativa, en este caso su historia de agencia personal o, como ella lo llamaba, “no ponerse de tapete”.

El envejecimiento era un tema recurrente y el reciente empoderamiento de María iba de la mano con una forma de tomar agencia también sobre éste. Poco a poco, la conversación alternaba entre la emancipación de María del rol hegemónico femenino y su creciente preocupación por cómo iba a envejecer. Ante esto, yo asumía una postura de curiosidad y de respeto, indagando sobre las maneras en que María quería envejecer y cómo iba a cuidar de ella. En ese momento, mi intención era simplemente mostrar apertura y curiosidad hacia lo que ella tenía que decir, intentando conocer su experiencia, poco tiempo después leí a Anderson (1997) y lo que planteaba sobre la postura dialógica y me di cuenta que la manera en que en esa ocasión me había posicionado cumplía con las características de ésta y lo que ella llama el “no saber”; probablemente por eso fue de tanto provecho lo que en aquella ocasión sucedió, pues en el proceso de intentar entender la

experiencia de María se produjo un diálogo en el que emergieron probablemente nuevos entendimientos sobre su vida.

María describía que se resistía a ser como otros adultos mayores, postrados en una cama o con bastón. Ella quería mantenerse activa, cuidar de su salud y ocuparse de su jubilación. Esto representaba un desafío abierto por parte de María a la concepción que se tiene comúnmente de los adultos mayores y mi postura de curiosidad e indagación apoyó su emprendimiento en esa cruzada.

En un momento compartí con María un texto titulado “La Nueva Madurescencia” que habla sobre un fenómeno reciente en que personas mayores de cincuenta años buscan nuevas experiencias y viven su plenitud de forma distinta a como sus padres lo hicieron. Este texto motivó a María a realizar una lista con las cosas que hacía, con lo que se dio cuenta de que hacía muchas cosas, lo que fue positivo para ella. Además, comenzó a considerar su jubilación. Aunado a esto, se dio cuenta de la importancia que tenía para ella su dignidad, sobre todo en su relación con Alberto, en que se ha dado cuenta que tal vez podía ser una relación de amigos, aunque en ocasiones María se desdecía y hablaba de que quería más muestras de afecto de él.

Las actividades que María emprendía, como inscribirse a un diplomado al que desde hace tiempo quería acudir, plantarse frente a su marido y hablar con él sobre el dinero y cuestionarlo sobre su relación, constituyen acontecimientos extraordinarios. Cuando estos salían en la conversación, yo indagaba sobre ellos y preguntaba a María sobre los efectos que éstos tenían en su vida, las conclusiones a las que llegaba a partir de éstos y sus perspectivas a futuro a partir de éstas. Lo anterior daba cuenta una vez más de la utilidad de transitar entre el panorama de acción y de identidad en las conversaciones de reautoría, elicitando significados que enlazan eventos aparentemente inconexos a través de una trama en común, en este caso, lo que María llamaba “no ponerse de tapete”.

Posteriormente, María rectificó su postura respecto a su marido y concluyó que amigos no podían ser, pero que le podía demostrar su afecto por medio de pequeños actos, además de que estar consciente de las cosas que hacía le ayudó

a darse cuenta de que ella podía valerse por sí misma. Constantemente reafirmaba su postura respecto a “no dejarse” de lo que le decía su marido o no sentir la obligación de servirle y que ya no habría de involucrarse en su juego de “andar tras de él”, explicando que eso lo logró ella queriéndose y no descalificándose a sí misma.

Lo anterior la condujo al polo opuesto, donde se encerró en sí misma al rechazar pequeñas peticiones por parte de su hijo y de sus nietas, además de que María preguntaba si estaba en lo correcto respecto a comportarse de esa manera. Yo respondía que podía contestarle desde mi postura pero que tal vez sería importante que ella revisara sus valores y las cosas en las que ella creía para tomar esas decisiones.

María hablaba también sobre la lealtad hacia las mujeres, que era algo muy importante para ella y el desprenderse, pero no estar enojada. Esa lealtad que comentó, me pareció que era algo importante para ella, por lo que seguí preguntando al respecto y relató cómo durante su vida había apoyado a varias mujeres, como a su ex-nuera y a una sobrina, a quienes ayudó a concluir sus estudios, describiendo que las mujeres “somos chingonas” y que “sí se la fletan”. Ante esto, como mensaje final en aquella ocasión comenté que me daba la impresión de que mucho de lo que sentía tenía que ver con cómo se educa a las mujeres tradicionalmente, en donde en todo momento tienen que mostrar afecto por las personas y cuestioné si podría haber otras formas en que ella pudiera mostrar afecto. Decidí hablar sobre los roles de género porque me parece que esto daba pie a que María cuestionara el rol en el que había sido educada y cómo éste había influenciado su vida. Poner esto sobre la mesa forma parte importante de las prácticas narrativas, en su carácter deconstructivo, pues como White (1994) señala, constantemente se invita a las personas a visualizar cómo sus identidades han sido moldeadas por discursos dominantes y a posicionarse respecto a ellos.

En la última sesión se evaluaron los resultados de la terapia. En este marco, utilicé la pregunta de escala, como se plantea desde el Modelo de Terapia Breve Centrada en Soluciones (De Shazer, 1991). María se ubicó en un 5 al inicio del

proceso y al momento de la última sesión reportó sentirse en un 9. Destacó que antes se sentía insegura y se creía manipuladora y que en cambio ya había renunciado a la autocrítica, a no verse como víctima y a no juzgar tan fuertemente a su marido, aceptando que cometió errores pero que es un ser humano. Comentó que quería comprarse una casa junto al mar con un dinero extra que tenía e invitar a sus amigas, porque se dio cuenta también de que descuidó la relación con ellas. Además, habló de otros proyectos, como el de cuidar de su salud, salir a bailar más seguido, y lo bien que se sentía acudiendo a su diplomado de bioética. Otra de las cosas que destacó María del proceso es que se dio cuenta de que le gustaba escribir. Se vislumbraban entonces estos nuevos proyectos en el horizonte de María.

Comentario final del caso

El caso de María fue mi primer caso en la Residencia en Terapia Familiar, por lo que el abordaje que hice de mismo representó retos y aprendizajes a la par. En esos momentos, estudiábamos el Modelo Estructural de Minuchin (1974) y yo tomé algunas ideas desde la terapia narrativa, de la cual ya tenía algo de conocimiento. La epistemología sistémica tampoco me era ajena pero recién me adentraba en ella, por lo que me mostraba ambivalente ante el caso de María, pues únicamente me sentía apto para utilizar el modelo de Minuchin pero dadas las características del caso no creía que fuera el más indicado, es por eso que opté por la terapia narrativa.

En general, en ese momento y a la fecha no me siento cómodo con una visión tan estructurada de la terapia, que diseccione los “modelos” según sus “técnicas” y “estrategias”. Prefiero situarme en una posición más teórica y desde ahí desarrollar un estilo. Puedo notar que existen similitudes entre la Terapia Narrativa y la Terapia Breve Centrada en Soluciones y es por eso que me planteé seguir ese camino.

La Terapia Narrativa y la TBCS optan por posturas horizontales en donde el consultante es experto en su vida y el terapeuta se posiciona como un experto en facilitar el tipo de conversaciones en que emergen historias alternativas o excepciones. La horizontalidad de estas terapias tiene sentido para mí

especialmente en este caso por dos razones: a) María me triplicaba la edad, lo que me hizo pensar en que tenía mucha mayor experiencia de vida que yo, por lo que sería más útil partir de su propia sabiduría. b) María era una mujer que había sido educada dentro del rol hegemónico femenino, donde debía subordinarse ante la autoridad masculina, y lo hacía, por lo que yo debía ser especialmente cuidadoso de no reproducir ese tipo de relación en la relación terapeuta-consultante.

Por tanto, me parece que la horizontalidad dio pie a una relación terapéutica muy buena y a una apertura a situaciones imprevistas que resultaron ser útiles como el uso de recursos atractivos para María como la escritura o de experiencias en la vida de María que habían sido oscurecidas por relatos dominantes.

A pesar de que en un principio intenté delinear objetivos de trabajo, el propio curso de la terapia y la relación horizontal permitieron que se abordaran temas que para María fueron importantes y que, en el propio fluir del proceso fueron ligándose en lo que puede visualizarse como la historial alternativa de “no ponerse de tapete”. Probablemente pueda creerse al leer sobre María que su objetivo era solucionar su problemática de pareja, sin embargo, me parece una visión un tanto limitada, pues el mismo hecho no haber delimitado el objetivo permitió la expresión de otras cosas que eran importantes para ella.

Beyebach (1999) señala la importancia de ampliar las excepciones en TBCS. En Terapia Narrativa, preguntar respecto a acontecimientos extraordinarios que contradicen la narrativa dominante puede entenderse como el proceso análogo. En este caso, las preguntas sobre panorama de identidad y de acción me permitían conocer más sobre eventos significativos para María como ayudar a otras mujeres, hablar con su marido sobre el dinero o sobre la relación, dejar de ser una madre abnegada o no sentirse culpable por no mostrar afecto. Las preguntas me ayudaron a descubrir que estos hechos estaban respaldados por valores importantes para María, como el de su dignidad o “no ponerse de tapete”, la independencia y el apoyar a otras mujeres, lo que a su vez me conducía a preguntar sobre esos valores que enlazaban con otros hechos.

Probablemente el hecho más significativo para mí durante la terapia fue el de que María escribiera, pues creo que representó un desafío a lo que le había dicho su marido y a la autoridad masculina, como Metta (2010) comenta. De alguna forma, en los distintos escritos que María realizó, enunciaba quién era ella y quién quería ser y nosotros nos convertíamos en espectadores o lectores de esa historia.

Gran parte de su vida María había estado sometida a la voluntad de su marido, dudando de ella misma. Belenky et. al (1986) describen el proceso de tránsito entre distintas categorías epistemológicas por el que transcurren las mujeres desvalorizadas en el contexto de la sociedad patriarcal actual, desde el descubrimiento de su propia voz hacia la revalorización de la misma. En el caso de María, la infidelidad de Alberto podía representar el “derroque” de una autoridad masculina, lo que propició un movimiento hacia la toma de agencia de María. Me parece que la emergencia de la historia alternativa de “no ponerse de tapete” soportó este proceso, al mostrar que había ocasiones en que María había mostrado valerse por sí misma, lo que a su vez le permitió agenciarse sobre sus modos preferidos de envejecer.

La concepción de la identidad desde el construccionismo social es la de una fluida, relacional, que cuestiona la de la identidad que se cristaliza después de cierta etapa de la vida para no cambiar, el simple hecho de que María acudiera a terapia representó un desafío pues, comúnmente se cree que las personas después de cierta edad no pueden hacer cambios en su vida. Sin embargo, María presenta proyectos a futuro, tiene clara la forma en la que quiere envejecer y cuestiona constantemente el rol atribuido tradicionalmente a las mujeres. La terapia representó también para ella un espacio para poner estas ideas sobre la mesa y analizarlas, así como una tecnología del self, como Bertrando (2011) plantea, al constituirse en una práctica por medio de la cual María en su renovado estado de agenciamiento, problematiza su experiencia para alcanzar cierto estado de plenitud.

En este sentido, la visión sistémica y posmoderna aportó una mirada compleja, que pone al frente un entendimiento relacional de la identidad de María, en donde las diferentes voces en su vida juegan papeles importantes y proporcionan

un punto de partida y de vuelta para mirarse a sí misma, en el sentido de que sus valores, metas y actitudes han sido forjadas por un contexto y son devueltas al mismo. Al mismo tiempo, sus actitudes y acciones fueron comprendidas en un ir y venir, desde una visión circular que permitía entender de un manera diferente cómo esta nueva actitud en su vida encajaría en su contexto.

Asimismo, probablemente la conceptualización de las categorías epistemológicas a través de las cuales transitan las mujeres que hicieron Belenky et. al (1986) podría ser de utilidad en terapia al presentar un mapa que permita ubicar y trazar un camino de las consultantes hacia su toma de agencia y encuentro con su propia voz.

A pesar de las virtudes anteriores no puedo decir que el proceso haya estado exento de vicios o imperfecciones. Me queda la duda de qué hubiera sucedido si hubiera asumido una postura más directiva ¿Hubiera ocurrido un movimiento importante respecto a Alberto? Sin embargo, considero que finalmente la postura asumida fue la correcta, y el curso que tomaron las cosas fue prueba de ello. En algunas ocasiones la posición “meta” que tomé podría parecer un poco ambigua o ante ciertos ojos resultar pasiva, pues no utilicé demasiadas técnicas, ante lo cual surgieron en mí las mismas dudas que con el punto anterior. Sin embargo, y a pesar de esto, creo que una postura de este tipo puede permitir mayor flexibilidad en el proceso, en donde surjan cosas impredecibles, de las que después el terapeuta puede hacer uso.

