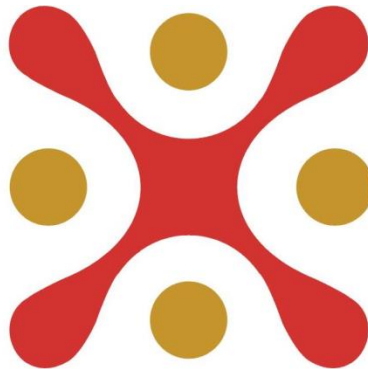


**INSTITUTO BATESON DE PSICOTERAPIA SISTÉMICA  
MAESTRÍA EN PSICOTERAPIA SISTÉMICA**

---

**RECONOCIMIENTO DE VALIDEZ OFICIAL, ACUERDO SEP: ESM20041403.**

**PUBLICADO EN EL DIARIO DE LA FEDERACIÓN 23 DE JULIO 2004**



**PROPUESTA DE PROTOCOLO DE INTERVENCION COMO HERRAMIENTA  
EN LA PRÁCTICA DE LA TERAPIA SISTÉMICA BASADA EN EL  
CUESTIONAMIENTO DE PREMISAS Y LA DESACREDITACIÓN DE  
CREENCIAS EN MUJERES CON OBESIDAD.**

**TESIS**

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRA EN**

**PSICOTERAPIA SISTÉMICA**

**PRESENTA**

**LIC. BELLADIRA MORALES LÓPEZ**

**DIRECTORAS DE TESIS:**

**MTRA. ALBA GLORIA ARIAS IBAÑEZ**

**DRA. LIDIA KARINA MACÍAS ESPARZA**

**ZAPOPAN, JALISCO.**

**NOVIEMBRE DEL 2014**

## **Contenido**

Contenido .....	2
Introducción .....	4
Planteamiento del problema .....	6
Justificación:.....	13
Objetivo .....	15
Marco teórico.....	18
Premisas y creencias .....	18
Obesidad .....	25
Conclusiones: .....	47
Referencias .....	49
APÉNDICES .....	54
Apéndice A “contactar la emoción y asociarla con un evento del pasado desde el sentir” .....	55
Apéndice B: preguntas desde el análisis diacrónico para encontrar las premisas y creencias en el sistema transgeneracional. ....	56
Apéndice C: tarea “tragos de realidad” .....	58
Apéndice D: “hacer compromisos con la niña desprotegida” .....	59
Apéndice: E “vivir la adolescencia” .....	60
Apéndice F: “externalización de miedos y temores a la individuación” .....	61
Apéndice: G “momentos de éxito” .....	62

Apéndice H: “escribir la carta de renuncia” .....	63
Apéndice I: tarea “manejo de la imagen de éxito” .....	64
Apéndice J: esquema de los pasos a seguir en el protocolo de cuestionamiento de premisas y desacreditación de las creencias .....	65

## Introducción

Actualmente se habla mucho acerca del sobrepeso y la obesidad, hay información en todos los medios de comunicación, en los cuales se hace referencia a esta condición física como una situación antiestética y se tienen la creencia que quienes la padecen suelen ser personas descuidadas y con falta de voluntad.

Más allá de los estereotipos de belleza que se supone se deben cubrir, el sobrepeso y la obesidad son problemas de salud pública que implican un elevado costo económico, ya que se tienen que solventar los altos costos de las enfermedades crónicas degenerativas e incapacitantes que acarrea esta condición física, también se observa que han ido en incremento a través de los años. Por otro lado, está el factor psicológico, que desde mi punto de vista no se ha tomado en cuenta para hacerle frente a este problema.

Hasta hace algunos años se abordaba el problema de sobrepeso y obesidad de manera lineal “dejar de comer, para así adelgazar” hoy en día se sabe que la obesidad no solo se limita a un problema de alimentación, sino que influyen factores psicológicos que mantienen esta condición.

Por este motivo surge la metodología de cuestionamiento de premisas y desacreditación de creencias como un protocolo de intervención en mujeres con obesidad que presentan trastorno por atracón, la metodología fue creada por la Alba Gloria y Enrique Caballero, quien después de años de trabajo en el espacio terapéutico y siguiendo una

metodología sistémica concluyeron que, estas personas desde el seno familiar aprendieron formas de interacción que les permitieron desarrollar esta condición médica como una forma de adaptación, tomando en cuenta que la adaptación no es algo necesariamente sano.

El protocolo de intervención de cuestionamiento de premisas y desacreditación de creencias tiene como objetivo que el consultante, a través de cuestionarse esos aprendizajes y desacreditarlos, dé origen a otra forma más funcional de traducir la realidad, tomando en cuenta que estos conocimientos adquiridos en su momento, fueron adaptativos y en la actualidad generan malestar.

## **Planteamiento del problema**

En la actualidad, la obesidad es un fenómeno que se ha incrementado a través del tiempo, de tal manera que ha comenzado a generar alarma entre las autoridades de salud pública debido a las implicaciones médicas que conlleva. Para la Organización Mundial de la Salud OMS (2012), la obesidad es la acumulación anormal o excesiva de grasa en el cuerpo que puede ser nociva para la salud. La OMS estima que en el 2008, 1400 millones de adultos (mayores de veinte años) tenían sobrepeso a nivel mundial; dentro de este grupo, más de 200 millones de hombres y cerca de 300 millones de mujeres eran obesos.

Actualmente México es el segundo lugar a nivel mundial con población adulta obesa, un 39.5% con sobrepeso y el 31.7% con obesidad, lo cual significa que el 70% de la población tiene una masa corporal por arriba de lo considerado sano. Cabe señalar que la tendencia se triplicó de 1980 a la fecha, (Secretaría de Salud, 2011), en esta misma línea, la encuesta nacional de salud publicada en 2012 reportó que la prevalencia combinada de sobrepeso u obesidad presentaba índices más altos en las mujeres (73.0%), que en los hombres (69.4%), y que la prevalencia de obesidad era más alta en el sexo femenino que en el masculino (Instituto Nacional de Salud Pública, 2012).

En la misma línea, la Encuesta Nacional de Salud por entidad federativa (estado de Jalisco) publicada en 2012, informó que el sobrepeso y la obesidad fueron un problema de salud pública que

afectó a 7 de cada 10 hombres y mujeres mayores de 20 años en dicho estado, específicamente, la prevalencia de obesidad fue más alta en las mujeres (40.8%) que en los hombres (26.0%), mientras que la prevalencia de sobrepeso fue mayor en hombres (45.9%) que en mujeres (30.2%). Por lo que dichas cifras señalan como prioridad, planificar acciones para la prevención de los factores de riesgo que inducen la obesidad en la población adulta (Instituto Nacional de Salud Pública, 2012).

Por otro lado, México tiene el primer lugar con obesidad infantil (adolescentes, niños y preescolares) según datos aportados por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia UNICEF (2014), lo que indica que en un futuro México podría ocupar el primer lugar con prevalencia de obesidad en adultos a nivel mundial.

Se estima que las enfermedades atribuibles a la obesidad y sobrepeso (enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares, hipertensión, algunos cánceres y diabetes mellitus tipo 2) generan un costo económico directo, el cual se incrementó en un 61% en el período 2000-2008, al pasar de 26,283 millones de pesos a por lo menos 42,246 millones de pesos. Para el 2017, se estima que dicho gasto alcance los 77,919 millones (en pesos de 2008). El costo para 2008, representó el 33.2% del gasto público federal en servicios de salud por persona, presupuestado en ese ejercicio fiscal.

En relación con las familias, se deben considerar otros aspectos de este problema ya que también se genera una pérdida de productividad, así como gastos en atención médica. Se estima que

estos costos económicos indirectos han aumentado de 9,146 millones de pesos en el 2000, a 25,099 millones de pesos en el 2008. Esto implica una tasa de crecimiento promedio anual del gasto público de 13.51%. (Secretaría de Salud, 2010).

Como se mencionó anteriormente, además del gasto público que genera la obesidad y los problemas de salud que implican para la población, también representa un problema estético, lo cual permitió que las instituciones privadas (con productos como suplementos alimenticios, programas nutricionales, programas de entrenamiento físico, tratamientos estéticos y quirúrgicos) surgieran ante la demanda de estos servicios. Por otra parte, las instituciones gubernamentales comenzaron a organizar programas de prevención e intervención cuyo objetivo es cambiar los hábitos alimenticios de las personas y con esto, obtener un estado más saludable. Por ejemplo, en el 2004 México implementó la Estrategia Mundial sobre Alimentación Saludable, Actividad Física y Salud para la Prevención de Enfermedades Crónicas propuesta por la OMS (Secretaría de Salud, 2010), sin embargo, a pesar de los intentos del país por implementar estrategias que mejoren la alimentación y la salud de las personas con sobrepeso y/o obesidad, las cifras indican que a la fecha no se han generado avances significativos o importantes (Pérez, 2012).

Los programas y los productos que se ofrecen para perder peso están diseñados para que la población se adecue a dichos servicios, es decir, proponen que las personas realicen alguna actividad física y adopten un nuevo régimen alimenticio, dejando de lado aspectos como el contexto familiar, el cual, desde el punto de vista sistémico es



el lugar donde el sujeto satisface sus necesidades básicas materiales, aprende hábitos, desarrolla creencias y aprende a interactuar con su medio ambiente, permitiéndole una adaptación, por lo tanto, se mantiene al margen de las intervenciones un factor como lo es el significado de ingesta de comida para el sujeto con obesidad.

Existe evidencia de la importancia de factores psicológicos en relación con obesidad. Por ejemplo, en un estudio realizado por López y Nuño (2009), con mujeres con trastornos de obesidad y bulimia concluyeron que pautas como la rigidez y el aglutinamiento fueron las principales características de la estructura familiar, las cuales se transmiten de una generación a otra y evitan que las personas acudan a recibir atención médica.

Por otro lado, Delgado, Morales, Maruri, Rodríguez, Benavente y Núñez (2002, citados en Villaseñor, Ontiveros y Cárdenas, 2006), en un estudio con pacientes que se consideraban como candidatos para someterse a cirugía bariátrica (cirugía de reducción gástrica), encontraron que en el 85% de los casos había una historia familiar de obesidad, un 37% de antecedentes familiares de depresión y un 36% de antecedentes personales de enfermedad psiquiátrica. Así mismo, Guisado, López y Rubio (2002, citado en Villaseñor, Ontiveros y Cárdenas, 2006), hallaron que el 40% de las personas con obesidad mórbida que se habían sometido a tratamiento quirúrgico (dieciocho meses antes), cumplieron con los criterios de CIE-10 de patología psiquiátrica, por ejemplo, presentaron trastornos de ansiedad, afectivos, compulsivos, de la conducta alimentaria y dependencia de

alcohol, por lo que los autores refieren que la intervención quirúrgica no proporcionó mejoría psicológica.