3.2.2. Caso 2 “Gloria”

Desde los primeros acercamientos que tuve con Gloria me di cuenta que era muy devota a la religión católica y me comentó que no creía en los psicólogos, pero que la situación la había sobrepasado y no quería que las cosas se tornaran violentas con su hijo. Por lo tanto, era especialmente importante procurar establecer una muy buena relación terapéutica, lo que creo que se logró y ayudó a cimentar los posteriores pasos. Selekman (1996) plantea que en TBCS es necesario encontrar la mejor manera de cooperar con los consultantes y que, en este modelo, el concepto de “resistencia” no resulta útil.

La primera sesión versó sobre Gloria explicando los antecedentes del problema y lo que acontecía en casa. A pesar de que la TBCS postula la necesidad de dirigir la conversación hacia lo positivo y alejarse de hablar sobre el problema, me parecía importante que existiera este espacio, pues era necesario afianzar una buena relación terapéutica. Además, el perfil de Gloria, devota a la religión católica y al aspecto de la “confesión” me hacía creer que era necesario escuchar primero lo que tenía que decir. Gloria comentó las dificultades que había sorteado, desde hace 4 años que falleció su hermano, quien era como un padre para su hijo y después, con la graduación e inserción al mercado laboral de su hijo, su vida cambió. Dejó de trabajar de manera regular, como antes lo hacía, para dedicarse al hogar y al cuidado de su hijo. Utilizó la palabra “sirvienta” en una ocasión, para definir su rol en el hogar, ya que comentó que realizaba las labores domésticas, dejando que su hijo se ocupara de su trabajo. Un aspecto que destacó aquí fue el de la vida sentimental de su hijo, ya que hacía poco tiempo, le insinuó que se iba a casar y Gloria se preocupó y se lo hizo saber, diciéndole que era demasiado pronto para eso. Además de esto, le preocupaban sus constantes salidas nocturnas. Todo esto había llevado a que la relación entre los dos se tensara, e incluso en ocasiones ella lo ofendía con groserías.

Gloria se definía como una madre amorosa, que había luchado por su hijo y que quería lo mejor para él. Estaba claro que había asumido el rol de madre abnegada, que se sacrifica por sus hijos e incluso ella aceptaba que probablemente lo que le estaba sucediendo era porque no quería estar sola. A veces realizaba las labores del hogar, salía a misa o acudía con su madre como formas de distraerse, pero decía que esto no era suficiente.

Una buena alianza terapéutica es esencial para la cooperación en la TBCS, por lo que identificar la postura de Gloria era parte importante. En ese punto, Gloria había mostrado ser una madre abnegada que profesaba un gran amor por su hijo, una gran devoción por la religión católica y escepticismo hacia los psicólogos. Desde la primera sesión fue útil identificar esto y, mediante la paráfrasis y comentarios a lo largo de la misma y en el mensaje final, mostraba a Gloria interés

y comprensión sobre su situación; además, apelaba a que la suya era una situación en la que muchas madres mexicanas se encuentran en el gran amor que profesan hacia sus hijos y que ella ya había recorrido parte del camino hacia el desprendimiento de su hijo al identificar que posiblemente se debía todo esto a que no quería estar sola, que había cosas que la distraían y, al tomar la decisión de acudir a terapia. Lo anterior consistía en excepciones, hacia la meta que Gloria buscaba, la cual era el desprendimiento de su hijo.

De Jong & Kim Berg (2002) mencionan lo central que resulta resaltar lo positivo que ya está sucediendo en las vidas de las personas, ofrecer realimentación sobre esto y ampliar los cambios, por más pequeños que sean. Probablemente a las anteriores acciones, por más pequeñas que parecieran, podrían suceder más acciones que en conjunto encaminarían a Gloria hacia el “desprendimiento” que deseaba.

En un momento del proceso terapéutico y, como sugerencia de la supervisora, reflexionamos sobre el “desprenderse” de su hijo y cómo manejarlo de esa forma podría ser arriesgado y alienante, pues suponía cortar de tajo con el vínculo, romper con la relación. Es por eso que decidí mejor hablar sobre un nuevo tipo de relación y preguntarle a Gloria qué tipo de relación iba a querer. Gloria decía entonces que sentía que no había disfrutado de su hijo y que le gustaría que él la invitara a salir a veces. Añadía que se sentía como sirvienta en la casa ocupada en las labores domésticas y en arreglar la casa para que él se sintiera cómodo. Asimismo, recordó que una persona le dijo que no le impusiera cosas a su hijo, ante lo cual yo pregunté de qué manera podría lograr esto y ella comentó que una manera podría ser preguntándole.

Durante la segunda sesión preguntar sobre cambios que habían acontecido después de la primera sesión fue importante, pues esto elicitó una respuesta y una conversación sobre cómo ella cuidaba de las plantas, hecho que decía le ayudaba a distraerse. Al notar esto, pregunté más al respecto y ella describió cómo cuidaba de ellas al colocarlas en los lugares más propicios, regarlas según sus características y sobarlas. Pasó por mi mente que existía un símil entre cuidar de

las plantas y la experiencia de Gloria como madre, al comentarle que probablemente como cuando una planta se ve limitada al encontrarse en una maceta pequeña, su hijo podía sentirse de la misma forma. Gloria hablaba también que no se quería quedar sola y que le fue difícil criar a su hijo siendo una madre soltera en su época.

Seguí desarrollando la metáfora de las plantas y de los jardines al hacerle un comentario sobre lo difícil que debió haber sido criar a un hijo siendo una madre soltera, en un camino sinuoso lleno de piedras y planteé la pregunta sobre qué tipo de plantas le gustaría que fueran ella y su hijo y de qué manera a veces al regar de más las plantas se les puede causar un daño. Además se manejó la idea acerca de las plantas, que puede parecer que están solas, pero por debajo de la tierra se conectan por medio de las raíces con otras a pesar de que parezca que no es así.

O'Hanlon y Weiner-Davis (1990) retoman la importancia que Milton Erickson concedía a la utilización de metáforas como recurso para una comunicación indirecta pero que conectan por lo mismo a un nivel en que los mensajes son menos susceptibles de ser rechazados. En el caso de Gloria, la metáfora de las plantas es compatible en muchos aspectos con la de la relación con su hijo y con su situación de vida y la enlaza con un área familiar para Gloria y en la que tiene experiencia. El concepto de un cuidado que no sea excesivo se acomodaba a la práctica de la jardinería y se equiparaba especialmente bien a la relación de Gloria y su hijo, permitiendo sugerir un tipo de relación diferente, de una manera en la que era poco probable que fuera rechazado el mensaje.

Gloria comentó después que habló con su hijo y le expresó su temor a que su pareja fuera una "lagartona" y se aprovechara de él, y añadió que se sentía más tranquila a partir de eso. Incluso comenzó a pensar en retomar proyectos personales como poner un invernadero y volver a su labor como florista, la cual había abandonado 5 años atrás. Yo preguntaba cómo iba a llevar a cabo esto, ampliando e incentivando estas expectativas. Gloria también intercalaba este tema con el de sentirse una "mala madre", ya que sentía que no había enseñado a su hijo a hacerse responsable, ante lo que yo comentaba que ninguna madre es perfecta y recordaba el duro camino que había transitado al criar a su hijo sola.

En esos momentos fue de gran ayuda la realización de un equipo reflexivo, en el que mis compañeros tanto de la misma generación, como de la generación sucesora comentaron mensajes sobre lo difícil que es ser madre, sobre la separación entre madres e hijos que es dolorosa pero necesaria y sobre cómo Gloria empezaría un camino para reconectarse consigo misma.

Weingarten (2015) describe a los equipos reflexivos, herramienta terapéutica ideada por el psiquiatra noruego Tom Andersen en la década de 1980. Se trata de un proceso en el que participa el equipo terapéutico y la terapia se beneficia de una polifonía generada por distintas voces que pueden o no estar de acuerdo y que permiten introducir variedad o diferencia a la conversación. Cada uno de los participantes del equipo comentan sobre lo que vieron en sesión y en una etapa posterior los consultantes pueden comentar sobre lo que oyeron. En el caso de Gloria, el equipo reflexivo se utilizó con una intención un tanto estratégica, pues permitió mostrar diferentes posturas respecto a su problema, a la par que se salvaguardaba mi capacidad de maniobra, al no ser yo quien emitiera un comentario que pudiera generar un rechazo de Gloria hacia mí.

Posteriormente, Gloria expresó que se identificó con lo que se comentaba en el equipo reflexivo sobre lo difícil que había sido ser madre soltera, relatando las dificultades que tuvo al criar a su hijo. También eran importantes para ella aspectos religiosos y de comunión con Dios, pues atribuía las cosas que sucedían a la voluntad divina. Todo esto le ayudó a sentirse más tranquila y hablaba sobre cómo la relación con su hijo iba mejor. Estos eran aspectos en los que yo profundizaba preguntando de qué maneras podría seguir logrando que esto sucediera en su vida, ampliando las excepciones al problema, a la par que influía en las expectativas de cambio, con una visión hacia el futuro.

Aunado con lo anterior, Gloria habló sobre proyectos que tenía, como retomar su oficio como florista y visitar a conocidos, además de algunos planes para mejorar su casa. En recurrentes ocasiones, ella agradecía la atención que le prestábamos y explicaba que sentía que las cosas estaban cambiando. Yo le aclaraba que se debía principalmente a que ella estaba haciendo cosas diferentes, atribuyéndole a

ella estos cambios y, en el proceso, descolocándome del papel de experto en el que ella me quería colocar en ocasiones.

Algunas analogías y metáforas fueron de mucha utilidad para Gloria, como una en la que se describía que ella y su hijo estaban tirando de una cuerda en extremos opuestos, en una tensión constante. Gloria retomó en varias ocasiones esta metáfora, hablando de que “estaba soltando la cuerda”. Además se utilizó una analogía en la cual se describió como en los vuelos, las azafatas instruyen a los pasajeros que viajan con niños a colocarse primero ellos las mascarillas de oxígeno, y una vez que se hayan asegurado, colocárselas a sus pequeños acompañantes, lo que congeniaba con la idea de que si Gloria quería ayudar a su hijo en calidad de madre primero debía ocuparse de su propia vida.

A lo largo del proceso, hablaba sobre varias personas en su vida que le comentaban cosas sobre la relación con su hijo, como un sacerdote que la conocía, sus familiares y amigas. Estas voces eran importantes porque daban cuenta de que Gloria tenía una red social que la apoyaba para el momento en que su hijo se emancipara. Escucharlas en sesión era importante porque influían en las decisiones que Gloria tomaba y soportaban sus compromisos y nuevos proyectos. Especialmente importante era la voz del sacerdote, a quien Gloria concedía gran importancia debido a su devoción católica.

Hacia el final del proceso, durante la última sesión, comentó que un día encontró un anillo de compromiso en el coche de su hijo y además un recibo de una estufa, lo cual la hizo sentir triste, pero no explotó como lo hubiera hecho antes. Durante esa misma sesión comentó que iba a hablar sobre con su hijo sobre su futuro porque quería tener una buena relación con él, una relación diferente madre e hijo donde ella seguiría apoyándolo pero lo dejaría libertad para que tomara sus propias decisiones y en la que quería ser “portadora de paz”.

La última sesión concluyó con un equipo reflexivo que recalcó los cambios de actitud que Gloria tenía en la relación con su hijo y que iban a marcar el comienzo de una nueva etapa de vida, en donde ella podría dedicarse a sí misma, y que su hijo sería una persona responsable que tomaría decisiones por sí mismo.

Además de esto, la sesión cerró con la prescripción de un ritual, el cual consistiría en que Gloria se ocupara de realizar un arreglo floral en el que cada elemento simbolizara algún aspecto de la nueva relación con su hijo y en el centro, la esencia de lo que ella quería para sí misma en esa nueva etapa de su vida. Además, Gloria habría de regalar este arreglo a su hijo en navidad.

La escuela de Milán (Palazzoli, Boscolo, Cecchin, y Prata, 1978) propuso la utilización de rituales, una serie de normas y/o acciones bien definidas prescritas en las que debe participar la familia que sustituyen a normas precedentes. Los rituales cuentan con elementos simbólicos que encarnan nuevos modos de interacción entre los miembros de la familia. En el caso del ritual prescrito a Gloria, este podría enmarcarse dentro de la tradición de los rituales de paso, que marcan la migración hacia una nueva etapa, en este caso, la nueva forma de relación entre Gloria y su hijo y el viraje que ella tendría hacia sus proyectos personales.

Comentario final del caso

Para este caso utilicé fundamentos del modelo de TBCS y a la vez, algunas propuestas teóricas de Terapia Narrativa, como la emergencia de historias alternativas soportadas por eventos extraordinarios. Considero que la relación terapéutica está siempre matizada por el contexto en que la terapia acontece y en este caso fue especialmente evidente, pues a pesar de que yo procuraba establecer una relación lo más horizontal posible, Gloria se refería a mí como “doctor” y constantemente hacía preguntas referidas a la duración del tratamiento y a nuestro conocimiento de expertos. Atribuyo esto a que estas conversaciones tuvieron lugar en la Clínica de Medicina Familiar del ISSSTE, una institución de salud permeada por las jerarquías médicas.

El dilema de la horizontalidad surge a menudo respecto a las terapias posmodernas. A pesar de que, un planteamiento (White, 2007) es que se procura minimizar la jerarquía en la relación terapeuta-consultante, la condición de experto del terapeuta siempre está ahí, evidenciada, por ejemplo, por el hecho de que la persona acude con el terapeuta con la expectativa de que se trata de un experto y existe un cobro que media la relación terapéutica. Sin embargo, me parece que,

dentro de esa calidad de expertos que se atribuye a los terapeutas existen distintos niveles jerárquicos diferenciados y que, el propósito desde la postura posmoderna es asumir el nivel más horizontal posible, sin que esto suponga negar su condición de experto.

Dicho lo anterior, me parece que el proceso fue de utilidad a Gloria ya que permitió apoyar un modo de relación distinto a la que tenía con su hijo, la cual era de carácter aglutinante. De nueva cuenta, los roles hegemónicos de género incidían en Gloria relegando su vida a la de la madre abnegada que sufre, situación que reconocía pero que negaba a Gloria y a su hijo la posibilidad de seguirse desarrollando. Como declaran Gomes y Montes de Oca (2004) se instauró un sistema de reciprocidad en que Gloria aportaba el cuidado del hogar y veía eso como justificación para incidir en aspectos muy personales de la vida de su hijo, como su relación.

El proceso terapéutico dio soporte al camino hacia un nuevo tipo de relación al amplificar las excepciones, enfocando situaciones en las que Gloria llevaba una buena relación con su hijo, donde ambos se sintieran cómodos y, aunque siguieran juntos, al igual que permitir que Gloria desarrollara proyectos personales que le dieran un sentido de vida.

El uso de analogías y metáforas fue muy importante, pues coincidió con la idiosincrasia de Gloria, por ejemplo en conceptos de la jardinería y el cuidado de las plantas, así como parábolas católicas que se pusieron al servicio del cambio, ilustrando nuevos modos de relación con su hijo.

Los equipos reflexivos permitieron abrir espacio a la polifonía, en donde era posible disentir y se analizaban distintas posturas que Gloria podía considerar respecto a su problema, sin que esto conllevara a que yo perdiera mi capacidad de maniobra.

El proceso de la terapia apoyó así el modo preferido de envejecer de Gloria, distanciándose del discurso hegemónico de género de la madre sacrificada y concediéndole la oportunidad de retomar sus proyectos de vida hacia una forma

diferente de estar en el mundo. A pesar de que el hijo de Gloria no acudió al proceso, hipotetizo que esto facilitó su proceso de emancipación, al promover un estilo de relación distinto.

3.3. Análisis del sistema terapéutico total

Desde el espacio físico se determina el modo de interacción en el sistema terapéutico. En el caso de María, el caso fue atendido en CCH Azcapotzalco, en un espacio abierto en donde no existía una barrera física entre el equipo terapéutico, la consultante y yo. La consultante se encontraba de espaldas al equipo terapéutico y a un lado del mismo, un pizarrón en donde se anotaban sugerencias durante la terapia. Esto resultaba menos intrusivo para mí que en otros espacios como la propia clínica de Terapia Familiar de la FES Iztacala, en donde el equipo se comunica con el terapeuta mediante un teléfono, que interrumpe el curso de la sesión.

A lo largo del proceso de María el equipo fue de gran ayuda ya que las distintas posturas en él permitían apreciar la situación de la consultante de modos distintos. La sugerencia de que escribiera sobre sus problemas surgió en el equipo, resultó ser de gran utilidad y marcó el modo de cooperar a lo largo de la terapia.

En algunas ocasiones, María se refería a todo el equipo al agradecer o hacer comentarios; esto denotaba que reconocía la importancia del mismo y de esta forma de trabajo. Además, María tendía a formular preguntas respecto a dilemas que tenía y las distintas voces del equipo permitían conservar una visión compleja, alejándose de dicotomías morales como clasificar en “bueno” o “malo” las posturas que ella tomaba respecto a la vida, y siempre en aprecio y desde un entendimiento de sus circunstancias. Asimismo, al comentar sobre el caso antes y después de las sesiones se eludía caer en dicotomías como la de “víctima” y “victimario”, entendiendo que había lugares desde los cuales María había ejercido también el poder en su relación.

De alguna forma me parece que la presencia del equipo terapéutico fungió, inadvertidamente, con una segunda función: la de legitimar las experiencias de María. Ella asistía a cada sesión y nosotros, al relato de sus vivencias, sus

relaciones, sus esperanzas. Había entonces espectadores a los compromisos que tenía María para su propia vida y su voz estaba siendo escuchada, no desde una posición jerárquica superior, sino desde un lugar de empatía, interés y curiosidad.

El caso de Gloria tuvo lugar en la Clínica de Medicina Familiar Tlalnepantla ISSSTE, una institución de salud pública. Al tratarse de una clínica, aspectos del funcionamiento de la misma, y de la Medicina permeaban el modo de trabajo. El espacio asignado para la realización de las sesiones de terapia era un espacio pequeño, en donde no existía separación física entre el equipo terapéutico y la consultante y yo. Al tratarse de una institución de salud, nos era requerido portar bata, hecho que matizaba la relación con los consultantes, que se referían a nosotros como “doctores”, con la estructura jerárquica que esto implica.

Lo anterior influyó en que los consultantes acudían a nosotros en busca de personas expertas, a prescribir tratamientos y perseguir “curas”. El desarrollo de una terapia de corte posmoderno en esta situación se veía un tanto comprometido por esta situación, sin embargo si se mantiene una postura de genuina curiosidad, pienso que es posible.

Durante el proceso de Gloria el equipo terapéutico estaba conformado por mis compañeros de generación y por alumnos del primer semestre de la residencia en terapia familiar, por lo que el equipo era grande. Al igual que en CCH, al no existir una barrera física la manera en que el equipo interactúa con el terapeuta es por medio de mensajes escritos en un pizarrón.

El uso de analogías y metáforas fue constante en este caso y tanto mis compañeros como la supervisora contribuyeron al darnos cuenta que para Gloria esto era útil. De especial importancia fue un momento en que el equipo me comentó sobre lo difícil que debía resultar para un hijo luchar contra una madre a la cual ama pero con la que está en constante tensión y el riesgo que existía de que por lo mismo él se alejara de ella. Incorporar esta mirada a la terapia jugó a favor de la relación terapéutica, pues comprobé que era un miedo que Gloria también tenía.

De notable utilidad fueron los equipos reflexivos realizados, con diversas voces tan distintas, que se sumaban a las voces que Gloria comentaba tras cada sesión con las que tenía contacto. Creo que los equipos reflexivos jugaron a favor de mantener la polifonía y salvaguardaron mi capacidad de maniobra al poder comunicar a Gloria mensajes que pudiera rechazar pero que no provinieran de mí.

Los distintos conocimientos que tenían los integrantes del equipo sobre áreas como la jardinería y la religión católica, permitieron que hiciera un uso amplio de metáforas, analogías y mensajes de este tipo, que tenían gran impacto en Gloria. Además, las experiencias de vida de mis compañeros, también abonaron al proceso, al mostrar a Gloria la diversidad de tipos de relación madre-hijo.

Reflexión final sobre los casos y la terapia

Nunca me ha gustado la visión de la terapia como una mera empresa solucionadora de problemas. Me parece una visión hartamente simplista que desaprovecha el potencial que las conversaciones tienen. ¿Qué sucede si pensamos en la terapia como un espacio en el que se ponen al frente los valores, relaciones, compromisos, relaciones y cuestionamientos de las personas para soportar modos de vida que quieren desarrollar? Aunque pudiera parecerlo, no me refiero tampoco a que se convierta en una práctica motivacional, como las que ya existen y que permanecen acríticas frente a discursos hegemónicos. Hablo de la terapia entendida como un espacio en el que se deconstruyen las identidades, se cuestionan discursos dominantes, se conversa sobre relaciones, sobre lo que es importante para las personas.

¿Qué es la vejez? ¿Cómo se construye? El proceso de envejecimiento es inevitable. El desgaste físico ocurre, la gente acumula experiencias de vida, memorias, relatos, eso es innegable; sin embargo, se ha ido construyendo una visión deficitaria de la vejez y el proceso de envejecimiento. Abordar este fenómeno desde una sola perspectiva resulta insuficiente. La mirada de la complejidad nos permite enfocar a la vejez desde distintos ámbitos que podrían parecer excluyentes.

Partiendo del hecho de que existe un estigma en torno a la vejez que tiene consecuencias en las vidas de las personas, como la exclusión de ciertos ámbitos de la vida social, podemos considerar que, la edad se vuelve un eje de análisis importante en terapia, así como lo ha sido el género. Además, éstos se entrelazan, junto con otros como el de etnicidad o el estatus socioeconómico, resultando en circunstancias de vida específicas y dando vida a diferentes tipos de problemas.

En los dos casos presentados se puede observar cómo existen acciones que representan inconsistencias respecto a la manera tradicional de envejecer. Éstas pueden ser resaltadas o ampliadas para desarrollar una trama que apoye los modos en que las personas quieren envejecer.

A partir de una perspectiva posmoderna y de una mirada desde la complejidad (Morin, 2007) las contradicciones que surgen en las historias en el espacio terapéutico no son obstáculos, sino posibilidades de entrada a nuevas miradas y diferentes maneras de historiar la experiencia de las personas. El espacio terapéutico puede resultar entonces en un lugar para deconstruir la vejez tradicional, a partir de la noción posmoderna de la identidad fluida, cambiante, relacional y de la metáfora del texto, las políticas de autoría. La práctica terapéutica se erige entonces como una tecnología del self, como declara Bertrando (2011), por medio de la cual las personas pueden alcanzar un grado de autodeterminación sobre sus cuerpos, permitiéndoles escapar a discursos hegemónicos. Asimismo, nos permite deconstruir ideas propias de la Psicología, como las cinco “vacas sagradas” de la Psicología, que menciona Hoffman (1991), siendo conscientes que desde nuestro propio papel de terapeutas somos también agentes de control social. ¿Será que hemos perpetuado esa visión de la vejez como déficit con nuestras intervenciones terapéuticas?

Muchas personas temen envejecer. Aunque no se puede negar que el envejecimiento implica deterioro físico, me parece que gran parte de ese temor obedece al imaginario colectivo del envejecimiento, como un hecho que condena a las personas a una vida de reclusión, aburrimiento y resignación y que finaliza con

la muerte ¿Será que desde la terapia se puede acceder a la posibilidad de nuevas formas de enfocar la vejez, lejos de la narraciones que menciona Cohen? (1994)

Tal vez, podría construirse la vejez de manera diferente, que tenga un rol social activo, desde donde las personas adultas mayores contribuyan con la sociedad a partir de sus experiencias de vida y sus conocimientos acumulados. Creo, además, que la terapia ofrece la posibilidad de deconstruir las visiones hegemónicas y favorecer modos de vida y de envejecer preferidos por las personas, en donde el paso del tiempo no implique el abandono de sueños, metas, proyectos, sueños y compromisos futuros.

Dondequiera que hay poder, existen las resistencias. Si se apoya la emergencia de ellas, surgirán nuevas acciones y modos de escapar a los discursos hegemónicos. La terapia podría así cambiar su estatus histórico de empresa al servicio del poder a uno de soporte de voces disidentes y disímiles que desde la periferia se conviertan en la diferencia que hace la diferencia.

Capítulo 4. Consideraciones finales

*“Una fotografía es siempre una imagen doble,
muestra, en primera instancia, a su sujeto,
pero tras una segunda mirada- más o menos visible,
“escondido detrás de ella”, por así decirlo,
se revela “el ángulo reverso”:
la imagen del fotógrafo en acción”.*

Wim Wenders

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

4.1.1. Habilidades teórico conceptuales

El curso de la Terapia Familiar Sistémica ha sido discontinuo. A lo largo de varias décadas numerosos intelectuales de variadas disciplinas han contribuido advertida o inadvertidamente a su desarrollo.

La Teoría General de Sistemas, ideada por Ludwig Von Bertalanffy, aportó las bases de este fructífero camino, poniendo sobre la mesa la noción de los sistemas entendidos como totalidades organizadas que persiguen un objetivo, regidos por normas por medio de las cuales se autorregulan y que tienden a estados de equilibrio u homeostasis, alcanzados gracias a procesos de retroalimentación con el medio. Así, cobró importancia la manera en que los sistemas están estructurados, los procesos por medio de los cuales lo hacen y la interrelación que mantienen los elementos que los conforman (Gray & Rizzo, 1969; Arnold y Osorio, 1998; Eguiluz, 2004).

Las Conferencias Macy constituyeron el escenario ideal para la difusión e intercambio de ideas de este tipo. Organizadas por la Josiah Macy Foundation y respaldadas por el biólogo inglés Gregory Bateson y la antropóloga Margaret Mead, su esposa, estas conferencias tenían como fin reunir a especialistas de diversos

campos y desarrollar un lenguaje multidisciplinar entre éstos, a partir de encuentros informales de pocos asistentes donde se organizaban debates libres e ideas como la TGS eran discutidas (Bertrando & Toffanetti, 2000).