Por otro lado, autores como Zarate, Basurto y Saucedo, (2001), refieren que los tratamientos y recomendaciones médicas para perder peso que se les da a las personas con obesidad no son efectivas, porque en la mayoría de los casos hay recurrencia de la obesidad debido a que no se adquiere un compromiso psicoemocional para mantener el tratamiento y el cambio de hábitos.

López y Godoy (1994), realizaron una intervención utilizando un modelo Cognitivo Conductual con personas en condición de obesidad, cuyo objetivo fue que los participantes adquirieran hábitos alimenticios sanos y con esto, lograran perder peso a través de estrategias cognitivas, conductuales y de actividad física; el objetivo planteado se cumplió logrando que los participantes lograran reducir peso aun después de la intervención.

Por lo tanto Guerra, Valdez, Aldrete y López, (2006), sugieren que las estrategias empleadas para modificar los hábitos alimenticios deberían de tomar en cuenta factores genéticos, socioculturales, socioeconómicos, así como factores referentes al estilo de vida y la actividad física.

Los estudios anteriormente citados muestran una visión general sobre el hecho de considerar la unificación de aspectos psicológicos a los programas de intervención en personas con obesidad, con el objetivo que los estudios sean más integrales, por tal motivo, podría decirse que esta guía de intervención metodológica llamada Cuestionamiento

de Premisas y Desacreditación de Creencias en personas con obesidad, sugiere que otros factores, además del consumo de comida, sean tratados desde un enfoque sistémico. En dicho enfoque, cada factor juega un papel como parte del sistema, en vez de solo modificar el factor que se considera la causa (consumo de comida) y se cambia el efecto (la persona pierde peso).

Bateson (1998), definía a este proceso como aprendizaje tipo I, el autor lo refería como aquel que se presentaba en situaciones en las que las opciones percibidas por el sujeto forman parte de un conjunto particular de alternativas de conducta, es decir, el comportamiento del organismo está recurrentemente unido a otro sistema y el efecto de una conducta modifica la conducta siguiente, por lo tanto, las correcciones que se efectúen van a depender del contexto particular en que se produjo el aprendizaje.

Para Bateson el proceso de adquirir nuevos conocimientos que permiten una mejor adaptación, se logra cuando se aprende algo nuevo “aprender a aprender”. Partiendo de una acción que forma parte de un contexto específico, es decir de un comportamiento del organismo, el cual está unido a otro sistema. En otras palabras, “es una manera de puntuar los acontecimientos y no una respuesta conductual específica” (Keeney, 1991).

El presente trabajo parte desde un enfoque sistémico y es una propuesta de manual de intervención, utilizando la metodología llamada Cuestionamiento de Premisas y Desacreditación de Creencias en personas con obesidad, con el objetivo de crear un documento que

sirva de guía para intervenir directamente en las premisas y creencias de las personas en esta condición.

En palabras de Caballero (2014), es la manera en que los sujetos van dándole significado a sus experiencias, las expectativas y descripciones que se forman a través de lo que perciben, con la finalidad de adaptarse al entorno, las cuales son asumidas como verdades parciales o totales acerca del mundo, quitando con ello el foco atencional al síntoma o al cambio de hábitos, es decir, la postura lineal (cambio de hábito para cambiar el resultado). Se dirige a las interacciones del sujeto en su contexto familiar y social que dieron origen al síntoma, en este caso, la obesidad.

## **Justificación:**

En el año 2013, el jefe de División de Medicina del Hospital Civil de Guadalajara, Jalisco “Fray Antonio Alcalde”, señaló que en Jalisco, siete de cada diez mujeres entre los veinte y los sesenta y cinco años tiene sobrepeso u obesidad (el Informador, 2013). Esto equivale al 70% de las mujeres en edad productiva en el Estado, lo cual es considerado como un problema actual de salud pública que demanda una solución, ya que son personas que padecen enfermedades crónico-degenerativas o en un futuro las padecerán. No es un problema que afecte a una población aislada, puesto que se está hablando de más de la mitad de la población femenina en el Estado, por lo que se considera que la relevancia social de la presente investigación estriba en su objetivo: la intervención en esta población.

En la actualidad, la mayoría de las personas tienen un familiar, un amigo o un conocido con obesidad, los cuales cuentan con un historial de tratamientos a los que recurrieron para bajar de peso sin tener éxito. Es común que lo anterior sea atribuido a la falta de interés de los individuos para terminar los tratamientos por lo que viven con el estigma de ser personas irresponsables o con poca fuerza de voluntad, lo cual tiene relación con lo ya citado en párrafos anteriores, en los cuales Zarate, Basurto y Saucedo, (2001), refieren que se requiere de un compromiso psicoemocional para mantener el tratamiento y el cambio de hábitos.

En cuanto a la relevancia teórica de dicha investigación, se puede decir que la iniciativa de generar una propuesta de guía de

intervención surge por la inquietud de contar con un documento en el cual quede plasmado el procedimiento de la metodología para cuestionar las premisas y desacreditar las creencias en personas con condición de obesidad, así como de responder a la inquietud que genera el investigar cuáles serían los resultados de una intervención específicamente orientada.

A diferencia de otros tratamientos o intervenciones psicológicas que están diseñados para intervenir desde otros aspectos, se dará pie a futuras investigaciones sobre la eficacia de un abordaje directo en el cuestionamiento de las premisas y desacreditación de las creencias, las dificultades que puedan surgir al utilizar dicha metodología, así como de las ventajas y desventajas del uso de esta, sobre la que actualmente se utiliza para hacer frente a esta problemática.

En cuanto a la relevancia práctica, puede ser usada por terapeutas familiares o con experiencia en intervención sistémica, además puede servir para la formación de nuevos terapeutas.

## Objetivo

El presente documento tiene como objetivo presentar una guía de intervención usando la metodología de Cuestionamiento de Premisas y Desacreditación de las Creencias, esto con la finalidad de contar con un documento que explique el proceder de dicha metodología desde un enfoque sistémico, el cual está dirigido a terapeutas familiares o que cuenten con experiencia en terapia familiar, así mismo puede ser usado como marco de referencia en entrenamiento y supervisión de terapeutas en formación, promoviendo habilidades y destrezas. Por lo tanto, se pretende entregar un marco de referencia y guía de implementación para llevar a la práctica esta metodología de manera que los terapeutas tengan una versión unificada de los conceptos básicos de dicha intervención, considerando y siendo flexibles con el estilo y la creatividad de los terapeutas.

El documento está planteado en dos secciones, la primera parte se relaciona con los conceptos básicos y principios epistemológicos concernientes a la metodología, en la segunda parte se describe el proceso para realizar el diagnóstico (identificar creencias y premisas), el procedimiento para realizar la intervención y la manera en que esta será evaluada.

Caballero (2014), señala que uno de los principios fundamentales del enfoque sistémico indica que, para poder resolver un problema, primero debemos comprenderlo profundamente. Refiere que los problemas que las personas llevan al espacio terapéutico no son objetos que una vez elaborados ahí están, por lo tanto, el trabajo del

terapeuta sistémico es comprender la manera en cómo se formaron los patrones de comportamiento (problemáticos), cómo evolucionaron y cómo se relacionan con el entorno para mantenerse. Recordemos que uno de los principios de la terapia sistémica, es el de circularidad, el cual refiere que dentro de los sistemas se desarrollan pautas de comportamiento, las cuales son repetitivas, de manera que las conductas y creencias que generan dificultad se desarrollan de manera circular, siendo afectadas por todos los miembros del sistema (*Pote et al. 2004*).

Por lo tanto, el presente documento de índole sistémica pretende abordar una problemática actual desde una postura que toma en cuenta al individuo como parte de un sistema y cómo a partir de esta interacción se formaron sus premisas y creencias. El objetivo es intervenir en las premisas y las creencias, porque como Menciona Arias (comunicación personal, 04 de octubre del 2014), las premisas son principios bajo los cuales los sujetos van organizando sus puntuaciones y distinciones, son el eje nodal (aquello de donde el sujeto parte para organizarse a sí mismo). También refiere que las creencias son la manera en que el sujeto le da significado a sus experiencias en su interacción con el entorno, por lo tanto, para identificar las premisas se tienen que conocer las creencias; desde su perspectiva, las premisas generan el problema y las creencias lo mantienen.

A través de esta perspectiva se considera que el cambio se comienza a dar cuando se cuestionan estos principios, bajo los cuales las personas organizan sus puntuaciones y distinciones, desacreditando



las creencias que mantienen los problemas presentados en el espacio terapéutico.

## **Marco teórico**

El objeto de estudio en terapia sistémica, son las interacciones y los resultados de estas entre los miembros de determinado sistema que lo conforman, por lo tanto, si las interacciones se rigen por una serie de reglas (que algunas veces son tácitas) y estas a su vez se generan a partir de una serie de ideas de lo que es viable o no, habría que poner atención a la forma que se le da estructura a las mismas. A continuación, se da una descripción desde la perspectiva de diversos autores de lo que son las premisas y las creencias.

### **Premisas y creencias**

Cada persona tiene una manera muy particular de darle significado a las experiencias que le acontecen, es así que para algunas, ciertos sucesos pueden ser irrelevantes, mientras que para otras, significa un cambio trascendental en su vida; es decir, la manera en que cada individuo dota de significado a los eventos que transcurren en la vida es lo que permite lograr un grado de adaptación a los seres humanos.

Para Caballero (2014), estos significados que denomina premisas se toman como ideas verdaderas (las más básicas del sistema mental), tienen como objetivo dar certeza y seguridad al individuo, le indican la manera de relacionarse con otros, con ello se minimiza la incertidumbre inherente del entorno en el que se encuentra. En la mente de cada persona dichas verdades se consideran como incuestionables, así, desde temprana edad y a lo largo de toda la vida

se van configurando en la medida en que resulten exitosas para predecir los sucesos, lo que genera ideas abstractas y con un grado de categorización amplio que se transformaran en maneras de ver la vida, a los demás y así mismo.