En estos encuentros destacó la Cibernética, término utilizado por el matemático Norbert Wiener, quien junto con el también matemático John Von Neumann definieron a ésta como el estudio de la comunicación y el control en los sistemas naturales y artificiales. La Cibernética tenía muchos paralelismos con la TGS y llamó la atención de Gregory Bateson, quien la destacó como la nueva ciencia de la forma y los patrones de organización, en donde destacaba el concepto de circularidad, que desafía la noción lineal de causa-efecto. Inicialmente, los planteamientos de esta nueva disciplina versaban sobre la retroalimentación negativa y los principios organizativos que organizan a los sistemas. Posteriormente, Magoroh Murayama amplió los planteamientos al considerar a retroalimentación positiva, como posibilidad de llevar a los sistemas a nuevas formas de organización (Hoffman, 1981; Sluzki, 1987; Ceberio y Watzlawick, 1998; Heylighen y Joslyn, 2001).

De especial importancia sería el quiebre suscitado posteriormente que Margaret Mead en 1972 llamó Cibernética de la Cibernética o Cibernética de segundo orden. Los observadores de un sistema pasarían a ser considerados como parte del sistema, y, por tanto, la descripción que el observador hiciera de éste es, a la vez, una descripción de sí mismo. Esto erosionó los conceptos de neutralidad y objetividad, incorporando la noción de que el mero acto de observación constituye una modificación del entorno. Se trasciende la conceptualización de los sistemas en términos de salidas y entradas y se concede mayor importancia a la incursión del observador en el sistema y la modificación del mismo que este hecho conlleva (Keeney, 1983; Sluzki, 1987).

La incursión del Constructivismo a la terapia sistémica, la noción de que el conocimiento es construido por los individuos y que es imposible acceder a una realidad objetiva, continuó liderada en el trabajo realizado en el MRI, fundado por Don Jackson y en el cual se realizaron investigaciones con base en la Cibernética,

en donde también participó Gregory Bateson. Así, La Teoría del Doble Vínculo surgiría de las investigaciones realizadas con familias de miembros diagnosticados con esquizofrenia para describir los procesos comunicativos paradójicos entre ellos (Segal, 1986; Glassersfeld, 1996; Eguiluz, 2004).

Del trabajo de este equipo, surgiría posteriormente por parte de Paul Watzlawick y Don Jackson la Teoría de la Comunicación Humana, en aras de superar la visión tradicional de la Comunicación del modelo que había propuesto Claude Shannon, que esquematizaba este fenómeno como uno de mera transmisión de información. En cambio, en el estudio de la pragmática de la comunicación humana de Watzlawick, Beavin y Jackson (1985) postularon varios axiomas que resaltaban el carácter relacional de la misma, posicionándola como un fenómeno que trasciende el lenguaje verbal y en el que se podían discernir distintos niveles (Winkin, 1981).

En un punto los terapeutas familiares comenzaron a interesarse por las ideas posmodernas, intercambiando las metáforas de organismos o sistemas, que precedían de la biología, por metáforas como la del texto y la narrativa, que además introducían la idea de temporalidad y cambio constante, como lo relata Hoffman (1990). El Construccinismo Social, encabezado por el psicólogo Kenneth Gergen (1985) aparece como una de las principales influencias de esta oleada, al enfocar que todo conocimiento es producto de prácticas sociales situadas en un determinado contexto, superando al individuo como la noción central, a la que Constructivismo aludía y subrayando los aspectos políticos de éste. Asimismo, cobran relevancia la analogía del texto como forma de resaltar el carácter interpretativo de la experiencia (White y Epston, 1993), la hermenéutica y el dialogismo con su postura sobre cómo los procesos dialógicos dan sentido a las experiencias de las personas (Anderson, 1997).

Actualmente, como resume Hayward (2009) la Terapia Sistémica es entendida de formas distintas en diferentes lugares, pero tal vez lo que es común a todas ellas es que el foco se mantiene sobre las relaciones, en lugar de los estados internos de los individuos.

La visión sistémica permite comprender los fenómenos sociales desde una perspectiva más compleja, que trasciende las dicotomías de la ciencia positivista tradicional, la causalidad lineal y la comprensión de las personas como seres individuales, enfocándose exclusivamente en los fenómenos mentales. La visión relacional que aporta elude las categorías básicas que tradicionalmente han caracterizado a la Psicología y abre la posibilidad a una postura crítica, en donde las fronteras entre las disciplinas dejan de tener sentido y dan pie al cuestionamiento del statu quo en las ciencias humanas y sociales.

La Teoría General de Sistemas y la Cibernética dieron lugar al diálogo entre distintas disciplinas y, con ello, a un intento por dilucidar los procesos de los fenómenos sociales, aunque de una manera que resultó mecanicista, a mi parecer, por lo menos en su primer momento. Personalmente, creo que el acontecimiento de mayor importancia para la Terapia Sistémica fue la incursión de la Cibernética de segundo orden, ya que me parece representa su rasgo definitorio. La ruptura con la dicotomía sujeto-objeto supone a nivel epistemológico la mayor diferencia respecto a otras tradiciones psicológicas y a la pretensión de objetividad que sostienen. Superada esa visión, pensar el individuo o la sociedad es hacerlo de manera situada, consciente de los propios supuestos de que se parte y crítico de los mismos.

En segundo lugar, me parece que el Construccionismo social dotó de carácter político a un movimiento que no se había caracterizado propiamente por esto. La terapia accedió con ello a la posibilidad de mirarse a sí misma y desarticularse desde dentro, cuestionándose como portadora de verdades y perpetuadora de discursos que dan pie a la inequidad. Aunado a esto, a la luz del posmodernismo y con ayuda del dialogismo, la “diferencia” se reivindicó, ya que dejó de ser incómoda y se convirtió en una condición indispensable para la polifonía, para el encuentro de distintos horizontes en el que pueden surgir nuevas comprensiones sobre nuestras vidas en el encuentro con otras voces.

4.1.2. Habilidades clínicas

A lo largo de los dos años de la Residencia desarrollé una comprensión sistémica de los fenómenos sociales que influyó enormemente en mi vida profesional y personal. A partir de mi participación en los escenarios clínicos de la Residencia, así como en los seminarios de formación y mi participación y asistencia a talleres, congresos y demás actividades relacionadas con el área, integré toda una serie de herramientas y conocimientos que forjaron, y seguirán forjando mi trayectoria profesional.

El trabajo en equipos terapéuticos y con supervisión en vivo en las diferentes sedes clínicas, me dotó de habilidades de escucha, manejo de las sesiones y de los modelos terapéuticos, trabajo en equipo, integración de casos clínicos y formulación de hipótesis que fungen como guía para el desarrollo de los casos. Además, el hecho de presenciar y supervisar los casos que mis compañeros en formación atendían me permitía participar de sus procesos terapéuticos desde una postura distinta a la del terapeuta. Asimismo, dentro del equipo terapéutico había miradas tan variadas que contribuían a mantener una visión más compleja de las historias que presenciábamos, pues las voces no entraban en conflicto, sino que se conjuntaban en una polifonía para crear un todo al servicio de la terapia, lo que sumaba a una comprensión más rica de la concepción sistémica. La realización de genogramas también fue una herramienta invaluable para la conceptualización de casos porque permite representar de una forma estructurada, que facilita la comprensión de la composición y las relaciones en la familia.

La gran diversidad de problemáticas abordadas fue posible gracias a los distintos escenarios de prácticas, caracterizados por poblaciones distintas. Tanto niños, como jóvenes y adultos acudían a terapia, ya fuese en modalidad individual, de pareja o familiar. A pesar de que podría parecer que la terapia sistémica beneficia principalmente al trabajo con grupos o familias, me pude dar cuenta de que la modalidad de la terapia es casi irrelevante si se aborda desde una perspectiva sistémica, pues, de cierta forma, aunque las sesiones sean individuales se procura

llevar a sesión las voces de las personas con quienes se relacionan los consultantes para tener una visión contextual.

Asimismo, el propio proceso de administrar la agenda de consultantes me concientizó sobre los tiempos de los procesos terapéuticos y los aspectos más pragmáticos, pero a la vez importantes, a tomar en cuenta al montar una práctica clínica.

Otro elemento invaluable para mi formación fueron los seminarios, porque además de facilitar la comprensión teórica de la terapia desde una perspectiva sistémica, estaban fundamentados desde una metodología participativa, en donde los alumnos realmente co-construíamos el conocimiento al participar en discusiones. Además, en algunas ocasiones éramos los alumnos quienes coordinábamos los seminarios, desarrollando en este proceso habilidades de docencia y pedagógicas a la par que revisábamos las temáticas de la asignatura.

4.1.3. Habilidades de investigación

La investigación es parte vital de toda ciencia y la Psicología no es la excepción. Especialmente para el desarrollo y avance de todo cuerpo de conocimiento es necesario contar con metodologías rigurosas que provean de resultados confiables. Aun cuando los postulados epistemológicos de la terapia sistémica cuestionan el método científico positivista y la presunción de objetividad, resulta vital conocer y comprender aspectos básicos de investigación, que permitan generar conocimiento y, a su vez, profundizar en la misma para explorar nuevos modos de investigación.

Los seminarios impartidos en este ámbito en la maestría, me proporcionaron las herramientas teórico-metodológicas para realizar investigaciones de corte cualitativo y cuantitativo. Como parte de los mismos, realicé en equipo dos investigaciones, las cuales versaron sobre el trabajo realizado en la misma formación, lo que nos permitió, coherentes con la Cibernética de segundo orden, profundizar en aspectos del funcionamiento de la formación de la que formábamos parte y sugerir modificaciones. A continuación reproduzco brevemente las mismas.

Investigación cuantitativa: EL QUEHACER SISTÉMICO EN LA CLÍNICA DE TERAPIA FAMILIAR, FES IZTACALA UNAM

En la Psicología Clínica, la perspectiva sistémica resulta especialmente útil, pues las dificultades se conciben desde una perspectiva interaccional (Coletti y Linares, 1997). Se concibe a la familia como unidad de análisis e intervención. (Espinoza y Montalvo, 2011). El objetivo de la investigación fue describir las características tanto de los usuarios como de la propia práctica terapéutica que se realiza en la Clínica de Terapia Familiar de la FESI, UNAM, el cual es un espacio que presta atención a la comunidad como parte de la Residencia en Terapia Familiar de la Maestría en Psicología desde una perspectiva sistémica y posmoderna. La investigación fue descriptiva y de corte transversal, retrospectivo. Para ello, se analizaron 71 expedientes de casos, 8 de ellos correspondientes al año 2002, 35 al 2007 y 28 al 2012. Algunos de los resultados que resaltaron es que el 89% de los usuarios de los casos analizados son mujeres y 5% hombres. El rango de edad de los usuarios va de 18 años a 59 años. Además, de los usuarios un 59% eran casados, 16% separados y 12% solteros. La mayor prevalencia en cuanto a motivo de consulta es “problemas entre padres e hijos”, “problemas de pareja”, “personas que acuden por algún diagnóstico”, y con menor prevalencia “problemas de escuela” y “violencia”. La duración promedio de los procesos terapéuticos fue de 3 sesiones, con un rango observado de 1 a 13 sesiones.

Se concluyó que existen aspectos de género como la mayor prevalencia de mujeres que asisten a sesión, lo cual se hipotetiza, puede deberse a que las mismas tienen mayores actitudes de prevención y cuidado de la salud que los hombres, además de que prestan mayor importancia al bienestar emocional. A la vez, se notó que la mayoría de las ocasiones los terapeutas optaban por utilizar más de un modelo terapéutico, lo que llama a revisar aspectos de la coexistencia de distintos modelos y la utilidad de ésta en la práctica sistémica, así como la coherencia epistemológica de las intervenciones que realizan los terapeutas. La duración promedio de los procesos terapéuticos es congruente con aspectos del funcionamiento de la clínica y de la epistemología sistémica, en donde suelen

visualizarse cambios al cabo de pocas sesiones, por lo que en algunos casos los consultantes no consideran necesario seguir acudiendo a terapia.

Investigación cualitativa: VIVENCIAS DE LOS TERAPEUTAS EN LA CLÍNICA DE TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA DE LA FES IZTACALA

El objetivo de la investigación fue conocer las vivencias de los alumnos como terapeutas sistémicos de la Residencia en Terapia Familiar de la Maestría en Psicología de la FESI, UNAM. Para ello, desde un marco socioconstruccionista se analizó el discurso de los terapeutas de la misma, a partir de un grupo focal con una muestra de 6 mujeres y 2 hombres, quienes formaban parte de una misma generación. Por medio de preguntas abiertas se indagó sobre sus experiencias en la Clínica de Terapia Familiar de la FESI y posteriormente se analizó el material por medio del programa informático ATLAS.ti 7.5.7, trazándose relaciones entre códigos diseñados a partir del discurso de los participantes. Así, se observó que existe un traslape entre los ámbitos personal, profesional y académico de los terapeutas, destacando asimismo elementos como los sentimientos de los terapeutas, la convivencia grupal y el trabajo en equipos terapéuticos, los cuales funcionan como catalizadores del desarrollo de habilidades para el ejercicio de la terapia, pero también de recursos en sus relaciones personales y vida cotidiana. Se evidenció así la importancia de la interacción social entre los terapeutas sistémicos en formación, así como la relevancia de la colaboración entre ellos para la co-construcción de una comprensión sistémica y demás recursos profesionales y personales, por lo que se vislumbra necesario hacer énfasis en dichos aspectos de la formación de futuros terapeutas.