En esta línea, Alarcón (2011), sugiere que las premisas constituyen un conjunto de conocimientos del saber popular, que incluye principios éticos, axiológicos, filosofía de la vida y la etnociencia, por lo tanto, las personas que viven y crecen dentro de una socio cultura tienen la oportunidad de aprender las premisas que esta les brinda, resultando en aprendizajes culturales tempranos que se internalizan y sostienen como verdades; se transmiten en el seno de la familia, en el grupo social y en la sociedad entera, además de tener una vigencia temporal ya que se pueden considerar obsoletas y remplazarse por otras que se adapten mejor al tiempo.

En concordancia a lo anterior, autores como Díaz (1955, 1963, 1967, 1972, 1977 citado en Díaz, Rivera, Villanueva y Cruz, 2011), señala que los fundamentos, estructura y las normas de comportamiento aceptables y deseables se adquieren dentro de la cultura, en la cual crecen los individuos; esa sociocultura se define como un sistema de premisas interrelacionadas que estipulan la jerarquía de las relaciones interpersonales, los tipos de roles que deben ser cumplidos y las reglas para la interacción de los individuos en ellos.

Así mismo, el autor refiere que las premisas socioculturales son válidas dentro de la familia, el grupo, la sociedad, y las superestructuras institucionales, además dirigen la manera de ver e interpretar el mundo, por lo que se les considera responsables del

desarrollo de la personalidad, las principales metas y formas de enfrentar la vida, la percepción de la humanidad, asuntos relacionados con la sexualidad, masculinidad y feminidad, la economía y la muerte.

Para otros autores, las premisas son los aprendizajes que le indican al sujeto cómo traducir el mundo y a partir de estos aprendizajes se generan creencias (Arias, comunicación personal, 04 de octubre del 2014).

Respecto a las creencias, Caballero (2014), refiere que son ideas que el individuo retoma como referente para actuar en diferentes situaciones, son teorías personales acerca del entorno social en el que se desenvuelve la persona, por lo tanto, para este autor las emociones y los sentimientos estructuran en parte a las creencias ya que funcionan como un indicador de comportamiento frente ciertos contextos.

En Pérez (2012), la palabra creencia, dependiendo del contexto, puede tener múltiples significados, por ejemplo, se habla de creencias religiosas o actitudes morales, o se refiere a cogniciones que se consideran como reales, en otros casos simplemente puede representar la aceptación de las afirmaciones de alguien. Por su parte Chan (2006), considera que las personas a través de sus creencias determinaran e interpretaran los hechos y comportamientos de su entorno. Luhmann (1984), se refiere a este fenómeno como pretensiones, las cuales describe como expectativas importantes para el individuo, sobre sucesos que por el hecho de ocurrir o no, pueden inducir a reacciones emocionales.

Las creencias a su vez, tienen puntos de referencia llamados valores, los cuales se estructuran como una condensación de emociones y sentimientos, son puntos de referencia que ayudan a organizar el comportamiento, principalmente de los grupos sociales (por ejemplo la familia) y permiten realizar categorizaciones polarizadas, por ejemplo bueno-malo (Caballero, 2014).

En esta misma línea Chan (2006), considera que los sistemas de creencias pueden denominarse como valores, cultura, religión o visión del mundo; por lo que la unidad familiar sostiene una serie de valores significativos, mientras que a nivel individual, cada miembro de la familia mantiene creencias diferentes, de tal forma que todos, personalmente y como integrantes de una familia y de otros ámbitos, desarrollan un sistema de creencias que determinan las pautas de comportamiento en situaciones comunes de la vida, por lo que estas brindan coherencia a la vida familiar y proponen un modo de abordar las situaciones nuevas y ambiguas.

Por su parte Caballero (2014), refiere que la relación que existe entre las creencias y valores es observable en un plano horizontal. Por ejemplo, en el caso del valor correcto/incorrecto acerca de la creencia sobre algún comportamiento específico, se podrá ubicar en algún punto entre lo correcto y lo incorrecto, es decir, cuanto más cerca esté de cualquiera de los dos extremos genera más certeza, por el contrario, si se sitúa en un punto intermedio, genera menor grado de certidumbre; así mismo, se debe considerar una relación vertical entre las creencias, ya que la sociedad, las ideologías y las personas

tienden a jerarquizar sus valores, es decir, algunos se les asignará más importancia que a otros.

Como se puede observar, los autores citados concuerdan en que las premisas son principios que guían la adquisición del conocimiento y las creencias son los referentes interpuestos por la familia y sociedad, ambos conceptos como constructos, sirven de guía para adquirir aprendizajes nuevos y a partir de ahí, generar otros de cómo interactuar en ciertos contextos, de darle una explicación a los fenómenos que le acontecen al individuo y la manera de relacionarse con otros.

Sobre esto, Bateson (2006), señaló que todos los seres humanos tienen una epistemología, la cual consiste en aquellas premisas y creencias profundas que gobiernan la forma de pensar y actuar, por lo que no es posible no tener una epistemología; dicho concepto deberá permitir comprender el proceso de conocer y crear una línea que une lo que se conoce, con el sistema que conoce y la nueva información.

Aquí es importante citar al constructivismo, pues, según Arnold (1997), es una corriente epistemológica la cual sostiene que la comprensión que se realiza del mundo no proviene de un descubrimiento, sino de los principios que utilizamos para producirla y que dicho conocimiento se hace posible al indicar y describir observaciones, haciendo distinciones cuyos resultados serán la base para el surgimiento de otros conocimientos.

Bateson (2006), refiere que las personas ven al mundo, a los demás y a ellos mismos desde las ideas que se han formado a nivel cognitivo

para conocer y estructurar la realidad, esta epistemología es la que genera las reglas que gobiernan la forma de pensar, la personalidad y la forma de ser en lo individual y en grupo.

De esta manera todas las ideas se encuentran “interconectadas” con las de aquellos que forman el tejido socio-afectivo del individuo, con esto refiriéndose no solo a la familia, como se mencionó anteriormente, sino a las relaciones que se generan en un ecosistema sociocultural de mayor amplitud, por ejemplo, una persona no puede decir que es exitosa, si esta idea no es sostenida por el entorno, es decir por la familia, amigos y compañeros de escuela o del trabajo (Feixas, Muñoz, Compañ y Montesano, 2012).

Por lo tanto, si la interacción social es tan importante para la adquisición de las premisas y creencias, será significativo citar lo que autores como Delval (2008), opinan acerca del ser humano, al considerarlo ante todo, un animal social, por lo que la vida humana tal y como la entendemos hoy, sería imposible si los otros no existieran; también señala el hecho que los seres humanos nacen con cierta inmadurez, lo que exige la presencia de adultos que satisfagan sus necesidades durante largo tiempo. Así pues, la capacidad de los seres humanos de establecer y mantener vínculos sociales es un aspecto muy importante en el desarrollo de los mismos, es comprensible que a lo largo de la evolución se hayan seleccionado conductas que favorezcan el contacto y la cooperación con otros seres humanos.

Resumiendo lo anterior, se puede señalar a la familia como un círculo social donde los individuos interactúan por primera vez con otros seres humanos, es así que autores como Estrada (2006), refieren a la familia

como una célula social, cuya membrana resguarda en el interior a sus miembros y los relaciona al exterior con otros organismos semejantes.

McGoldrick y Gerson (2005), indican que la familia es un sistema primario al que pertenece un individuo, por lo que los seres humanos al inicio de la vida, a la par de la maduración biológica, también van desarrollando aspectos sociales y mentales en su contacto familiar. Aunado a lo anterior, Feixas, Muñoz, Compañ y Montesano (2012), señalan que las interacciones humanas no se limitan solo al aspecto familiar, ya que también se está constantemente en contacto con otros sistemas, así lo refieren al describir que mediante la interacción interpersonal se transmiten ideas y esta trasmisión opera como confirmación o desconfirmación de las ideas que tienen los otros acerca de las cosas de los demás y de ellos mismos.

Al citar y destacar la importancia de las interacciones familiares y sociales a las que está sujeta el individuo, se encuentra una concordancia a lo que describen autores como Alarcón (2011), Díaz (1955, 1963, 1967, 1972, 1977 citado en Díaz, Rivera, Villanueva y Cruz, 2011), Pérez (2012), Caballero, (2014), Chan (2006), citados en párrafos anteriores, donde referían que la adquisición y trasmisión de premisas y creencias se da tanto en el seno familiar, como en el grupo social al cual pertenece cada individuo.



## **Obesidad**

En la actualidad, México cuenta con más del 80% de la población de adultos con sobrepeso y obesidad. Se debe considerar que el principal problema de la obesidad no es la obesidad en sí misma, sino las enfermedades que surgen a consecuencia de esta condición física, es decir, datos indican que las principales causas de muerte en el país son provocadas por enfermedad coronaria, la diabetes tipo 2, cáncer y apoplejía (Sánchez, Pichardo y López, 2004).

Hasta los primeros años del siglo pasado, la desnutrición era uno de los mayores problemas a tratar, actualmente es el sobrepeso y la obesidad causadas por una sobre ingesta de alimento; si se realiza un análisis de los últimos treinta años de la evolución del problema, se puede observar un cambio radical en la tendencia que tomó esta situación relacionado con la nutrición (Guerra et al, 2006).

Según datos arrojados por el Consejo Estatal de Población del Estado de Jalisco COEPO (2010), el incremento de la obesidad tiende a desplazarse hacia los grupos con nivel socioeconómico bajo en zonas urbanas, aunado esto a que los productos de baja calidad con alto contenido de grasas, azúcares y aditivos son dirigidos a la población con menor capacidad económica, desplazando a la cocina tradicional por la extranjera y rápida.

Con fines adaptativos y de supervivencia, la obesidad, a lo largo de la historia del hombre ha jugado un papel importante, por ejemplo, la grasa acumulada en el cuerpo se convierte en energía, la cual permite

la supervivencia en momentos de hambruna, sin embargo, puede convertirse en enfermedad si este tejido adiposo se mantiene sin ser utilizado (Montero, 2001). Según la OMS (2012), la obesidad es la acumulación anormal excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud, provocada por un desequilibrio energético entre calorías consumidas y gastadas.

Para determinar si una persona tiene sobrepeso u obesidad se utiliza el índice de masa corporal (IMC), el cual se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros ( $\text{kg/m}^2$ ), por lo tanto un IMC igual o superior a 25 se considera sobrepeso y un IMC igual o superior a 30 se considera obesidad la figura 1 ilustra esta relación (Zarate, Basurto y Saucedo, 2001).

Figura 1.

<b>Clasificación</b>	<b>IMC (<math>\text{kg/m}^2</math>)</b>
<b>Delgadez</b>	<18.5
<b>Normal</b>	18.5 – 24.9
<b>Sobrepeso</b>	25.0 – 29.9
<b>Obesidad</b>	>30.0
• Moderada	30.0 – 34.9
• Severa	35.0 – 39.9
• Mórbida	>40.0

Una de las clasificaciones de la obesidad se hace de acuerdo con la distribución de la grasa, se denomina “ginoide” cuando se acumula en

los glúteos y parte superior de las piernas y “androide” cuando la grasa se acumula en el abdomen (Zarate, Basurto y Saucedo, 2001).

La obesidad tipo androide se asocia a una mayor prevalencia de patologías crónicas como hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo dos, insulino resistencia, entre otras (Baudrand, Artega & Moreno 2010), y la ginoide se asocia con más frecuencia a osteoartritis en las articulaciones de carga, insuficiencia venosa, litiasis biliar, paniculopatía edematofibroesclerótica y dificultades de la locomoción (Rosales, 2012).

La sociedad occidental se muestra muy preocupada por las grasas en el cuerpo y las calorías. Existe una cultura de las masas en la que el prototipo de belleza son los cuerpos esbeltos y juveniles, mientras la realidad muestra una sociedad con cuerpos totalmente diferentes, en donde la meta es llegar a ser como ese prototipo impuesto, la situación es totalmente contradictoria.

La sociedad se enfrenta a una cuestión médica que al parecer tiene sus raíces en un fenómeno complejo cuyos orígenes tienen que ver con factores sociales, económicos y culturales (Contreras, 2002). En la actualidad, el contexto social de la obesidad está estrechamente relacionado con aspectos psicológicos ya que la persona obesa considera esta condición como indeseable, lo que conlleva a problemas de interacción social e infelicidad (Cabello y Ávila, 2009).

García *et al.* (2008), sugiere que el estudio de la salud mental en relación al manejo de la obesidad no es fácil, ya que se ha tornado

complejo conforme se profundiza en los factores psicológicos asociados al problema.

Según Lope y Garcés de los Fayos (2012), en un review que realizaron de más de ochenta artículos de todas las disciplinas relacionados con la obesidad, concluyeron que existen aspectos psicológicos relacionados con la misma, entre los que se consideran la adicción a la comida, la depresión, el estrés y la ansiedad como pruebas con la suficiente importancia para considerarlos como desencadenantes de dicha condición; en el DSM-5 (2014), se hace referencia a la obesidad como factor de riesgo para el desarrollo de algunos trastornos mentales, por ejemplo, trastornos depresivos, así mismo, autores como Calderón, Forns y Varza (2010), señalan que las dificultades para bajar de peso o mantenerlo, más allá de los inadecuados hábitos de alimentación o a la poca actividad física, está directamente relacionado a índices de ansiedad y depresión.

Dentro de las múltiples causas o factores con los que se relaciona la obesidad está el trastorno por atracón, el cual se reconoció en el 2013 por primera vez como identidad en el manual de diagnóstico de los trastornos mentales o DSM-5 (Palacios, 2014), dicho trastorno se caracteriza por la ingesta compulsiva de alimentos en un período de corto tiempo, que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingeriría en un período similar en circunstancias parecidas, sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio, así como malestar respecto a la ingesta y ausencia de conductas compensatorias (como en el caso de la bulimia).

El trastorno por atracón está asociado a un abanico de consecuencias funcionales entre las que se encuentran: los problemas de adaptación al rol social, el deterioro de la calidad de vida relacionada con la salud y con la satisfacción en la vida, un aumento en la morbilidad médica, la mortalidad y una mayor utilización de servicios de salud en comparación con los sujetos de control que no presentaban dicho trastorno, además, se asocia directamente al riesgo para ganar peso y desarrollar obesidad DSM-5 (2014).

Según García *et al.* (2008), los pacientes que presentan obesidad y trastorno por atracón, mostraron que su respuesta a los tratamientos médicos para bajar de peso es menor a aquellos que no presentan dicho trastorno, además que se presenta una frecuencia mayor de trastornos relacionados con la depresión y ansiedad, en comparación de aquellos que no lo presentan. Autores como Jones-Corneille *et al.* (2012), en un estudio que realizaron con pacientes candidatos para cirugía bariátrica (que presentaban trastorno por atracón), encontraron que más del cuarenta por ciento presentaban un trastorno del estado de ánimo o de ansiedad, lo que significa un mayor porcentaje en comparación con aquellos quienes no presentaban dicho trastorno.

En esta misma línea, autores como Gempeler (2005), refieren que los pacientes que presentan este trastorno y obesidad presentan una mayor comorbilidad psiquiátrica, que los pacientes obesos sin este trastorno, así mismo lo refiere García (2014), al mencionar que este trastorno presenta comorbilidad con el trastorno bipolar, los trastornos depresivos, los de ansiedad y en menor medida con los de consumo de sustancias.

En un estudio realizado por Larrañaga y García (2009), con una muestra de cincuenta y cuatro sujetos con obesidad, el cual tenía como objetivo verificar la frecuencia de trastornos de la conducta alimentaria inespecíficos en personas obesas, arrojó que el 54% de los participantes cumplían con los criterios del trastorno por atracón.

En esta misma línea, Baile (2014), sugiere que el trastorno por atracón está muy ligado al sobrepeso y obesidad, ya que este favorece el incremento en el peso, además, la combinación de estos dos factores suele tener peor pronóstico y con mayor alteración psicopatológica. Cabe señalar que autores como García (2014), indican, que si bien, este trastorno se presenta en personas que tienen peso normal, sobrepeso y obesidad, no hay una relación directa entre obesidad y dicho trastorno, ya que hay personas en condición de obesidad sin presentar trastorno por atracón.

Pascual, Etxebarria, Cruz y Echeburúa (2011), en un estudio ex post facto para analizar si determinadas variables emocionales pueden considerarse factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria, concluyeron que entre las consideradas de riesgo están la influencia de la alimentación, el peso y la figura corporal en el estado de ánimo.

Otros autores como Rodríguez, Mata y Moreno (2007), refieren que los atracones (en bulimia nerviosa), pueden estar inducidos por afectos, emociones o estados de ánimo, lo que se conoce como alimentación emocional, y que esta sobre ingesta puede ser utilizada como un medio de distracción o alivio de los estados de ánimo negativos (por ejemplo ansiedad, tristeza, aburrimiento etc.), así mismo, Rodríguez,

Mata, Moreno, Fernández y Vila (2007), señalan que los estados afectivos influyen en conductas de restricción calórica (en personas preocupadas por el peso) y es precisamente esta conducta restrictiva la que propicia un ansia por la comida, por lo tanto, estas personas son más propensas a desarrollar trastornos como la bulimia. En otro estudio Goldschmidt *et al.* (2010), concluyeron que la sobrevaloración que se le da al peso y a la forma del cuerpo es un constructo clínicamente importante que puede ser utilizado como indicador de diestres al diagnosticar trastorno por atracón.

Uno de los objetivos de la psicoterapia (en todas sus variantes), es resolver situaciones que las personas consideran conflictivas o problemáticas y es a través de un proceso de cambio terapéutico, el cual, se puede definir como un cambio en el significado y la manera de comprender una situación o así mismo (Aristegui *et al.* 2010, Farkas, Hernández y Santelis, 2009). También, se puede describir al cambio terapéutico como aquello que el sujeto comienza a experimentar, ya sea otra visión o panorama diferente, en relación con el que tenía en el pasado y le ocasionaba sufrimiento (Arias, comunicación personal, 04 de octubre del 2014).

Para Krause (2005), el cambio terapéutico consiste en adquirir nuevas formas de percibir el contexto que resulten más adaptativas y flexibles, lo cual requiere un alto grado de participación y compromiso por parte del consultante con el terapeuta; así mismo, el cambio terapéutico es observable, el terapeuta es capaz de describirlo a través de las conductas que muestran los pacientes, se observa un cambio en el

lenguaje no verbal, las aficiones y las personas con las que se relaciona (Arias, comunicación personal, 04 de octubre del 2014).

Krause (2010), propone que, lo que cambia en el proceso terapéutico es la teoría subjetiva, la narrativa interna, la cual se construye progresivamente conforme la nueva información se va acoplado a la ya existente y se van creando nuevos significados; se habla también de una cibernética de segundo orden, es decir, la terapia se vuelve en sí misma una práctica epistemológica, una indagación mutua en las condiciones de nuestro conocer del mundo (Foster, 2006).

El presente trabajo plantea, que el cambio que experimentarán las personas se originará a partir de que se cuestionen la o las premisas, identificadas como las causantes de malestar o sufrimiento dentro del proceso terapéutico, tomando en cuenta que las premisas se describen como una serie de significados que se toman como ideas verdaderas (las más básicas del sistema mental), las cuales tienen como objetivo dar certeza y seguridad al individuo, le indican la manera de relacionarse con otros y con ello minimizar la incertidumbre inherente del entorno en el que se encuentra, según sugiere Caballero (2014). Es ahí donde se originan los cambios, que a la par, permitirán identificar las creencias, las cuales se pueden definir como la serie de significados que la persona otorga a las vivencias que le acontecen (Arias, comunicación personal, 04 de octubre del 2014).

Por lo tanto, si lo que se intenta modificar es la forma en que la persona a través de una serie de constructos que suponen una programación, a partir de la cual se generan aprendizajes y se da



significado a lo que acontece, se podría hablar de un aprendizaje tipo dos, que Bateson (1998, 2000), lo refiere como deuteroaprendizaje, el cual tiene que ver con los cambios en la manera como se segmenta o puntúa en contextos el flujo de la acción y la experiencia, el cual se considera adaptativo; es un tipo de aprendizaje en la que la capacidad de aprender del sistema se modifica según describe Arias (comunicación personal, 04 de octubre del 2014).

En el caso de la metodología que se plantea en este trabajo, el aprendizaje tipo dos implicaría realizar un proceso que le permita a la persona modificar este sistema de aprendizajes “ser su propio terapeuta”, este proceso implica una serie de pasos, cada uno con un objetivo, que en conjunto permita experimentar al usuario de la metodología, un cambio en la manera de percibir y traducir lo que le acontece.