4.1.4. Habilidades de difusión y prevención

Participación en VI Congreso ALFEPSI con la ponencia “VIVENCIAS DE LOS TERAPEUTAS EN LA CLÍNICA DE TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA DE LA FES IZTACALA”

Gracias al apoyo del CONACYT y la UNAM tuve la oportunidad de presentar la investigación antes descrita a manera de ponencia en la sexta edición del congreso de la Asociación Latinoamericana para la Formación y la Enseñanza de la Psicología (ALFEPSI) que tuvo lugar en la ciudad de Lima, Perú en la Universidad

Ricardo Palma, del 25 al 28 de octubre de 2017. A través de mi ponencia pude dar a conocer el trabajo de vanguardia realizado en la Maestría en Psicología en la FESI UNAM a colegas latinoamericanos. Además de participar como ponente, asistí a diversas actividades realizadas dentro del mismo congreso en donde pude conocer el estado de la Psicología en otros países de Latinoamérica, como Brasil, Colombia, Chile y el mismo Perú y relacionarme con psicólogos de distintos lugares y formaciones.

Elaboración de material didáctico

Asimismo, dentro de las actividades de los seminarios realicé junto con mis compañeros distintos materiales didácticos para la difusión de la terapia sistémica.

Video “Técnicas del modelo estructural: un aprendizaje sin fin”

Consiste en un video de 49 minutos de duración en torno a una sesión de terapia estructural. La estructura del video contiene varios niveles que se contienen a sí mismos. En el nivel inferior se presenta la sesión de terapia con las intervenciones del terapeuta y la pausa con los comentarios del equipo de supervisión. Posteriormente, en un segundo nivel se ubican los comentarios de una clase de Modelo Estructural sobre las intervenciones llevadas a cabo por el terapeuta en dicho video. En un tercer nivel, se muestra que esa clase forma parte de un sueño que estaba teniendo una persona, quien se encontraba grabando un video sobre el Modelo Estructural, lo que descubre un cuarto nivel, con lo que se regresa al punto de partida: un video sobre el Modelo Estructural.

El video está dirigido a todo aquél que desee ver en práctica el Modelo Estructural de Minuchin (1974), probablemente alumnos de Terapia Familiar Sistémica. Además de mostrar en acción el Modelo Estructural y sus técnicas, permite familiarizarse con la epistemología sistémica, al transmitir la idea de recursividad en los distintos niveles de realidad que se incluyen en el video; esto también lleva al espectador a considerar distintas puntuaciones de la secuencia de hechos que se presentan en el mismo y a reflexionar sobre la circularidad de la ocurrencia de los hechos en el video.

Juego de mesa “Jugando a ser Minuchin”

El juego de mesa representa una herramienta didáctica ideal para los estudiantes de Terapia Sistémica, ya que los ayuda a poner en práctica los conceptos teóricos y metodológicos del Modelo Estructural, así como trabajar en colaboración con otros en el desarrollo de un caso. A diferencia de otros juegos de mesa, se promueve en todo momento la cooperación y colaboración en lugar de la competencia, debido a que el fin no es vencer a los demás participantes, sino trabajar de manera conjunta, a la vez que resulte divertido.

La dinámica del juego es sencilla: al inicio del juego, los participantes deberán tomar una de las 25 cartas con casos clínicos, la cual contiene el caso que se abordará durante la partida. El elemento central del juego es una torre compuesta por 51 bloques de madera apilados en 17 niveles de altura, de la cual los participantes, en cada turno, deberán retirar un bloque que deberá ser colocado en la punta, procurando no derribar la torre en el proceso, si esto sucede el juego termina. Los bloques tienen colores diferentes y según el color del bloque contienen una pregunta, relativa al diagnóstico, hipótesis, proceso o técnicas del Modelo Estructural, la cual el participante deberá responder en relación al caso que se está trabajando, para dar por concluido su turno. Existe una variante del juego, que consiste en la adición de un dado de colores, que determina el color del bloque que deberá tomar el participante.

Juego de mesa “Maratón del MRI”

Por medio de este juego de mesa, los participantes pueden consolidar sus conocimientos sobre el modelo de terapia del MRI independientemente de su nivel de dominio. El juego consiste en el clásico “maratón”, con temática alusiva a conceptos teóricos, prácticos e históricos del famoso modelo de terapia. Cada jugador lanzará el dado, otro participante, el “Supervisor”, tomará una carta del mazo de preguntas (70 cartas en total) y formulará una pregunta, si el jugador acierta avanzará el número de casillas que el dado haya indicado, si contesta de manera equivocada, la ficha del “Síntoma” avanzará el número de casillas indicado. Además, existen casillas de “Doble Vínculo”, que enfrentarán al jugador con otra

pregunta. En caso de que el jugador acierte, retrocederá sólo dos casillas, en cambio si la respuesta es equivocada, retrocederá cuatro casillas. El primer jugador en llegar a la meta gana el juego.

4.1.5. Habilidades de intervención

De manera paralela al trabajo llevado a cabo en los tres escenarios de práctica clínica de la Residencia, participé en la realización de charlas y talleres dirigidos a poblaciones distintas.

Taller “Contextos de violencia y posibilidades de acción”

Como parte del 1° Coloquio de la Residencia en Terapia Familiar Sistémica, FES Iztacala coordiné junto con compañeras un taller dirigido a la comunidad estudiantil que tuvo como objetivo la prevención de la violencia mediante distintas actividades que tenían como fin el cuestionamiento de los discursos que encarnan la violencia, la reflexión sobre los distintos tipos de violencia y cómo se entrelazan con cuestiones estructurales, la promoción de formas de interacción no violentas y el desarrollo de habilidades sociales en situaciones de la vida cotidiana desde una perspectiva de género.

El taller consistió en seis actividades en donde los participantes adquirieron conciencia sobre los efectos de la violencia, reconocieron el enojo en sus cuerpos como posibilidad para evitar respuestas violentas y lograr un mejor manejo del conflicto, aprendieron sobre distintos tipos de afrontamiento ante los conflictos y estrategias frente a los mismos, además de visibilizar sobre los privilegios de los cuales gozan las personas de acuerdo con su género, religión, orientación sexual, nivel socioeconómico, etc. con el fin de reflexionar sobre la inequidad y el ejercicio de la violencia como forma de poder.

Propuesta de intervención comunitaria en un albergue con personas migrantes

Dentro del seminario “Familia y Contexto”, una compañera y yo planificamos una intervención con personas en proceso de migración procedentes de Sudamérica que viajan en el tren apodado “La Bestia”. La intervención está planteada desde un marco de justicia social (Peñaranda, 2015), desde las prácticas narrativas (White, 2007) y la intervención en red (Sluzki, 2010) y abarca dos ejes.

El primer eje es abordado principalmente desde la perspectiva de la intervención en red, con la misión de fortalecer la vinculación del albergue con la comunidad de Huehuetoca mediante un mapeo de la red social de éste, ubicando actores o instituciones clave como servicios de salud, comedores, ropa, pequeños comercios que pudieran contribuir en especie o con dinero, abogados, psicólogos, trabajadores sociales, cocineros, favoreciendo la generación de una red de apoyo al migrante y sus procesos de autogestión.

El segundo eje consiste en un taller enmarcado en las prácticas narrativas, que tiene como fin rehistoriar las experiencias de las personas migrantes que se encuentren en el albergue en torno a la migración, fomentando su participación migrante de manera activa, retomando sus propios discursos y abrir espacios de diálogo para aprender de sus experiencias de vida en el proceso migratorio resaltando sus formas de afrontamiento, valores, sueños, metas, compromisos que tienen que les han hecho posible resolver conflictos en torno las dificultades, limitaciones que conlleva el proceso de migración. La segunda parte de este eje contempla la realización de un documento colectivo como forma de legitimar la lucha de las y los migrantes y sus valores, sueños, metas al emprender el viaje, dando voz a lo que es importante para estas personas y mostrando a la sociedad las situaciones a las que se enfrentan.

A pesar de no haber llevado a la práctica la intervención, la propuesta quedó asentada para realizarse en un futuro.

Charlas ISSSTE “Trato por un buen trato”

De manera complementaria a las labores que desempeñamos en la Clínica ISSSTE de Medicina Familiar Tlalnepantla participamos en la jornada de concientización a trabajadores sobre la mejora de la atención a la población y de la sana convivencia entre compañeros “Trato por un buen trato”. Las charlas abordaron temas como “Comunicación” y “Resiliencia”, explicados de manera sencilla y con el apoyo de material gráfico ante los cuales los empleados mostraron amplio interés y cooperación.

4.1.6. Ética y compromiso social

Un pilar fundamental de la formación de todo profesionalista es la ética. La Real Academia Española (s.f.) define a la *ética* como el “conjunto de normas morales que rigen la conducta de la persona en cualquier ámbito de la vida”. Sin afán de incurrir en mayores dilucidaciones filosóficas sobre la naturaleza de la ética se puede entender entonces que, como mencionan Lafarga y Eguiluz (s.f.) a través de un ejercicio ético se procura un desarrollo humano saludable de las personas implicadas, sin que en esto intervenga una postura teórica. Sin embargo, aparece una controversia ante el enunciado anterior, pues, la incursión de la Cibernética de segundo orden y posteriormente de las ideas posmodernas entran en conflicto con tal sentencia, que parece estar planteada desde el paradigma tradicional positivista de las ciencias, que asume que la objetividad es posible. Es desde esa postura desde donde está planteado el *Código Ético del Psicólogo* (Sociedad Mexicana de Psicología, 2010) que proporciona directrices sobre el actuar ético del Psicólogo. Sin embargo me parece que a pesar de su afán de abarcar el espectro más amplio posible de escenarios de actuación de la Psicología privilegia las corrientes más positivistas de ésta, que remiten al paradigma médico.

No obstante, en el mismo se abordan cuestiones claves como la confidencialidad de los servicios que prestamos, aspectos sobre los límites de las relaciones con los consultantes, el consentimiento informado, así como sobre el trabajo con personas de un contexto sociocultural distinto al del psicólogo y los cuidados que debe prestar ante esto, que son parte fundamental de la relación

terapeuta-consultante, y que son cualidades y responsabilidades que durante el trabajo continuo en la Residencia tuvimos en claro y cumplimos, apoyados por recursos como:

- Consentimiento informado sobre el manejo de la información de las sesiones que eran videograbadas al dejarles en claro a los consultantes que todo el material que contiene su información pertenece a la UNAM y se mantiene estrictamente confidencial, y por medio del cual autorizan que las sesiones se videograben,
- La presentación de un reglamento y la realización de un encuadre en donde se asientan condiciones de uso del servicio como los costos, la duración de las sesiones, se deja en claro la forma de trabajo y demás aspectos de la relación terapeuta-consultante como la confidencialidad a menos que corra peligro la integridad de alguna persona, en cuyo caso se informa a las autoridades competentes.
- El trabajo supervisado por un docente psicoterapeuta debidamente formado en Terapia Sistémica que garantiza que la intervención sea de calidad.

Los elementos anteriores garantizaron el ejercicio ético del trabajo que llevamos a cabo, sobre todo en los ámbitos que se mencionaron, sin embargo existen situaciones que demandan atención especial desde el punto de vista ético y un minucioso análisis por parte del terapeuta.

De especial cuidado es el abordaje de casos de violencia desde una perspectiva sistémica, pues, como mencionan Walters et al. (1991) el concepto de reciprocidad podría llevar a una comprensión en la que se conceptualice a la víctima como responsable de la violencia que está sufriendo, en la conceptualización sistémica de que todos son responsables de las pautas de interacción dentro de un sistema. Al respecto, desde la postura de que la violencia coarta la libertad y dignidad de las personas y de que los terapeutas somos agentes de control social Maldonado (2003) insiste en mantener una perspectiva en donde se responsabilice a las personas que participan en la violencia, tomando en cuenta que las familias son sistemas abiertos influidos por el sistema sociocultural y que el concepto de

jerarquía permite trazar una diferencia en una lógica circular entre quien comete la violencia y quien la sufre.

Por otra parte, a veces ciertos integrantes de la familia acuden a otras sesiones y a otras no, por lo que se debe ser cuidadoso con la información que se divulga con otros miembros de la familia, pues esto podría suponer una violación al principio de confidencialidad, además de comprometer la relación terapéutica y con ello, el curso de la terapia. Ante esto, la actuación del terapeuta debe incluir un encuadre al inicio del proceso terapéutico en donde se advierta a cada integrante de la familia lo referente a esto.