La metodología de cuestionamiento de premisas y desacreditación de las creencias, está dividida en dos bloques, el primero tiene como objetivo encontrar la premisa, el segundo cuestionarla y desacreditar las creencias; al respecto del primer bloque, autores como Arnold (1997), citado en párrafos anteriores, sostiene que la comprensión que se realiza del mundo no proviene de un descubrimiento, sino de los principios que utilizamos para producirlo y que dicho conocimiento se hace posible al indicar y describir observaciones, es decir, haciendo distinciones cuyos resultados serán la base para el surgimiento de otros conocimientos.

De esta manera, se podría considerar que la premisa es un constructo que en el proceso terapéutico se va erigiendo, lo que implica según

palabras de la autora, que la persona pueda identificar como adquirió estos aprendizajes (premisas) que han originado modos de interpretar la realidad (creencias), y cómo a partir de estos aprendizajes se está generando la situación reportada como problemática o conflictiva, y desde esta construcción comenzar a realizar cambios en la manera de interpretar la realidad que resulten más funcionales (Arias, comunicación personal, 02 de febrero del 2016). La autora refiere que, para iniciar este proceso, será necesario realizar un procedimiento que tiene como primer paso identificar la emoción que se desencadena ante determinadas situaciones y que es la que se considera problemática.

El DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014), señala que el afecto es un patrón de comportamiento observable, que considera la expresión de los sentimientos experimentados subjetivamente (emociones), y hace referencia al estado de ánimo como una emoción generalizada y persistente que influye en la percepción del mundo, por ejemplo: alegría, cólera, depresión y ansiedad. En este punto es importante retomar lo que en párrafos anteriores ya se había planteado, sobre las personas en condición de obesidad que presentaron trastorno por atracón, en las que se encontró una recurrencia de comorbilidad con trastornos depresivos y de ansiedad (Gempeler, 2005; Palacios, 2014), en la misma línea, refiere Cabello y Ávila (2009), que la condición de obesidad se considera como indeseable, lo que conlleva a problemas de interacción social e infelicidad en aquellos que la padecen.

Por consiguiente, la emoción identificada (a la que se le atribuye el malestar), se relaciona con eventos ocurridos en el pasado a través de un ejercicio que la autora describe como una manera de contactar y asociar esa emoción del presente, con un evento ocurrido en la infancia. Para realizar este ejercicio se le da la indicación al consultante de que recuerde cuándo fue la primera vez que sintió esa emoción y los eventos que rodean dicho suceso, personas involucradas, además de realizar una revisión sobre esa misma emoción y en que otras situaciones la ha vivenciado (descripción del ejercicio en el apéndice A).

Se recurre a esta etapa del desarrollo humano, considerando lo que Estrada (2006), McGoldrick y Gerson (2005), establecían, ellos describían a la familia, como primer círculo social (un sistema primario), donde el individuo interactúa por primera vez, considerándose como un sistema poderoso al que pertenece un ser humano; al respecto sugiere Linares (2007), que para construir una personalidad madura, el infante necesita percibirse reconocido como individuo independiente dotado de necesidades propias que son distintas de la de sus padres. Por su parte Arvelo (2003), menciona que en la teoría psicoanalítica la conformación de los rasgos básicos y centrales de la personalidad, así como de la estructuración psíquica las constituyen las vivencias tempranas del ser humano.

En el caso de los padres que son distantes, rechazantes u hostiles con sus hijos, porque los perciben como obstáculos para su propia realización individual o como aliados del otro, en una situación de disarmonía conyugal; las carencias nutricias en relación a un

progenitor pueden ser compensadas por el otro, pero no siempre se producen o son suficientes tales compensaciones (Linares, 2007), el mismo autor agrega que la falta de reconocimiento o desconfirmación es un fracaso de la nutrición relacional en el terreno cognitivo que puede comportar serias dificultades para la construcción de la personalidad; continuando esta pauta Fernández et al (2005), señalan que el maltrato emocional es cualquier conducta por parte de un adulto del grupo familiar que pueda dañar la competencia social o cognitiva del niño, estas se pueden ver traducidas en falta de demostración de afecto, recriminaciones y desvalorizaciones constantes, así como ridiculización y amenazas.

Por otro lado, autores como Álvarez, Pavao, Baumrind y Kimerlig (2007), sugieren que el maltrato y negligencia en los niños genera diferentes tipos de secuelas, entre ellas la obesidad, debido a que suele interferir en una mejor adaptación de un estilo de vida saludable, como prevención o manejo de sobrepeso.

Regresando a la descripción del proceso, el segundo paso, después de que se contactó la emoción, (que en experiencia de la autora tiene que ver con situaciones de desvalorización y desconfirmación por parte de los padres o cuidadores), es realizar un análisis diacrónico o genograma, el cual se describe como una herramienta a través de un formato en el que queda plasmado un árbol familiar, en este se registra la información sobre los miembros de una familia y sus relaciones durante por lo menos tres generaciones (McGoldrick & Gerson, 2005). Según define Arias (comunicación personal, 02 de febrero del 2016), el análisis diacrónico es útil ya que permite

identificar a través de la revisión de tres generaciones, cómo se generaron o aprendieron las premisas o los principios que condicionan sus puntuaciones, es una forma útil de regresarle información al consultante sobre los modelos de comportamiento que aprendió en su familia, qué emociones generaron esas interacciones y los significados que se les otorgaron (creencias), estos tienen que ver con situaciones redundantes en las interacciones entre los miembros de la familia.

Al respecto señala Zuk y Boszormenyi (2006), que el terapeuta familiar es capaz de observar la forma en que la familia enseña a sus miembros a aprender, además de identificar los sistemas limitantes que se usan para preservar las repeticiones de la familia que se han convertido en anticuadas. Por consiguiente, a través de esta herramienta y mediante una serie de preguntas estructuradas y guiadas por el terapeuta, se construye en conjunto la premisa y en gran medida, el consultante comienza a deducir cómo se originó la situación o situaciones, que en el espacio terapéutico refieren como conflictiva y causante de sufrimiento. Otro aspecto que se observa cuando se utiliza esta herramienta, es el papel que la persona juega en su familia en relación con el rol de género (preguntas citadas en el apéndice B).

Como tercer paso, después que el consultante dedujo la premisa e identificó algunas creencias, corresponde definir un nombre para la premisa identificada y que es la que genera la situación de conflicto, se sugiere al consultante que le dé un nombre o le confiera una frase; en terapia narrativa, al hecho de elegir un nombre específico al problema añade énfasis y concreción, permite a la persona sentir que

controla su problema y da la posibilidad a la externalizaciones, a este proceso se le llama “bautizar el problema” (White, citado en Payne, 2002).

Otro aspecto importante de esta metodología es la indicación de tareas inter-sesión; al respecto sugiere Beyebach y Herrero (2010), las tareas para la casa son el puente necesario, donde los cambios se ven reflejados en la vida cotidiana, es decir, las tareas permiten que el trabajo realizado a lo largo de una entrevista trascienda las paredes del consultorio.

En la presente metodología, la primer tarea que se le prescribe al consultante, consiste en que constantemente se repita la premisa que anteriormente nombró; la autora se refiere a este ejercicio como “tragos de realidad”, descrito en el apéndice C, la tarea es entregada con la indicación de que esta frase o nombre se deberá repetir constantemente hasta lo próxima sesión, analizar a quienes involucra y cómo aprendió la premisa, esta tarea tiene como objetivo evocar recuerdos de lo que el consultante ha experimentado como experiencias desagradables a lo largo de su vida (infancia, adolescencia y en la actualidad, relacionadas con los padres o figuras primarias) Arias (comunicación personal, 02 de febrero del 2016).

Según Minuchin y Fishman (2001), en terapia estructural, la intensificación por repetición de un mensaje tiende a producir que el mensaje terapéutico sea reconocido, lo que significa que debe ser recibido, de modo que aliente a experimentar cosas según modalidades nuevas.

En este sentido el primer paso, de la segunda parte de la metodología planteada en este documento, consiste (según palabras de la autora), en realizar una “asociación e introspección” con el objetivo de generar una actitud diferente hacia los padres del presente y no permitir la descalificación, la autora señala que con este ejercicio, se comienza el cuestionamiento de las premisas, así como la desacreditación de las creencias, y hace referencia a este como “hacer compromiso con la niña desprotegida”, la autora parte de su experiencia en el trabajo que ha tenido con mujeres con obesidad, señalando que son personas que desde su infancia fueron “invisibles”, es decir, que a pesar de lo que hicieran (en cuestión de logros), no eran reconocidas en comparación a los hombres que conformaban su familia (Arias, comunicación personal, 02 de febrero del 2016); al respecto señala Linares (2007), que la falta de reconocimiento o desconfirmación, es un fracaso de la nutrición relacional en el terreno cognitivo que puede comportar serias dificultades para la construcción de la personalidad.

Realizado lo anterior, se da como indicación que la persona a través de un ejercicio de reflexión, rememore a la niña que un día fue, piense en las cosas que hubiera hecho por ella (protección y cuidado) si fuera su hija, además se le indica que le reclame a los padres del pasado (a los que la persona conceptualiza como los de su infancia) lo que no hicieron por esa niña; en este paso la tarea inter sesión consiste en seguir brindando cuidados y atenciones “a esa niña contactada” (indicaciones y descripción en el apéndice D).

Al respecto Linares (2007), describe a la familia como principal vehículo de los condicionantes culturales, así como el espacio donde

se generan y desarrollan los estímulos relacionales más influyentes sobre la identidad, la maduración y personalidad individual. El amor parental provee de elementos tanto cognitivos como emocionales que implican reconocimiento y valoración, además del cariño y la ternura. Por lo tanto, si estas figuras incurren en cualquier conducta que pueda dañar la competencia social o cognitiva del niño, traducidas en falta de demostración de afecto, recriminaciones y desvalorizaciones constantes, así como ridiculización y amenazas, (Fernández et al 2005), Linares (2007) describen al resultado de estas conductas como un fracaso de la nutrición relacional.

La transición del desarrollo entre la infancia y la adultez que implica cambios físicos, cognitivos y psicosociales importantes para el individuo, es descrita como adolescencia (Papalia, Wendkos & Duskin, 2009), y autores como Coleman y Hendry (2003), la definen como un período en el que el individuo manifiesta cambios que ayudaran a determinar la naturaleza exacta de su yo, así como consolidar una serie de elecciones en un todo coherente que constituya la esencia de su persona, visiblemente distinta de los padres y otras influencias formativas. Los mismos autores sugieren que dicho estadio no surge de repente, sino que es una continuación del desarrollo en la infancia y la maduración del joven, produce cambios en la familia, pero las alteraciones en el comportamiento de los padres y el funcionamiento familiar, al mismo tiempo, tienen efectos sobre el desarrollo del adolescente.