Pero sin duda alguna, un aspecto que me parece relevante discutir en el caso de la Terapia Sistémica sobre la aplicación del código ético antes mencionado es el que se refiere a la calidad de la intervención, pues la epistemología de esta visión no proviene del paradigma científico positivista al que tanto se hace alusión al resaltar reiteradamente la importancia de intervenciones efectivas basadas en investigación científica y en resultados confiables.

Tal vocabulario me parece incluso ajeno a la Terapia Sistémica, pues ¿Dónde tienen cabida cuestiones como la circularidad, isomorfismos, objetividad entre paréntesis, polifonía y diálogo en el paradigma médico positivista? Como mencioné antes, aspectos como la confidencialidad, las naturaleza de las relaciones entre consultante y terapeuta, manejo adecuado de la información no representan para mí mayor problema, o al menos, durante la formación no lo fueron, en cambio ¿De qué manera garantizamos que nuestras intervenciones, basadas en supuestos filosóficos y epistemológicos ajenos a las ciencias positivistas y la tradición médica están siendo de utilidad para nuestros consultantes?

Me parece que las respuestas a esta interrogante parten de la propia naturaleza de la Terapia Sistémica, ya que aspectos como la continua retroalimentación que recibe el terapeuta de los consultantes y en la que basa sus posteriores intervenciones, el trabajo con equipos terapéuticos y la incursión de aspectos políticos a la terapia “abren” el espacio terapéutico a una continua revisión y cuestionamiento tanto por parte del terapeuta como de sus colegas, rompiendo con

la muralla que comúnmente se erige alrededor de la práctica privada y que resulta en vicios que permanecen ocultos. Además, la reiterada participación en foros y formaciones garantizan que el Terapeuta Sistémico se mantenga crítico respecto a su propia práctica, en un constante proceso de deconstrucción de la misma.

Precisamente en sintonía con el principio de la terapia como un espacio político cobra relevancia la justicia social. Según Peñaranda (2015) la justicia social es un proceso histórico socio-cultural por medio del cual se debería garantizar que las personas tengan una vida digna, con oportunidades para desarrollar sus potencialidades y de esa forma satisfacer sus necesidades, aspiraciones e intereses. Si se toma en cuenta el ejercicio de la práctica de la terapia sistémica desde una perspectiva de justicia social es necesario entonces poner especial atención a las inequidades sociales como las relaciones de poder establecidas entre los géneros, la carencia de acceso a servicios de salud, educación, pobreza y seguridad pues también forman parte del entramado que sostiene a las problemáticas que atendemos. Atender a lo anterior significa asumir una posición y ubicarnos en relación a nuestros consultantes y cómo nos perciben, a la relación que tenemos, con especial atención a discursos que puedan perpetuar las inequidades.

Es por eso que personalmente creo, desde el paradigma en el que opera la terapia sistémica y las terapias posmodernas, que una práctica ética no está caracterizada por la utilización de protocolos científicamente comprobados desde la visión positivista, sino por el ejercicio continuo de una visión autocrítica, que asuma una postura política y se sitúe de tal forma que el trabajo que realicemos sea relevante al contexto, sólo de esa forma, creo, podremos desarrollar una terapia sistémica ética.

4.2. Reflexión y análisis de la experiencia.

Los dos años de la formación en la Residencia en Terapia Familiar fueron de profundos cambios para mí, pues ésta incidió de manera profunda en mi vida personal también. Y es que la educación no es una mera transmisión del conocimiento, sino una co-creación de éste, en donde a partir de la propia

experiencia y de la comunión entre el profesorado y compañeros se marcha de la mano en un camino lleno de transformaciones. Estoy seguro que mis compañeros comparten sentimientos similares respecto a la maestría, pues tuvimos vivencias significativas durante este tiempo.

La visión de la Psicología que tengo obedece a los ideales antes mencionados y me parece que la formación que cursé en la maestría comulgó con ellos, ya que desde la misma forma en que se estructuran los aspectos más prácticos de ella son congruentes con la epistemología sistémica.

La comprensión que ahora tengo de la terapia sistémica se la debo totalmente a las numerosas horas de formación, entre lecturas, seminarios y práctica clínica, en donde de maneras distintas ponía en juego los fundamentos de esta perspectiva. El trabajo en equipos en los distintos escenarios de práctica estuvo siempre al servicio de las personas que nos consultaban, y se entrelazaba con cuestionamientos a las perspectivas que tenía antes, a mi propia vida y a mi anterior forma de trabajo, lo cual no hubiera sido posible sin la polifonía generada por la presencia de distintas voces. Además, las supervisoras aportaban comentarios atinados, con los cuales se podía estar de acuerdo o no, pero que resultaba de ayuda tomar en cuenta, asimismo, los distintos estilos que tenían permitieron experimentar con formas diferentes de hacer terapia.

La incursión que tuvimos a la práctica terapéutica fue gradual, primero como observadores y ya después como terapeutas, no obstante, como ahora puedo comprender, el ser observador no me excluía de formar parte del sistema terapéutico, pues el mero acto de observación influye en el sistema. Compartir esta experiencia, primero con la generación anterior a nosotros desde ese rol, y después con la que nos sucedió, ya como terapeutas aportó una “multivisión” del sistema terapéutico al percibir la terapia desde distintos ámbitos.

Sin embargo, el trabajo en equipo no era exclusivo de la práctica clínica, pues en los distintos seminarios se colaboraba de esa forma en ejercicios que realizábamos, además de que las discusiones que se suscitaban en los mismos añadían a la comprensión de los conceptos.

La relación que teníamos con el cuerpo docente era de respeto pero tendía hacia la horizontalidad y transparencia, la cual creo es característica también de las relaciones que establezco con mis consultantes. En todo momento se hacía hincapié en la visión sistémica y sus bondades y limitaciones, pues aun cuando esta aporta una mirada fresca, cabe tener claro que la primacía de una sola perspectiva siempre resulta peligroso.

Asimismo, tuve la oportunidad de asistir a cursos externos, talleres e incluso a un congreso en Perú, donde conocí el estado actual de la Psicología en Latinoamérica. Además de conocer ese hermoso país, todas estas actividades fuera de la UNAM ayudaron a afianzar mi formación sistémica y me sirvieron para reafirmar mi postura personal ante la terapia sistémica y posmoderna, así como seguir forjando mi visión y estilo terapéutico.

La convivencia entre los compañeros marcó la manera en que trabajábamos, siempre de la mano, ayudándonos unos a otros, conscientes de que el aprendizaje es un acto colectivo, en el que intervienen siempre otras voces, otras miradas. Para mí, fue esta forma de colaborar lo que marcó mis aprendizajes en la maestría, porque me di cuenta de que ser terapeuta sistémico implica reconocer que detrás de cada acto, cada pensamiento, siempre hay voces que lo influenciaron.

A partir de esto sobreviene un compromiso con la sociedad, una lucha por derribar los muros que, tradicionalmente, han amurallado a la práctica terapéutica, reconociendo que todo acto es político, y que la terapia no es la excepción. Entonces, podremos reconocer que no todas las voces suenan igual, y que asumir la existencia de la neutralidad u objetividad, es asumir lo contrario.

Me parece que a partir del reconocimiento de lo anterior, la Psicología y, más específicamente, la terapia se abre a reconciliarse con otros campos del conocimiento como la sociología, antropología, historia, o incluso el arte. Creo que la comprensión relacional de los problemas humanos llama a dejar atrás la sectorización del conocimiento, tan propia del modernismo, en favor de la convivencia de voces heterogéneas en donde la diferencia no implique conflicto, sino polifonía.

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

La separación entre los distintos ámbitos de la vida del terapeuta obedece a una concepción más propia de la modernidad, que sectoriza la experiencia y la clasifica en favor de la simplificación. Sin embargo, la Cibernética de segundo orden y después, el posmodernismo implicaron en el ámbito terapéutico un rompimiento con dicha tradición. Desde este lugar, el terapeuta no es neutral, objetivo y ni su vida personal ni profesional son ajenos entre sí. El terapeuta habita el espacio terapéutico como persona con sus posturas, ideales, preferencias que habrán de marcar su estilo terapéutico y manera de proceder en terapia.

Desde el principio de la maestría se nos hizo hincapié en la importancia de trabajar la persona del terapeuta y así fue. Comenzamos por analizar nuestro propio familiograma, actividad que tuvo como consecuencia al resaltar patrones y modos de interacción determinados en nuestras familias que nos habían forjado de formas que no nos habíamos dado cuenta.

Asimismo, constantemente se nos hablaba de la importancia de trabajar la persona del terapeuta y durante el trabajo con las familias se nos cuestionaba cómo se conectaban las decisiones que tomábamos como terapeutas con nuestra vida personal y/o historia familiar. La finalidad de esto no era, como la tradición modernista demandaba, negar esa parte de nosotros, sino estar conscientes de ellos y utilizarla de la mejor manera posible en favor del trabajo con nuestros consultantes.

Sin duda alguna, el mayor impacto que tuvo la Residencia en mí y en todo lo que haga a partir de ahora es el de concientizarme sobre el compromiso social que tenemos como psicólogos, el cual, desde la perspectiva sistémica y desde el posmodernismo adquiere un carácter distinto al que podría existir desde otras tradiciones de la Psicología. Como ya lo había comentado, creo que el espacio terapéutico trasciende las cuatro paredes del consultorio, pues es fuera de éste donde nuestro trabajo adquiere relevancia.

La perspectiva sistémica, además, me ha hecho concientizarme sobre la importancia del trabajo comunitario, hecho desde una perspectiva respetuosa y no

colonizadora, desde la cual las propias comunidades puedan gestionar sus propios recursos de la manera que mejor les convenga, y creo que lo mismo aplica para el trabajo con familias e individuos. Asimismo, la modalidad individual de terapia sólo lo es en términos relativos, porque constantemente las personas llevan distintas voces que son importantes para ellas a sesión y es parte de nuestra tarea trabajar con ellas, como si estuviesen físicamente presentes, en lugar de optar por una perspectiva tradicionalmente individualizadora, que centraría su foco en la persona que acude a consulta.

Me parece que la Psicología en Latinoamérica está obligada a reconciliarse con los modos de ser y existir de la gente latinoamericana, al rescatar las tradiciones del pensamiento gregario y colectivo que caracteriza a estas sociedades para así diferenciarse de la Psicología norteamericana y adquirir mayor aplicabilidad a nuestro contexto, pues muchos de los que opera actualmente son herencia de la sociedad Estadounidense. Rescatar estos conocimientos locales, creo, impulsaría además la reivindicación de los valores Latinoamericanos.

Ser terapeuta sistémico implica pensar en distintos niveles, complejizar nuestro pensamiento y dejar atrás dicotomías y simplificaciones. En un sentido más personal, puedo decir que mi formación como terapeuta sistémico me ha hecho además estar más en contacto con las personas que me rodean y caer en cuenta de lo mucho que les debo, pensando en que mi identidad se ha construido en la relación con ellos y que mi historia se entrelaza con otras.

Referencias Bibliográficas

- Acevedo, A. (2013). El pensamiento complejo en Edgar Morin. Recuperado de <https://www.las2orillas.co/el-pensamiento-complejo-en-edgar-morin>
- Agencia EFE. (31 de enero, 2018). El sistema de salud mexicano, incapaz de adaptarse a las nuevas necesidades. Recuperado de <https://www.efe.com/efe/america/mexico/el-sistema-de-salud-mexicano-incapaz-adaptarse-a-las-nuevas-necesidades/50000545-3509203>
- Aguirre, C. (2009). Hegemonía. En Szurmuk, M., Mckee, R. (Ed.), Diccionario de estudios culturales latinoamericanos. México: Siglo XXI Editores, 2009.
- Alberts, B., Dewey, J., Lewis, J., Bray, D., Raff, M., Roberts, K. (1983). *Molecular Biology of the Cell*. En Marin, P. P. (Ed.). (2007). *Geriatría y Gerontología*. Buenos Aires: Grupo Guía.
- Anderson, H. (1997). *Conversación, lenguaje y posibilidades: un enfoque postmoderno de la terapia*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Anderson, H. (1997). *Conversación, lenguaje y posibilidades: un enfoque postmoderno de la terapia*. Buenos Aires: Amorrortu. Prólogo de Lynn Hoffman.
- Andolfi, M. (1991). *Terapia familiar: un enfoque interaccional*. Barcelona: Paidós.
- Animal Político. (2017). México, entre los 5 países con las peores condiciones laborales de América Latina. Recuperado de <https://www.animalpolitico.com/2017/11/mexico-trabajo-calidad-america>
- Arnold, M & Osorio, F. (1998). Introducción a los conceptos básicos de la teoría general de sistemas. *Cinta moebio* 3: 40-49. Recuperado de <http://www.cintademoebio.uchile.cl/index.php/CDM/article/viewFile/26455/27748>
- Arroyo, M. (2011). Sentirse una “carga” en la vejez: realidad construida o inventada?. *Revisa Kairós Gerontología*. 14 (6). pp. 5-29.
- Beauvoir, S. (2016). *La vejez*. Ciudad de México: Penguin Random House Grupo Editorial.
- Belenky, M. F., Clinchy, B., Goldberger, N. R., Tarule, J. M. (1986). *Women's ways of knowing: The development of self, voice, and mind*. New York: Basic Books.