Krauskopof (1999), señala que, en esta fase del desarrollo humano se replantea la definición personal y social, con lo que se movilizan



procesos de exploración, búsqueda de pertenencia y sentido de vida, así como una diferenciación del medio familiar. En esta etapa las personas nacen para la sociedad más amplia, por lo tanto, se inicia un desprendimiento del sistema familiar que lleva a una resignificación de las relaciones.

Bowen (1978, citado en Ibáñez, Mercado & Vargas, 2010), propone el término diferenciación para describir las relaciones de cercanía que un sujeto establece (por ejemplo, con padres, hermanos y amigos). El autor sugiere que el grado de diferenciación va fluyendo de una generación a otra, dicho concepto va permeado por los conflictos, formas de ver la vida y soluciones que han pertenecido a los padres del individuo, así como a generaciones pasadas, y que las raíces de la identidad se construyen dentro de esta interacción, entre el sujeto y la familia.

Para autores como Duran *et. al.* (2012), la diferenciación es la capacidad de funcionar en relaciones cercanas, sin estar controlado o aceptando una cantidad inadecuada de responsabilidades para con otros y mantener la autonomía mientras que se está involucrado con los demás, sugieren que una familia diferenciada favorece una individuación en cada uno de sus integrantes, mientras que una familia con poca diferenciación puede impedir o retardar dicho proceso en sus miembros, lo que genera un estado de fusión, donde se pierde la autonomía.

Anderson y Sabatelli (1990), definen el concepto de individuación como un proceso individual de desarrollo diferenciado del contexto relacional de la familia, mientras que la diferenciación se define como

una variable que describe los patrones de regulación respecto a la distancia entre los miembros de la familia.

En la misma línea Garro (2012), sugiere que el proceso de individuación se va formando dentro de las etapas del desarrollo vital, el cual estará condicionado tanto por el nivel de madurez del individuo, como por la capacidad de adaptación de la familia a las nuevas etapas y a las tareas correspondientes, concluyendo, puede ser un proceso que se puede ver facilitado o entorpecido por dichos miembros.

Spichiger (2013), sugiere que las familias altamente fusionadas generan conflictos e impedimentos en la individuación del adolescente; las dificultades en la individuación de estos adolescentes están marcadas por la obediencia a los mandatos y lealtades familiares, no pueden separarse de sus padres ya que ha sido tan intensa y profunda la imposición de estos mandatos que el no seguimiento de ellos implicaría la traición familiar. Con respecto a esto, la autora refiere que, desde su experiencia, las consultantes (personas con obesidad que presentan trastorno por atracón), están en constante búsqueda de aceptación, por lo que sus decisiones están basadas en función a las opiniones de otros ya que buscan agradar para ser reconocidas por lo que, desde su infancia, sus padres han tenido tratos hacia ellas de desconfirmación (Arias, comunicación personal, 02 de febrero del 2016).

Por consiguiente, el segundo paso (del segundo bloque), consiste en cuestionar tanto los patrones aprendidos, así como las creencias que forman parte del contexto familiar y con ello iniciar un proceso de individuación, la tarea inter sesión sugerida en este paso la autora la

denomina “vivir la adolescencia” en la cual, se da la indicación al consultante que durante tres días viva como si fuera un adolescente (descripción en apéndice E). La autora señala que esta tarea tiene como objetivo hacer que la persona siga cuestionando las premisas y desacreditando las creencias y con ello contribuir al proceso de individuación. Al respecto refiere Díaz (2006), que en el adolescente existe la necesidad biopsicosocial de construir una identidad en función de su intimidad y de su autonomía, así como sus propios valores y proyectos en el marco de una crisis personal llamada adolescencia.

En terapia narrativa la externalización es un abordaje terapéutico, que insta a las personas a extraer y a veces a personificar los problemas que los oprimen, considerados inherentes y las cualidades relativamente fijas que se atribuyen a personas o relaciones haciéndose así menos constantes y restrictivos, la externalización permite recuperar la capacidad de identificar aspectos previamente ignorados, pero cruciales de la experiencia vivida, aspectos ignorados que no podrían haberse predicho a partir de la lectura del relato dominante. Las preguntas de influencia relativa se consideran eficaces a la hora de externalizar el problema, ya que animan a las personas a trazar el mapa de influencia del problema sobre sus vidas y relaciones, así como describir su propia influencia sobre la vida del problema (White y Epsom, 1993).

Siguiendo esta línea, se plantea como tercer paso detectar y manejar miedos a la individuación, así como detectar momentos de éxito en la vida del consultante; este ejercicio se realiza dentro de la sesión a

través de una serie de preguntas con la intención que el consultante relate los miedos relacionados a la individuación (preguntas en apéndice F).

Tomando en cuenta lo que en párrafos anteriores se citó, en relación a que las familias altamente fusionadas generan conflictos e impedimentos en la individuación del adolescente, lo cual impide la separación de sus padres ya que ha sido tan intensa y profunda la imposición de los mandatos que la familia establece, que el no seguimiento de ellos implicaría la traición familiar (Spichinger, 2013).

Otros autores sugieren que, en los trastornos de la conducta alimentaria, así como en los psicológicos, es relevante el grado de separación e individuación alcanzado por el sujeto, el cual está directamente relacionado con la constitución de la identidad, de manera que el desarrollo de una identidad adecuada permite al sujeto ser autónomo respecto de sus padres y no estar sometido en exceso a la opinión de los demás (Ochoa, 2009).

El siguiente paso en este proceso (después de que los miedos a la individuación fueron expuestos), consiste en encontrar un momento, en el que el consultante considere que haya “tenido éxito”, la autora refiere que bien puede ser un mérito laboral o académico, este recuerdo deberá ser ligado a algún color o alguna parte del cuerpo, con el objetivo de que sirva como recurso (recuerdo positivo evocado) cuando aparezcan los temores en la persona (ver descripción de ejercicio en apéndice G).

White y Epton (1993), señalan que estos acontecimientos extraordinarios pasados pueden facilitar la creación de nuevos significados en el presente, los cuales permitirán a las personas recordar y revisar su historia personal y la de sus relaciones. Autores como Cade, Hudson y O'Hanlon (1995), sugieren que el reconocimiento de la existencia de excepciones puede convertirse en plataforma para cambios ulteriores, lo que es directamente proporcional al grado en que tales excepciones sean o puedan hacerse significativas para el cliente o la familia.

Por otro lado, Payne (2002), sugiere que en terapia narrativa el uso de escritos se utiliza para consolidar el progreso porque la palabra escrita es más permanente que la hablada, y porque en el caso de la sociedad occidental, goza de mayor autoridad.

En este sentido, el cuarto y quinto paso tienen como objetivo, primero, que el consultante establezca compromisos consigo mismo en relación a lo que tendrá que hacer o dejar de hacer para lograr la individuación, estableciendo soluciones para lograrlo, la tarea que se sugiere inter sesión consiste en escribir una "carta de renuncia" o simplemente "visualizar" las acciones que realizará para lograr estos cambios (descripción del ejercicio en apéndice H). Cade, Hudson y O'Hanlon (1995), señalan que el comprometerse a una acción alternativa claramente definida es más fácil que resistirse a hacer algo sin ninguna conducta de reemplazo, sobre todo cuando se trata de un hábito de raíces profundas.

El quinto paso plantea un ritual, que la autora lo describe como el "manejo de una imagen de éxito", con el objetivo que la persona

indique y planteé a futuro su propia imagen de lo que considera exitoso, para eso se recurre a un ejercicio en la sesión (ver descripción en el apéndice I). La tarea inter sesión consiste en otro ritual continuo al ejercicio elaborado en sesión (ver descripción en el apéndice J). Sobre esto sugiere Laso (2015), que las secuencias de acciones simbólicas creadas por el terapeuta para una familia son rituales que buscan a través del simbolismo alterar la experiencia de las personas de manera permanente. Para Ortiz (2008), los rituales permiten una conexión entre el pasado y el futuro, ya que inscriben a la persona en una línea familiar y vital que da sentido a lo que está viviendo actualmente y lo proyecta hacia el futuro.

El tercer bloque de esta metodología consiste en terminar el proceso terapéutico, al respecto sugieren Nardone y Watzlawick (1992,) que en terapia estratégica la última sesión tiene un papel muy importante, ya que su objetivo es consolidar definitivamente la autonomía personal del consultante, señalan que ha aprendido a percibir la realidad y a reaccionar ante ella utilizando positivamente sus dotes personales, gracias a experiencias guiadas por el terapeuta, pero ahora capaz de actuar solo.

Arias (comunicación personal, 02 de febrero del 2016), indica, que dar por terminado el proceso terapéutico, es una forma de reconocer los logros que la persona ha obtenido a lo largo de este espacio.

## **Conclusiones:**

El objetivo del presente trabajo era crear una guía de intervención, que permitiera a los usuarios de la misma, entender el proceder de la metodología cuestionamiento de premisas y desacreditación de las creencias, a través de un protocolo donde quedaran plasmado, tanto los principios epistemológicos, como los pasos a seguir en la intervención. En este caso, con mujeres que presentan obesidad aunado a un trastorno por atracón, se realizó tomando en cuenta las vivencias en el espacio terapéutico de su creadora la Mtra. Alba Gloria Arias Ibáñez, recopilando así la metodología para que quedara plasmada en una serie de pasos que permitieran entender, tanto el origen como los objetivos de cada uno de los pasos que se siguen en este proceso.

Cabe señalar, que si bien, se logró el objetivo de plasmar el protocolo en una serie de pasos, no es determinante para que la metodología se lleve a la práctica con éxito, es decir, no es una especie de receta en la cual por solo seguir los pasos fielmente se conseguirá el objetivo, por lo que se sugiere que el protocolo se complemente con una taller que permita entender desde un punto de vista más práctico la realización de los pasos, por lo que se considera que es una herramienta que aporta conocimiento tanto teórico como práctico en la psicoterapia sistémica.

Para finalizar, es necesario mencionar que, como todo trabajo de investigación, no está exento de ser mejorado, por lo que se sugiere para futuras investigaciones ahondar en el tema de la individuación, pues a mi parecer, es uno de los puntos centrales, es decir aprender a

involucrarse con los demás sin aceptar responsabilidades mayores para con otros, perdiendo así la propia autonomía

Por último, es importante señalar que gran parte del éxito de este protocolo de intervención es el grado de compromiso de las partes involucradas (terapeutas y pacientes), ya que implica un arduo trabajo; por parte del terapeuta, identificar las premisas para guiar las tareas y prescribirlas; por parte del paciente, seguir y realizar las prescripciones fuera del consultorio.



## Referencias

- Alarcón, R. (2011). Comentarios a «Las premisas histórico-socio-culturales de la familia mexicana: su exploración desde las creencias y las normas». *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 3(2), 144-147.
- Alvarez, J., Pavao, J., Baumrind, N., & Kimerling, R. (2007). The relationship between child abuse and adult obesity among California women. *American journal of preventive medicine*, 33(1), 28-33.
- Arnold, M. (1997). Introducción a las epistemologías sistémico/constructivistas. *Cinta de Moebio. Revista de Epistemología de Ciencias Sociales*, (2).
- Arregui, L. A. (2003). Función paterna, pautas de crianza y desarrollo psicológico en adolescentes: Implicaciones psicoeducativas. *Acción pedagógica*, 12(1), 20-30.
- Baile, J. I. (2014). Trastorno por atracón: reconocido oficialmente como el nuevo trastorno del comportamiento alimentario. *Revista médica de Chile*, 142(1), 128-129.
- Bateson, G. & Bateson, M. (2000). El temor de los ángeles, epistemología de lo sagrado. España: Gedisa.
- Bateson, G. (1998) *Pasos hacia una ecología de la mente*. Argentina: Lohle-Lumen.
- Bateson, G. (2006) *Una unidad sagrada, pasos ulteriores hacia una ecología de la mente*. España: Gedisa.
- Baudrand, R., Arteaga, E., & Moreno, M. (2010). El tejido graso como modulador endocrino: Cambios hormonales asociados a la obesidad. *Rev Med Chile*, 138(10), 1294-301.
- Beyebach, M. & Herrero, M. (2010), 200 tareas en terapia breve. España: Herder.
- Caballero, E. (2014). *Estructura Mental de la Patología*. México: Editado por Psicoterapia de Premisas.
- Cabello Garza, M. L., & Ávila Ortiz, M. N. (2009). Estrategias psicológicas presentadas en individuos que fueron obesos y han logrado bajar y mantener su peso desde la perspectiva de los mismos actores. *Iberofórum. Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana*, 4(8).
- Cade, B., Hudson, W. & O'Halon. (1995). Guía breve de terapia breve. España: Paidós.

- Carrasco, F., Klaassen, J., Papapietro, K., Reyes, E., Rodríguez, L., Csendes, A., ... & Sepúlveda, A. (2005). Propuesta y fundamentos para una norma de manejo quirúrgico del paciente obeso: Año 2004. *Revista médica de Chile*, 133(6), 693-698.
- Chan, E. (2006). *Socialización del Menor Infractor. Perfil Psicosocial Diferencial en la Zona Metropolitana de Guadalajara, Jalisco (México)*. Tesis Doctoral. Departamento de Psicología. Universidad de Oviedo.
- COEPO (2010)  
<http://coeпо.app.jalisco.gob.mx/PDF/LibroDiezproblemas/Capitulo1.pdf>
- Coleman, J. & Hendry, L. (2003). *Psicología del adolescente*. España: Ediciones Morata.
- Delval, J. (2008). *El Desarrollo Humano*. España: Editorial siglo XXI
- Díaz Sánchez, J. (2006). Identidad, adolescencia y cultura. Jóvenes secundarios en un contexto regional. *Revista mexicana de investigación educativa*, 11(29).
- Díaz-Loving, R., Aragón, S. R., Orozco, G. B. T. V., & Martínez, L. M. C. (2011). Las premisas histórico-socioculturales de la familia mexicana: su exploración desde las creencias y las normas. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 3(2), 128-142.
- El Informador (2013)  
<http://www.informador.com.mx/jalisco/2013/475757/6/en-jalisco-siete-de-cada-10-mujeres-tienen-sobrepeso.htm>
- Estrada, L. (2006). *El ciclo vital de la familia*. México: Grijalbo.
- Fausto Guerra, J., Valdez López, R. M., Aldrete Rodríguez, M. G., & López Zermeño, M. D. C. (2006). Antecedentes históricos sociales de la obesidad en México. *Investigación en Salud*, 8(2) 91-94.
- Feixas, G., Muñoz, D., Compañ, V. & Montesano, A. (2012). *El modelo sistémico en la intervención familiar*. Universidad de Barcelona.
- Feixias, G. & Miró, M. (1993). *Aproximación a la psicoterapia: una introducción a los tratamientos psicológicos*. España: Paidós Iberica.
- Fernandez, M., Buitrago, F., Ciurana, R., Chocron, L., García, J., Monton, C. & Tizon, J. (2005). Prevención de los trastornos de la salud mental desde atención primaria. *Aten Primaria*, 36 (Supl 2), 85-96.
- García, P. (2011). Obesidad y Diabetes: Sistema de creencias de una madre y su hija. *Mexico Quarterly Review*, 1(6).

- Garro, N. (2012). La individuación: un proceso transgeneracional. *Trabajo 3er año de la Formación en Terapia Familiar. Bilbao*.
- Gil, Á. (2002). Obesidad y genes. *Vox paediatrica*, 10(2), 40-45.
- Goldschmidt, A. B., Hilbert, A., Manwaring, J. L., Wilfley, D. E., Pike, K. M., Fairburn, C. G., & Striegel-Moore, R. H. (2010). The significance of overvaluation of shape and weight in binge eating disorder. *Behaviour research and therapy*, 48(3), 187-193.
- Gonzalez, L. (2013). *Perspectivas Autorreferenciales en Ciencias Sociales*. Cinta de Moebio. Revista de Epistemología de Ciencias Sociales, (14).
- Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados por entidad federativa, Jalisco. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2013. Disponible en: [encuestas.insp.mx](http://encuestas.insp.mx)
- Jones-Corneille, L. R., Wadden, T. A., Sarwer, D. B., Faulconbridge, L. F., Fabricatore, A. N., Stack, R. M., ... & Williams, N. N. (2012). Axis I psychopathology in bariatric surgery candidates with and without binge eating disorder: results of structured clinical interviews. *Obesity surgery*, 22(3), 389-397.
- Krauskopof, D. (1999). El desarrollo psicológico en la adolescencia: las transformaciones en una época de cambios. *Adolescencia y salud*, 1(2), 23-31.
- Linares, J. L. (2007). La personalidad y sus trastornos desde una perspectiva sistémica. *Clínica y salud*, 18(3), 381-399.
- López F. & Godoy, F. (1994). *Estrategias cognitivo-conductuales para el tratamiento de la obesidad*. *Psicothema*, 6(3), 333-345.
- López-Coutiño, B., & Nuño-Gutiérrez, B. L. (2009). Entre el aglutinamiento y la rigidez; estructura familiar de dos generaciones de jóvenes con anorexia o bulimia. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 47(S1), 47-54.
- McGoldrick, M. Gerson, Randy, (2005). *Genograma en la evaluación familiar*. España: Gedisa.
- Minuchin, S. & Fishman, H. (2001). *Técnicas de terapia familiar*. México: Paidós.
- Montero, J. (2001). *Obesidad: una visión antropológica*. Buenos Aires, Argentina: Departamento de Ciencias Médicas, Instituto y Cátedra de Historia de la Medicina.

- Morales, J., & de los Fayos Ruiz, E. (2012). *Hacia una integración comprensiva de la obesidad desde una perspectiva multidisciplinar*. *Nutrición Hospitalaria*, 27(6), 1810-1816.
- Nardone, G. & Watzlawick, P. (1992). *El arte del cambio. Manual de terapia estratégica e hipnoterapia sin trance*. España: Herder.
- Noceda, L. A. C. (2012). El apego. Su importancia para el pediatra. *Pediatría (Asunción)*, 39(3), 199-206.
- Obesidad*. Investigación en salud, 8(2), 86-90.
- Ochoa, I. (2009). La importancia de la imagen corporal, la alexitimia, la autoestima y los estilos de crianza en jóvenes con Trastorno de Conducta Alimentaria. *La salud mental de las personas jóvenes en España*, 106.
- OMS 2012 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
- OMS 2016 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/es/>
- Ortiz, D. (2008). *La terapia familiar sistémica*. Ab Ya-Yala: Ecuador.
- Palacios, A. G. (2014). El trastorno por atracón en el DSM-5. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, (110), 70-74.
- Papalia, E., Wendkos, S. & Duskim, R. (2009). *Psicología del desarrollo de la infancia a la adolescencia. Undécima edición*. Mexico: Mc Graw Hill.
- Pascual, A., Etxebarria, I., & Echeburúa, E. (2011). Las variables emocionales como factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria. *International journal of clinical and health psychology*, 11(2).
- Pérez G. R. (2012). *Relación entre las creencias y las pautas de interacción de parejas con un cónyuge diagnosticado con obesidad*. Tesis de Maestría. Jalisco, México.
- Rodríguez, S., Mata, J. L., & Moreno, S. (2007). Psicofisiología del ansia por la comida y la bulimia nerviosa. *Clínica y Salud*, 18(1), 99-118.
- Rodríguez, S., Mata, J. L., Moreno, S., Fernández, M. C., & Vila, J. (2007). Mecanismos psicofisiológicos implicados en la regulación afectiva y la restricción alimentaria de mujeres con riesgo de padecer bulimia nerviosa. *Psicothema*, 19(1), 30-36.
- Rosales, R. (2012). Antropometría en el diagnóstico de pacientes obesos: una revisión. *Nutrición Hospitalaria*, 27(6), 1803-1809.
- Sánchez, C., Pichardo, E., & López, P. (2004). Epidemiología de la obesidad. *Gaceta médica de Mexico*, 140(S2), 3-20.