- Belenky, M. F., Clinchy, B., Goldberger, N. R., Tarule, J. M. (1986). *Women's ways of knowing: The development of self, voice, and mind*. New York: Basic Books.
- Bertrando, P. & Toffanetti, D. (2000). *Historia de la terapia familiar: los personajes y las ideas*. Barcelona: Paidós.
- Bertrando, P. (2011). *El diálogo que conmueve y transforma*. Ciudad de México: Editorial Pax México.
- Beyebach, M. (1999). Introducción a la terapia breve basada en soluciones. En J. Navarro Góngora, A. Fuertes y T. Ugidos (Eds.), *Intervención y prevención en salud mental*. Salamanca: Amarú (pp. 211-245).
- Beyebach, M. (2013). La terapia familiar breve centrada en soluciones. Recuperado de <https://www.psyciencia.com/wp-content/uploads/2013/12/El-modelo-de-la-Terapia-Familiar-Centrada-en-Soluciones-.pdf>
- Braverman, L. (1991). Beyond the myth of motherhood. En McGoldrick, M., Anderson, C. M., Walsh, F. (Eds.) (1991). *Women in Families: A framework for Family Therapy*. W. W. Norton: New York.
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La Ecología del Desarrollo Humano*, Barcelona: Paidós.
- Butterworth, P. (1999). *Talking about self-care in relation to using drugs*. Recuperado de <https://dulwichcentre.com.au/articles-about-narrative-therapy/deconstructing-addiction/talking-about-self-care>.
- Carbajo, M. C. (2008). La historia de la vejez. *Revista de la Facultad de Educación de Albacete*. (23), 237-254. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3003504.pdf>
- Carey, M. & Russell, S. (2003). Re-Authoring: Some answers to commonly asked questions. *The International Journal of Narrative Therapy and Community Work*, 3. Recuperado de https://narrativepractices.com.au/attach/pdf/Re-Authoring_Commonly_asked_questions.pdf
- Ceberio, R. & Watzlawick, P. (1998). *La construcción del universo*. Barcelona: Herder.

- Cerruti, P. (2012). La “ontología histórica” de Michel Foucault. Apuntes de método para el análisis crítico socio-cultural. *Sociedade e Cultura*, 15(2), 393-403.
- Cohen, L. (1994). Old Age: Cultural and Critical Perspectives. *Annual Reviews*. (23), 137-158.
- Colegio de Ciencias y Humanidades. (s.f.). Historia del Colegio de Ciencias y Humanidades. Recuperado de <http://www.cch.unam.mx/historia>
- Coletti, M., y Linares, J. (1997). *La intervención sistémica en los servicios sociales ante la familia multiproblemática*. La experiencia de Ciutat Vella. España: Paidós Terapia familiar.
- Combs, G. & Freedman, J. (2016). Narrative therapy’s relational understanding of identity. *Family Process* 55: 211–224.
- CONAPRED. (2010). *Encuesta Nacional sobre Discriminación en México 2010*. Recuperado de <http://www.conapred.org.mx/userfiles/files/Enadis-2010-RG-Accss-002.pdf>
- CONAPRED. (s.f.). *Ficha temática personas mayores*. Recuperado de <http://www.conapred.org.mx/userfiles/files/Ficha%20PAM.pdf>
- Conde, B. (25 de mayo, 2017). ¿Cómo va la educación en México? *AIASEC*. Recuperado de <https://aiasec.org.mx/va-la-educacion-en-mexico/>
- CONEVAL. (30 de agosto, 2017). CONEVAL INFORMA LA EVOLUCIÓN DE LA POBREZA 2010-2016. [Comunicado de prensa]. Recuperado de <https://www.coneval.org.mx/SalaPrensa/Comunicadosprensa/Documents/Comunicado-09-Medicion-pobreza-2016.pdf>.
- CONEVAL. (s.f.). ¿Qué es la medición de la pobreza? Recuperado de <https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Paginas/Que-es-la-medicion-multidimensional-de-la-pobreza.aspx>
- Consejo Especial de Población del Estado de Guanajuato. (2005). *Programa especial gerontológico del estado de Guanajuato*. Recuperado de http://envejecimiento.sociales.unam.mx/archivos/libro_prog.pdf.
- Coronel, M. (2 de abril, 2017). Enfermedades crónicas, fuerte presión a la economía. *El economista*. Recuperado de <https://www.economista.com.mx/opinion/Enfermedades-cronicas-fuerte-presion-a-la-economia-20170402-0004.html>

- Dávila, P. D. & López, A. (5 de septiembre, 2014). *Aportación de la Fundación UNAM a la FES Iztacala*. Recuperado de http://www.fundacionunam.org.mx/de_la_unam/aportacion-de-la-fundacion-unam-a-la-fes-iztacala/
- De Jong, P. & Kim Berg, I. (2002). *Interviewing for solutions*. Pacific Grove: Brooks/Cole.
- De La Peña, G. (2014). El problema de la deserción escolar y las posibilidades de la investigación-acción participativa. *Revista de sociología configurações*. (14) 129-149.
- De Shazer, S. (1991). *Claves para la solución en terapia breve*. Barcelona: Paidós.
- Denborough, D. (2012). The team of life with young men from refugee backgrounds. *International Journal of Narrative Therapy & Community Work*. (2): 44-53.
- Denborough, D. (2006). Talking with men who have used violence in intimate relationships. *The International Journal of Narrative Therapy and Community Work*, 4(2). 23-30.
- Denborough, D. (2008). *Collective narrative practice: Responding to individuals, groups, and communities who have experienced trauma*. Adelaide: Dulwich Centre Publications.
- Diario Oficial de la Federación de México. (2010, 16 junio). Lineamientos y criterios generales para la definición, identificación y medición de la pobreza. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Recuperado de https://www.coneval.org.mx/rw/resource/coneval/med_pobreza/DiarioOficial/DOF_lineamientos_pobrezaCONEVAL_16062010.pdf
- Dorantes, M. A., Torres, L. E., Robles, A. L. (2011). *Perspectiva de género: una visión multidisciplinaria*. Estado de México, México: FEZ Iztacala UNAM.
- Eguiluz, L. (coord.) (2004). *La Terapia Familiar y su uso Hoy en día*. México: Pax.
- Ekeh, P. citado en Universidad de Chile. (s.f.). Unidad 3: Teorías Sociológicas. Recuperado de http://www.uchile.cl/documentos/teoria-sociologica-3_87334_4.pdf

El Colegio de México. (2018). *Desigualdades en México 2018*. Ciudad de México: El Colegio de México. Recuperado de <http://desigualdades.colmex.mx/informe-desigualdades-2018.pdf>

Espinosa, S., y Montalvo, R. (2011). *Supervisión y terapia sistémica: Modelos propuestos y guías prácticas*. México: INFASI.

Esteinou, R. (2004). El surgimiento de la familia nuclear en México. *Estudios de Historia Novohispana*. 31(31), 99-136.

Esteinou, R. (2008). Tipos de familia en el México del siglo XX, en Vera, A. y Robichaux, D. (Comps.) (2008). *Familias y Culturas en el espacio Latinoamericano*. México: Universidad Iberoamericana, Cuba: Centro de Investigación y Desarrollo de la Cultura.

Expansión. (2 de enero, 2018). *2017, el año con más muertes por narcotráfico en lo que va de la gestión de Peña*. Recuperado de https://expansion.mx/nacional/2018/01/02/12-532-personas-murieron-en-2017-por-disputas-del-narcotrafico-en-mexico?internal_source=PLAYLIST

Fisch, R. y Schanlanger K. (2002). *Cambiando lo incambiable. La Terapia Breve*

Foucault, M citado en Ávila, F. (2006). El concepto de poder en Michel Foucault. Telos, Universidad Privada Dr. Rafael Beloso Chacín. (8) 2. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=99318557005>.

Foucault, M. (2008). *Vigilar y castigar*. México: Siglo XXI Editores.

Freedman, J. & Combs, G. (1996). *Narrative Therapy: The social construction of preferred realities*. New York: WW Norton & Company.

Fruggeri, L. (s.f.). *Diferentes normalidades: Psicología social de las relaciones familiares*. Jalisco, México: Editorial Página Seis.

García, F. (2013). *Terapia sistémica breve. fundamentos y aplicaciones*. Santiago de Chile: RIL Editores.

Gergen (1985). *The social construction of the person*. Nueva York: Springer-Verlag.

Gergen, K. (1985). *Social Constructionist Inquiry: Context and Implications*. En Gergen, K., Davis, K. (Ed.), *The Social Construction of the Person*. Ohio: Taos Institute Publications.

- Gergen, K. (1999). *An Invitation to social construction*. Londres: Sage.
- Gergen, K. (2006). *El yo saturado*. Barcelona: Paidós.
- Gergen, K. & Gergen, M. (2000). *The New Aging: Self-Construction And Social Values*. Recuperado el 4 de febrero de 2018 de https://www.swarthmore.edu/sites/default/files/assets/documents/kenneth-gergen/The_New_Aging.pdf
- Gilligan (1983). Citada en Belenky, M. F., Clinchy, B., Goldberger, N. R., Tarule, J. M. (1986). *Women's ways of knowing: The development of self, voice, and mind*. New York: Basic Books.
- Giraldo, R. (2006). Poder y resistencia en Michel Foucault. *Tabula Rasa* (4), 103-122.
- Glassersfeld, E. (1996). *Aspectos del constructivismo radical*. En: Pakman, M. (Ed.) *Construcciones de la experiencia humana*. Volumen I. Barcelona: Gedisa.
- Goldner, V. (1991). Generation and gender: normative and covert hierarchies. En McGoldrick, M., Anderson, C. M., Walsh, F. (Eds.) (1991). *Women in Families: A framework for Family Therapy*. W. W. Norton: New York.
- Gomes, C. y Montes de Oca, V. (2004). Ageing in Mexico. Families, Informal Care and Reciprocity, en Peter Lloyd-Sherlock (Ed.), *Living Longer. Ageing, Development and Social Protection*, ZED Books, pp. 230-248
- Gray, W. & Rizzo, N. (1969). *History and development of general systems theory*. En: Gray, W; Duhl, F. & Rizzo, N. (Eds.) *General systems theory and psychiatry*. Boston: Little Brown Company.
- Haley, J. (1980). *Terapia no convencional*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Hare-Mustin, R. (1991). The problem of gender in family therapy theory. En McGoldrick, M., Anderson, C. M., Walsh, F. (Eds.) (1991). *Women in Families: A framework for Family Therapy*. W. W. Norton: New York.
- Hayward, M. (2009). Is narrative therapy systemic? *Context*, Octubre, 13-16.
- Heylighen, F. & Joslyn, C. (2001). *Cybernetics and Second-Order Cybernetics*. En: Meyers, R. (Ed.) *Encyclopedia of Physical Science & Technology*. Nueva York:

Academic Press. Recuperado de <http://arbinada.com/fr/system/files/Cybernetics-EPST.pdf>.

Hicks, S & Anderson, C.M. (1991). Women in families. En McGoldrick, M., Anderson, C. M., Walsh, F. (Eds.) (1991). *Women in Families: A framework for Family Therapy*. W. W. Norton: New York.

Higareda, D. (6 de agosto, 2017). Dejan empleo 21 millones para estar con su familia. *El Universal*. Recuperado de <http://www.eluniversal.com.mx/articulo/periodismo-de-datos/2017/08/6/dejan-empleo-21-millones-para-estar-con-su-familia>

Hoffman, L. (1981). *Foundations of family therapy: A conceptual framework for systems change*. Nueva York: Basic Books.

Hoffman, L. (1990). Constructing Realities: An art of lenses. *Family Process* 29, 1: 1-12.

Hoffman, L. (1991). A Reflexive Stance for Family Therapy. *Journal of Strategic and Systemic Therapies*: Vol. 10, Special Section On Reflecting Teams: Special Section - Reflecting On Ourselves, 4-17.

Iacub, R. (2002). La postgerontología: hacia un renovado estudio de la gerontología. *Revista Latinoamericana de Psicología*, (34) 1. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/805/80534212.pdf>

Imber-Black, E. (1991). Women's relationships with larger systems. En McGoldrick, M., Anderson, C. M., Walsh, F. (Eds.) (1991). *Women in Families: A framework for Family Therapy*. W. W. Norton: New York.