- Secretaría de Salud. (2010) Acuerdo Nacional Para la salud Alimentaria
- Silvestri, E. &Staville, A. (2005). *Aspectos psicológicos de la obesidad, importancia de identificación y abordaje dentro de un enfoque interdisciplinario*. Posgrado en obesidad a distancia. Universidad de Favarolo.
- Spichinger, M. (2013). La experiencia de individuación de una adolescente: confusión de roles parentales como factor de riesgo en el contexto de. *Revista Sul Americana de Psicología*, 1, n1.
- UNICEF 2014  
<http://www.unicef.org/emailarticle/mexico/spanish/17047.rhtm>
- Villaseñor S., Ontiveros C., y Cárdenas K. (2006) *Salud Mental y*
- Von Foster, H. (2006) Las semillas de la Cibernética, obras escogidas. España: Gedisa.
- Zárate, A., Basurto, L., & Saucedo, R. (2001). La obesidad: conceptos actuales sobre fisiopatogenia y tratamiento. *Rev Fac Med UNAM*, 44(2), 66-70.

# APÉNDICES

## **Apéndice A “contactar la emoción y asociarla con un evento del pasado desde el sentir”**

Descripción: partiendo del motivo de consulta que se refiera en el espacio terapéutico, se le pide al consultante que cierre los ojos y sentado, adopte una postura cómoda. Cuando lo anterior se haya logrado, se le da la indicación que se concentre y piense en ese motivo de consulta y lo que siente (emociones), cuando está en esa situación se le pide que lo reviva, que evoque cómo se siente a nivel físico esa emoción (se le pide que se concentre en la sensación). Cuando ya se tiene muy clara la emoción, a continuación, se le pide que indague cuándo fue la primera vez que sintió esa emoción o algo parecido, se le indica que rememore cuando era niña; se le pregunta si la sensación trae imágenes a su mente. Se le hacen las siguientes preguntas: ¿Qué edad tenías en ese momento? ¿Qué escuchas que le pasa a la niña en esa situación? ¿Qué pasa con sus padres?

El objetivo es identificar cuál es la emoción que se relaciona con la problemática que la persona experimenta y refiere como vivencia insatisfactoria y cómo se conecta con el motivo de la consulta desde un estado concentrado de atención.

Variante: el consultante puede mantener los ojos abiertos si así lo desea.

## **Apéndice B: preguntas desde el análisis diacrónico para encontrar las premisas y creencias en el sistema transgeneracional.**

Descripción: las preguntas sugeridas se tendrán que incluir a la familia de origen del consultante, es decir comenzarán haciendo referencia a la familia de origen de cada uno de los padres y luego la familia nuclear (abarcar tres generaciones).

Permítame ahora conocer un poco más acerca de tu familia de origen y con esto entender un poco más de tu problema.

¿Cuántos hermanos son?

¿Qué lugar ocupas?

¿Diferencias de edad entre tus hermanos?

¿A qué se dedicaban tus padres?

¿Cómo eran tus papás cercanos, lejanos?

¿Quién era el favorito de tu mamá?

¿Quién era el favorito de tu padre?

¿Qué pasaba cuando te portabas mal?

¿Qué pasaba con el favorito cuando se portaba mal?

¿Qué pasaba contigo cuando te portabas bien?

¿Qué pasaba con el favorito cuando este se portaba bien?

A partir de la información reportada por abducción se puede inferir si el consultante fue una persona que le reconocieron sus logros y aciertos, o no; lo que tuvo que hacer para ser reconocido así como diferencia en el trato con otros hermanos o miembros de la familia



y con ello realizar una hipótesis acerca de la premisa. Se le pregunta ¿Qué nombre le darías a esta situación? Con lo que se estaría “bautizando el problema”.

En este apartado se le muestra como a través de generaciones sus padres también aprendieron y padecieron una serie de situaciones que dan como resultado el comportamiento hacia el consultante, es decir, que fue algo aprendido, dejando en claro que no hay ni víctimas ni victimarios.

## **Apéndice C: tarea “tragos de realidad”**

Descripción: se da la indicación al consultante que en cada momento del día se repita la premisa encontrada y reflexione: ¿Por cuánto tiempo vas a seguir así?, ¿de cuántas cosas te estás perdiendo por estar así? y ¿de cuántas cosas más te vas a perder si sigues así? Es importante recalcar que no tiene que ser solo un ejercicio de repetición sino un ejercicio de reflexión.

El objetivo es provocar una actitud de cuestionamiento hacia las premisas y desacreditación de creencias, lo cual va a ir respaldando el proceso para continuar con el siguiente paso.

## **Apéndice D: “hacer compromisos con la niña desprotegida”**

Descripción: en un estado concentrado de atención, se le indica que se ubique en su infancia, evocando los momentos en los cuales detecta la premisa y las creencias revisadas en el apéndice B y C, se le pide que recuerde ¿qué está pasando?, ¿cómo se siente?, ¿cómo se ve? A continuación se le señala que tendrá que reclamarle a los padres de esa niña (en forma interiorizada lo que el consultante considere que debe de reclamarles) después de haberla defendido le hará una promesa (de cuidado) a esa niña.

El objetivo de este ejercicio es hacer una unión consigo misma para fortalecer el siguiente paso relacionado con la individuación y a la autoconciencia.

## **Apéndice: E “vivir la adolescencia”**

Descripción: se le pregunta al consultante ¿cómo fue su adolescencia?, y luego se le pide que describa cómo es un adolescente para que pueda hacer un análisis entre lo que sí y no vivió de esa etapa; se le da la indicación de vivir por tres días como si fuera un adolescente, por lo que tendrá que decidir cómo será esta etapa y lo que le hizo falta vivenciar de la misma. Posteriormente se le pide que le escriba una carta para el adolescente del pasado que incluya todo aquello que le gustaría aconsejarle al adolescente que un día fue.

En el espacio terapéutico se revisa como vivió esos tres días y el consultante decidirá qué hacer con la carta.

## **Apéndice F: “externalización de miedos y temores a la individuación”**

Descripción: se le cuestiona sobre todo lo que perdería si ella tuviera privacidad, intimidad y lealtad con ella misma y se reflexionará qué es lo que ella quiere vivir. Objetivo iniciar el cuestionamiento de premisas y desacreditación de creencias.

## **Apéndice: G “momentos de éxito”**

Descripción: a través de tareas la consultante pensará en los momentos donde fue exitosa, sin importar si es algo remoto o reciente, ni la frecuencia o la duración del momento.

La tarea consistirá en recordarlo por la mañana, tarde y noche.

En el espacio terapéutico describirá la sensación experimentada al recordar sus momentos de éxito, describirá las emociones que se relacionan con el evento exitoso y hará la asociación con un color, imagen o con alguna parte de su cuerpo con la cual pueda evocar desde la sensación.

## **Apéndice H: “escribir la carta de renuncia”**

Descripción: Carta de renuncia a las premisas y creencias que aprendió para darle estabilidad a su vida. En el espacio terapéutico se le harán las siguientes preguntas: ¿A qué te comprometes para dejar de vivir eso? Solo por hoy, ¿qué estás dispuesto a hacer para no vivir con eso?

## **Apéndice I: tarea “manejo de la imagen de éxito”**

Descripción: en el espacio terapéutico se le pide al consultante (estando de pie) realice dos duplicados de sí misma, el primero lo colocará a su lado derecho y le pondrá todas las características que ella considere como su imagen de éxito, cuestiones positivas o como le gustaría verse como una mujer exitosa. Posteriormente se le indica que haga otro duplicado y lo coloque en el lado izquierdo y que le transfiera a esa imagen todas esas emociones y sensaciones derivadas de esas premisas y creencia que le criaron estabilidad desde el sufrimiento, lo siguiente es indicarle que entierre esa imagen. Al terminar de enterrarla voltará a ver su imagen de éxito y tendrá que decirle a todo su ser que “ahí quiere llegar y que así se quiere ver”.

Tarea: se le invita que contacte su imagen de éxito todo el tiempo y esté alerta en una actitud de “cero tolerancia a la descalificación y a la desconfirmación así como a la autodesconfirmación y a la auto descalificación”.

Por último, se deberá realizar un reconocimiento de sus logros en el proceso terapéutico, así como intensificar todos sus recursos que posibilitaron esos logros.



## Apéndice J: esquema de los pasos a seguir en el protocolo de cuestionamiento de premisas y desacreditación de las creencias

Objetivo: encontrar la premisa					
Primera parte:	Pasos	Objetivo	Ejercicio intra sesión	tarea inter sesión	Objetivo de la tarea
	1.- introspección y asociación	Buscar la relación entre la emoción que la paciente relacione con su malestar y relacionarlo con evento del pasado.	“contactar a la niña”		Buscar la premisa
	2.-Buscar la premisa e identificar creencias, así como su rol de género en la familia.	Mostrarle cómo aprendió la premisa	Ejercicio: -realizar análisis diacrónico. -Nombrar el problema.	Tarea: “tragos de realidad” indicación: repetirse todo el tiempo (cómo nombró el problema ) hasta la próxima	Intensificar la emoción y evocar recuerdos relacionados con la misma desde su niñez hasta la etapa actual

				sesión	
--	--	--	--	--------	--

Objetivo: cuestionar las premisas y desacreditar las creencias.					
	Pasos	Objetivo	Ejercicio intra sesión	tarea inter sesión	Objetivo de la tarea
Segunda parte:	1.- Paso uno introspección y asociación.	Generar una actitud diferente hacia los padres del presente y brindarse cuidados y atenciones.	Ejercicio: "hacer compromiso con la niña desprotegida"	Tarea: el mismo ejercicio se extiende como tarea.	
	2.-Pasos dos	Cuestionar los patrones aprendidos y revelarse a las instigaciones del contexto familiar	Ejercicio:	Tarea: "vivir la adolescencia" se le da la indicación que durante tres días viva y como si fuera un adolescente.	Comenzar con el proceso de individuación
	3.- Manejo de "temores y	Detectar y manejar miedos a	Ejercicio: técnica del anclaje que	Tarea:	

	éxitos”.	la individuación y a la separación, así como detectar éxitos	consiste en encontrar un momento en que la persona haya sido muy exitosa		
	4.- Establecimiento de compromisos consigo misma	Visualizar que es lo que quiere y no quiere para sí misma estableciendo soluciones de “que hacer” para lograrlo.		Tarea: hacer una “carta de renuncia” o visualizarlo mentalmente	
	5.- Manejo de la imagen de éxito	Que la persona indique y plantee cuál es su imagen de éxito.	Ejercicio: crear dos duplicados de sí misma, donde en cada uno deposite aspectos positivos y negativos respectivamente.	Tarea: se le da la indicación de que cada vez que se levante o se vaya a dormir piense y se diga así misma “ahí quiero llegar” dirigida a esa imagen	

				de éxito, al cual aspira.	
Tercer a parte	Objetivo: darla de alta				