INGER. (2016). *Hechos y desafíos para un envejecimiento saludable en México*. Recuperado de <http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/publicaciones/hechos-desafios.pdf>

INGER. (2018). Indispensable impulsar la psicogerontología para impulsar un envejecimiento saludable. *Boletín Informativo INGER*. (1)5. Recuperado de <https://es.calameo.com/read/0054799607364581b33aa>

INGER. (2018). Llega INGER a su sexto aniversario con objetivos renovados. *Boletín Informativo INGER*. (1)5. Recuperado de <https://es.calameo.com/read/0054799607364581b33aa>

- INGER. (2018). Urge cambiar estereotipos en torno a las personas mayores para erradicar el maltrato familiar: Liliana Giraldo. *Boletín Informativo INGER*. (1)5. Recuperado de <https://es.calameo.com/read/0054799607364581b33aa>
- Insight Crime. (4 de diciembre, 2014). *Cómo se cruzan el crimen organizado y la corrupción en Latinoamérica*. Recuperado de <https://es.insightcrime.org/noticias/analisis/crimen-organizado-corrupcion-latinoamerica>
- Iñiguez, L. (2003). La psicología social en la encrucijada postconstruccionista. Historicidad, subjetividad, performatividad, acción. En *XII Encontro Nacional da ABRAPSO*. Simposio o conferencia llevado a cabo en el congreso ABRAPSO, Porto Alegre.
- Kağitçibaşı, C. (2017). *Family, self and human development across cultures*. New York: Routledge.
- Keeney, B. (1983). *Estética del cambio*. Barcelona: Paidós.
- Lafarga, J & Eguiluz, L. (s.f.). Estudio llevado a cabo por el Consejo Nacional para la Enseñanza e Investigación en Psicología (CNEIP) para enriquecer el Código Ético del Psicólogo. En Sociedad Mexicana de Psicología (2010). *Código Ético del Psicólogo*. Trillas: Ciudad de México.
- Laird, J. (1991). Women and stories: restorying women's self-constructions. En McGoldrick, M., Anderson, C. M., Walsh, F. (Eds.) (1991). *Women in Families: A framework for Family Therapy*. W. W. Norton: New York.
- Latorre-Gentoso, I. & Morales, C. (2017). *Externalizando con cómics. Contradocumento de identidad*. En Latorre-Gentoso, I. (Ed.) *Prácticas de terapia narrativa. Voces latinoamericanas tejiendo relatos preferidos. Volumen I*. Chile: Pranas Chile.
- Lesme, D. (2016). Familia, subjetividad, divorcio y disfuncionalidades. En Zicavo, N. (Ed.) (2016). *Parentalidad y divorcio, (des)encuentros en la familia latinoamericana*. Costa Rica: ALFEPSE Editorial.
- Lipchik, E. (2004). *Terapia centrada en la solución: Más allá de la técnica*. Buenos Aires: Amorrortu.

- Lundy, C. A. (2013). From structuralism to poststructuralism. En Dillet, B. (Ed.), *The Edinburgh Companion to Poststructuralism*. Edinburgh: Edinburgh University Press.
- Madigan, S. (1998). *Practice interpretations of Michel Foucault*. En: Madigan, S. & Law, I. (Eds.) *Praxis. Situating discourse, feminism & politics in narrative therapies*. Vancouver: The Cardigan Press.
- Madigan, S. (2010). *Narrative Therapy*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Maldonado, I. (2003). Violencia familiar en México: Experiencias en su prevención y tratamiento. Recuperado de <http://www.redsistemica.com.ar/articulo78-2.htm>
- Marin, P. P. (Ed.). (2007). *Geriatría y Gerontología*. Buenos Aires: Grupo Guía.
- Martínez, D. (1998). *Mortality patterns suggests lack of senescence in Hydra*. En Marin, P. P. (Ed.). (2007). *Geriatría y Gerontología*. Buenos Aires: Grupo Guía.
- Martínez, M. P., Polo, M. L., Carrasco, B. (2002). Visión histórica del concepto de la vejez desde la Edad Media. *Revista Cultura de los Cuidados*. (11). 40-45. Recuperado de https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/4889/1/CC_11_08.pdf
- McGoldrick, M. (1991). Women through life cycles. En McGoldrick, M., Anderson, C. M., Walsh, F. (Eds.) (1991). *Women in Families: A framework for Family Therapy*. W. W. Norton: New York.
- McGoldrick, M., Anderson, C. M., Walsh, F. (Eds.) (1991). *Women in Families: A framework for Family Therapy*. W. W. Norton: New York.
- Mestries, F. (2014). La crisis en México y las raíces de la violencia social. *El Cotidiano*. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=32531885020>
- Metta, M. (2010). *Writing against, alongside and beyond memory: lifewriting as reflexive, poststructuralist feminist research practice*. Suiza: Peter Lang.

- Mexicanos Primero. (2017). *Tod@s: Estado de la educación en México 2017*. Recuperado de http://mexicanosprimero.org/images/Tod@s_Baja.pdf
- Miguel, R. (15 de noviembre, 2017). Sin acceso a salud, 32.6 millones de trabajadores: INEGI. *El Universal*. Recuperado de <http://www.eluniversal.com.mx/cartera/economia/sin-acceso-salud-326-millones-de-trabajadores-inegi>
- Minuchin, S. (1974). *Familias y Terapia Familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Miranda, E. (28 de febrero, 2018). Inseguridad en México, problema de nunca acabar. *Reporte Indigo*. Recuperado de <https://www.reporteindigo.com/reportes/inseguridad-en-mexico-problema-nunca-acabar-enero-mes-mas-violento/>
- Montes de Oca, V. (2001). Discourses, voices and visions on the aged in Mexico City, Ishwar Modi (Ed.), *Indian Journal of Gerontology*, Special Issue, Vol. 15, No. 1 & 2, Jaipur, India, 53-66.
- Moragas, R. citado en Consejo Especial de Población del Estado de Guanajuato. (2005). Programa especial gerontológico del estado de Guanajuato. Recuperado de http://envejecimiento.sociales.unam.mx/archivos/libro_progr.pdf
- Moreno, T. (21 de agosto, 2017). Deserción escolar, infrenable: SEP. *El Universal*. Recuperado de <http://www.eluniversal.com.mx/nacion/sociedad/desercion-escolar-infrenable-sep>
- Morin, E. (2007). *Introducción al pensamiento complejo*. (9ª edición). Barcelona: Gedisa.
- Moro, O., Pelayo, A. (2003). Hacia una cartografía del poder: Michel Foucault. *Anuario de Filosofía del derecho*. 20. 207-226.
- Myerhoff, B. (1982). Life history among the elderly: Performance, visibility and remembering. En Ruby, J. (ed) *A Crack in the Mirror: reflexive perspectives in anthropology*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Myerhoff, B. (1986). Life not death in Venice: Its second life. En Turner, V. & Bruner, E. (eds). (1986) *The Anthropology of Experience*. Chicago: University of Illinois Press.

- Newman, D. (2008). Rescuing the said from the saying of it: Living documentation in narrative therapy. *The International Journal of Narrative Therapy and Community Work*. (3), 24-34. Recuperado de https://dulwichcentre.com.au/wp-content/uploads/2014/08/Rescuing_the_said_from_the_saying_of_it_David_Newman.pdf
- O'Hanlon, W. & Weiner-Davis, M. (1990). *En busca de soluciones. Un nuevo enfoque en psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- OMS. (2018). *Envejecimiento y salud*. Recuperado de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
- OMS. (s.f.). *Datos interesantes acerca del envejecimiento*. Recuperado de <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/>
- Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G. y Prata, G. (1978). *Paradoja y contraparadoja: un nuevo modelo en la terapia de la familia de transacción esquizofrénica*. Barcelona: Paidós.
- Palmer, D. (1997). *Structuralism and poststructuralism for begginers*. Danbury: For Begginers LLC.
- Pederzini, C. (2015). Del trabajo en la casa a la doble jornada ¿Dónde quedó la recreación? *Revista electrónica Equidad de género: una deuda histórica*. 39, 14-16. Recuperado de http://revistas.iberomexico.mx/ibero/articulo_detalle.php?pageNum_paginas=0&totalRows_paginas=3&id_volumen=25&id_articulo=427&id_seccion=&active=1&pagina=2&pagina=1&pagina=0
- Pelayo, A., Moro, O. (2003). Michel Foucault y el problema del género. *Cuadernos de filosofía del derecho*. 26, 847-867.
- Peñaranda, F. (2015). Sujeto, justicia social y salud pública. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20 (4), 987-996.
- Pereira, J. M. (2010). Consideraciones básicas del pensamiento complejo de Edgar Morin, en la educación. *Revista Electrónica Educare*. 14 (1), 67-75. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/1941/194114419007.pdf>

- Polo, M. M., Martínez, M. P. (2001). Visión histórica del concepto de la vejez en sociedades antiguas. *Revista Cultura de los Cuidados*. (10). 15-20. Recuperado de https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/4906/1/CC_10_05.pdf
- Ramos, M. (2016). Educación Social desde la Gerontología Crítica Feminista. *Boletín sobre Adultos Mayores del Programa Iberoamericano de Cooperación, Organización Iberoamericana de Seguridad Social*. Recuperado de http://www.oiss.org/IMG/pdf/BOLETIN_OISS_11_agosto_2016.pdf
- Rapoport, R. citado en Fruggeri, L. (s.f.). *Diferentes normalidades: Psicología social de las relaciones familiares*. Jalisco, México: Editorial Página Seis.
- Real Academia Española. (s.f.). Ética. En *Diccionario de la Lengua Española*. Recuperado de <http://dle.rae.es/?id=H3y8ljj|H3yay0R>
- Rosenblatt, P. (s.f.) citado en Fruggeri, L. (s.f.). *Diferentes normalidades: Psicología social de las relaciones familiares*. Jalisco, México: Editorial Página Seis.
- Salvarezza, L. (1998) citado en Consejo Especial de Población del Estado de Guanajuato. (2005). Programa especial gerontológico del estado de Guanajuato. Recuperado de http://envejecimiento.sociales.unam.mx/archivos/libro_progr.pdf
- Segal, L. (1986). *Soñar la realidad*. España: Paidós.
- Selekman, M. (1996). *Abrir caminos para el cambio*. Barcelona: Gedisa.
- SIPSE. (2016). *En México la discriminación está "omnipresente"*. Recuperado de <https://sipse.com/mexico/discriminacion-mexico-practicas-raices-culturales-201137.html>
- Sluzki C. (2010). Personal Social Networks and Health: Conceptual and Clinical Implications of Their Reciprocal Impact. *Families Systems & Health*. Vol. 28, No.1, 1-18.
- Sluzki, C. (1987). Cibernética y terapia familiar: un mapa mínimo. *Sistemas Familiares* (3) 65-70.
- Sociedad Mexicana de Psicología. (2010). *Código Ético del Psicólogo*. Trillas: Ciudad de México.

- 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.
- Thomas, L. (2004). Responding to your questions. *Dulwich Centre Publications*. Recuperado de https://narrativepractices.com.au/attach/pdf/MR5_Estructuralismo_y_Postes_tructuralismo.pdf
- UNICEF. (25 de noviembre, 2017). *Erradicar la violencia contra las mujeres y las niñas es primordial para garantizar un México 50-50*. Recuperado de https://www.unicef.org/mexico/spanish/noticias_37546.html
- Universidad de Chile. (s.f.). *Unidad 3: Teorías Sociológicas*. Recuperado de http://www.uchile.cl/documentos/teoria-sociologica-3_87334_4.pdf
- Vergara, R. (26 de marzo, 2018). Por enfermedades crónico-degenerativas , 50% de las muertes en México: José Narro. *Proceso*. Recuperado de <https://www.proceso.com.mx/527480/por-enfermedades-cronico-degenerativas-50-de-las-muertes-en-mexico-jose-narro>
- Walters, M., Carter, B., Papp, P., Silverstein, O. (1991). *La red invisible: Pautas vinculadas al género en las relaciones familiares*. Barcelona: Paidós.
- Watzlawick, P., Beavin, J.B. & Jackson, D. (1985). *Teoría de la Comunicación Humana*. Herder: España.
- Weiner-Davis, M., De Shazer, S., Gingerich, W. (1987). Building on pretreatment change to construct the therapeutic solution: an exploratory study. *Journal of Marital and Family Therapy*. 13: 359-363.
- Weingarten, K. (2015). The art of reflection: Turning the strange into the familiar. *Family Process* 55, 2: 195-210.
- White, C. (2009). Where did it all begin? Reflecting on the collaborative work of Michael White and David Epston. *Context Magazine*. (105). Recuperado de <http://www.dulwichcentre.com.au/where-did-it-all-begin-cheryl-white.pdf>
- White, M. & Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.

White, M. (1994). *Guías para una terapia familiar sistémica*. Barcelona: Gedisa.

White, M. (2002). *Reescribir la vida*. España: Gedisa.

White, M. (2007). *Maps of narrative practice*. New York: WW Norton & Company.

Winkin, Y. (1981). *La nueva comunicación*. Barcelona: Kairós.

World Economic Forum. (15 de septiembre, 2017). *El preocupante nivel educativo en México*. Recuperado de <https://es.weforum.org/agenda/2017/09/el-preocupante-nivel-educativo-en-mexico>

Zavala, M. (2014). Las ceremonias de definición. La propuesta narrativa para los equipos de reflexión. Una revisión de las ideas. *Procesos Psicológicos y Sociales*. 10(1). Recuperado de <https://www.uv.mx/psicologia/files/2014/09/Las-Ceremonias-de-definicion.-La-propuesta-narrativa-para-los-equipo-de-reflexion.-Una-revision-de-las-ideas.pdf>